

Les troubles du sommeil sous forme de troubles de l'endormissement, de troubles de la continuité du sommeil ou de réveil matinal précoce, en association avec des limitations de l'état diurne, sont des problèmes de santé fréquents, qui se rencontrent couramment dans la pratique clinique quotidienne. Les nouveaux systèmes diagnostiques, tels que la 5<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) américain et la prochaine 11<sup>e</sup> édition de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-11), conceptualisent l'insomnie encore plus clairement non pas comme un symptôme d'accompagnement, mais comme une entité diagnostique à part entière, comme un trouble insomniaque. Cette conceptualisation tient compte des observations faites au cours des dernières années, selon lesquelles un trouble insomniaque représente un facteur de risque de développer d'autres maladies, comme par ex. une dépression ou des maladies cardiovasculaires. Par ailleurs, un trouble insomniaque comorbide constitue un facteur de risque d'évolution plus défavorable de diverses autres maladies. Cela souligne qu'un diagnostic et un traitement spécifiques du sommeil peuvent non seulement contribuer à améliorer le trouble du sommeil, mais également d'autres paramètres de santé et la qualité de vie. Dans ce contexte, il convient de noter que toutes les lignes directrices internationales sont unanimes sur le fait que la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I), et non pas le traitement médicamenteux, représente le traitement de premier choix. Un traitement médicamenteux est uniquement indiqué lorsque la thérapie cognitivo-comportementale échoue ou est indisponible. La TCC-I englobe des conseils généraux sur le comportement veille-sommeil, la restriction du temps passé au lit en tant que composante la plus importante, ainsi que des procédés de détente et des éléments cognitifs, qui consistent à remettre en question et corriger les croyances dysfonctionnelles au sujet du sommeil. En particulier les éléments de base avec les conseils pour un comportement veille-sommeil sain et la restriction du temps passé au lit ont une efficacité prouvée et sont simples à mettre en oeuvre au quotidien. Actuellement, des efforts sont déployés en Suisse et dans de nombreux autres pays pour intensifier l'implémentation et la généralisation de la TCC-I afin de traiter de façon efficace et conforme aux lignes directrices le trouble fréquent de l'insomnie. Une meilleure implémentation de cette approche thérapeutique peut notamment contribuer à réduire la prescription de somnifères, qui est toujours en partie excessive. Je suis ravi que le *Primary and Hospital Care* aille dans ce sens avec un article actuel sur l'insomnie, car ce sont précisément les médecins de famille qui contribuent de façon décisive à une prise en charge optimale de ce trouble. Les prochains articles prévus sur cette thématique se pencheront sur la situation de la prise en charge en Suisse, mais également sur la mise en oeuvre concrète de la TCC-I.

Prof. Dr méd. Christoph Nissen  
Chefarzt, stv. Direktor,  
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG,  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

## Série «Sommeil» – Partie 2

# Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie au cabinet de médecine de famille

Marian Spath<sup>a</sup>, Elisabeth Hertenstein<sup>a</sup>, Carlotta L. Schneider<sup>a</sup>, Ersilia Trinca<sup>a</sup>, Anca Calin<sup>a</sup>, Micheline Maire<sup>b</sup>, Tamara Scharf<sup>b</sup>, Reto Auer<sup>b</sup>, Christoph Nissen<sup>a</sup>,

<sup>a</sup> Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD), Bern; <sup>b</sup> Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern, Schweiz

Les troubles du sommeil sont un motif de consultation fréquent dans la médecine de premier recours ambulatoire [1]. Les troubles du sommeil sont souvent associés à une grande souffrance en raison des limitations des fonctions quotidiennes et d'une focalisation importante sur le thème du sommeil. Le médecin de famille perçoit souvent cette souffrance dans le désir du patient de recevoir un traitement médicamenteux.

### Vignette de cas

Une contrôleuse de 37 ans se présente dans votre cabinet de médecine de famille. Cela fait quatre mois qu'elle n'arrive plus à s'endormir et elle fait état d'une forte altération de ses fonctions quotidiennes et de ses performances au travail. Elle s'inquiète beaucoup pour son avenir professionnel, car elle commet de

plus en plus d'erreurs d'inattention en raison d'un manque de concentration. Elle a déjà suivi plusieurs conseils spécifiques pour le sommeil obtenus d'amis et lus sur internet. Toutefois, cela n'a pas été utile pour l'instant. En raison d'une forte souffrance, elle prend depuis une semaine un somnifère qu'elle a reçu de son père. La boîte est à présent vide. Elle demande une ordonnance pour un somnifère, car sinon, sa situation deviendrait encore plus précaire.

## Introduction

Les insomnies sont des états qui sont définis par une altération de la durée de sommeil ou de la qualité du sommeil et qui conduisent en conséquence à des performances réduites dans le quotidien professionnel et social [2]. Concernant la durée, il convient de faire la distinction entre une insomnie aiguë (moins de trois mois) et une insomnie chronique (plus de trois mois). Sur la base de cette durée de plus de trois mois, il existe une distinction diagnostique entre les déclencheurs aigus (par ex. stress lié à des examens, perte d'emploi soudaine) et une persistance des symptômes à l'issue d'une situation aiguë avec de possibles facteurs entretenant l'insomnie.

*Vous identifiez que la boîte vide dans les mains de la patiente est une boîte d'hypnotique Z. Vous donnez à la patiente des explications sur cette substance, notamment concernant son action, les effets indésirables potentiels, le développement d'une tolérance et le potentiel de dépendance. La patiente indique que son père prend le médicament depuis des années et qu'il a essayé en vain de s'endormir sans aide médicamenteuse au cours des derniers jours. Il s'est présenté chez son médecin de famille avant-hier. La mère de la patiente a raconté qu'il avait un jour oublié son médicament lors de vacances à l'étranger, ce qui a été compliqué. La patiente ne veut pas qu'une telle situation se reproduise pour elle. Lorsque vous évoquez une thérapie cognitivo-comportementale spécifique au sommeil, la patiente indique qu'elle n'en a jamais entendu parler.*

D'après les lignes directrices actuelles, la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) représente le traitement de choix pour l'insomnie chronique [2]. L'approche comportementale se montre supérieure au traitement pharmacologique en termes de taux de succès dans le traitement à long terme. Selon les lignes directrices, l'utilisation de somnifères devrait uniquement entrer en ligne de compte en cas d'échec ou d'indisponibilité de la TCC-I [2]. Alors que les benzodiazépines et hypnotiques Z possèdent une efficacité élevée dans le traitement à court terme, les preuves sont faibles concernant le traitement à long terme [3].

Cet article a pour objectif de décrire la TCC-I en vue d'encourager sa diffusion et son implémentation accrue dans la médecine de premier recours. En nous appuyant sur un exemple de cas, nous souhaitons présenter les différents éléments de la TCC-I et renforcer l'intérêt et la sensibilisation vis-à-vis d'un traitement non pharmacologique de l'insomnie. Pour les personnes intéressées, il existe des possibilités de formation continue spécifique permettant d'approfondir les connaissances spécialisées.

D'une manière générale, les médecins de famille ont la possibilité de travailler avec des éléments de la TCC-I, au sens d'une approche échelonnée, chez leurs patients souffrant d'insomnie. Ainsi, le médecin de famille peut

**Tableau 1:** Aperçu des différentes options thérapeutiques.

<b>Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie – traitement de 1<sup>er</sup> choix</b>
Très bonnes preuves, effets à long terme stables
<b>Pharmacothérapie</b>
Si TCC-I indisponible ou inefficace
Benzodiazépines et agonistes des récepteurs des benzodiazépines (hypnotiques Z)
Bonnes preuves pour le traitement à court terme (moins de 4 semaines)
Éviter les traitements à long terme (preuves insuffisantes, risque de développement d'une tolérance et d'une dépendance)
Antidépresseurs sédatifs (off-label) possibles pour le traitement à court terme, mais manque de preuves d'efficacité pour le traitement à long terme; tenir compte des effets indésirables potentiels; exemples: mirtazapine 7,5–15 mg/j, trazodone 12,5–50 mg/j (privilégier la formulation à libération immédiate), trimipramin 10–50 mg/j
Antihistaminiques (off-label): non recommandés en raison de l'absence de preuves d'efficacité
Antipsychotiques (off-label): non recommandés en raison d'un profil bénéfice-risque défavorable en cas d'insomnie; chlorprothixène, quétiapine, olanzapine: effets indésirables et faibles preuves
Mélatonine et agonistes des récepteurs de la mélatonine: non recommandés, peu efficaces en cas d'insomnie sans trouble du rythme circadien
Agomélatine: faibles preuves en cas d'insomnie
Phytothérapie, comme par ex. valériane, houblon, passiflore, camomille: non recommandée en raison d'un manque d'efficacité

par exemple demander au patient de tenir un journal du sommeil et travailler avec des éléments psychoéducatifs et thérapeutiques comportementaux. Un premier succès thérapeutique parvient souvent à être obtenu par ce biais.

En cas d'amélioration insuffisante ou de manque de temps, il est possible d'orienter le patient vers un spécialiste.

Dans ce contexte, la planification thérapeutique individuelle devrait être élaborée conjointement avec le patient. Ainsi, il ne faut pas uniquement tenir compte du contexte personnel et des circonstances de vie actuelles du patient, mais aussi des ressources temporelles individuelles et des possibilités spécifiques dans le quotidien du cabinet de médecine de famille.

En Suisse, il existe plusieurs centres du sommeil, dont la plupart proposent également la TCC-I. Une liste est disponible sur le site internet de la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie (SSSSC) ([swiss-sleep.ch/wp-content/uploads/2020/12/Web-Liste-und-Adressen-der-Zentren-f%C3%BCr-Schlafmedizin-der-SGSSC-2020\\_111.pdf](http://swiss-sleep.ch/wp-content/uploads/2020/12/Web-Liste-und-Adressen-der-Zentren-f%C3%BCr-Schlafmedizin-der-SGSSC-2020_111.pdf)). Par ailleurs, les sociétés de psychothérapie cantonales proposent souvent des offres en ligne, avec des informations sur les psychothérapies. Cela donne aux médecins de famille la possibilité d'orienter les patients vers des

professionnels spécifiquement formés à la TCC-I. Dans les consultations du sommeil (par exemple au Centre Sommeil-Veille-Epilepsie de Berne), la TCC-I est proposée avec au minimum quatre séances. En cas d'insomnie persistant depuis de longues années, davantage de séances peuvent également être nécessaires.

Un traitement médicamenteux par benzodiazépines ou hypnotiques Z peut constituer une option thérapeutique à court terme, pour au maximum 2–4 semaines, s'il existe un facteur de stress sévère et transitoire (par exemple une opération cardiaque à venir) [4]. Il ne faudrait cependant pas qu'il se transforme en traitement à long terme. Une évaluation critique est nécessaire, car avec l'augmentation de la durée de prise, les risques de développement d'une tolérance et d'une dépendance peuvent prendre le pas sur le bénéfice thérapeutique de l'intervention médicamenteuse. Chez les patients ayant des antécédents d'usage nuisible de substances, un traitement par benzodiazépines ou hypnotiques Z est généralement déconseillé.

## Psychoéducation

La psychoéducation consiste à travailler avec le patient pour qu'il acquière des connaissances de base liées au sommeil et les mette en pratique au quotidien. Les troubles du sommeil s'accompagnent souvent d'incertitudes et d'angoisses. Une information précoce au sujet des besoins variables en matière de sommeil, des types chronobiologiques individuels et de l'altération physiologique du sommeil permet d'atténuer les inquiétudes chez de nombreux patients. En font partie le fait que le besoin de sommeil varie fortement d'un individu à l'autre et qu'une durée comprise entre 5 et 10 heures peut être considérée comme normale. Par ailleurs, différents chronotypes déterminés génétiquement sont connus. Les personnes qui se lèvent tôt et se couchent tôt ont tendance à appartenir au chronotype de l'alouette. Les personnes qui s'endorment plutôt tard et se lèvent tard font partie des hiboux. Ce ne sont pas là des pathologies, mais des rythmes circadiens différents en partie déterminés génétiquement, avec des périodes privilégiées de sommeil et d'activité divergentes [5].

Notre rythme de sommeil change aussi au cours de la vie. Avec l'âge, la durée de sommeil diminue le plus souvent. Cela est également physiologique et n'a pas de caractère pathologique.

Les recommandations suivantes peuvent être employées chez tous les patients souffrant de troubles du sommeil:

- Respect d'un rythme de sommeil, en particulier avec des heures de lever régulières (plus/moins 1 h), y compris le week-end.

- Pas de rattrapage du sommeil durant la journée, afin d'augmenter la pression du sommeil.
- Pour autant que le logement le permette, dormir dans une chambre qui n'a pas un usage multifonctionnel (par ex. pour le travail) afin de consolider l'association entre chambre à coucher et calme/récupération/sommeil.
- Ne pas regarder l'heure durant la nuit. A la fois la lumière et la pression interne générée («compte à rebours des heures de sommeil») affectent le sommeil.
- Ne pas consommer d'alcool (sédatif, non propice au sommeil), de nicotine (stimulant) et de caféine le soir (demi-vie: 5–6 heures).
- Introduire un rituel du soir apaisant.

Il est essentiel d'identifier les besoins individuels et les facteurs perturbant le sommeil et de les aborder de façon ciblée. Les conseils doivent être suivis sur une période de 4–6 semaines pour pouvoir en évaluer le succès.

*Dans la discussion, la patiente signale qu'elle travaille souvent sur son ordinateur portable le soir, dans le lit. Elle met le plus souvent l'ordinateur de côté vers 21h, reste dans le lit et n'arrive pas à s'endormir. Elle tente de compenser le manque de sommeil nocturne avec une sieste d'environ 1 heure. Elle ne consomme qu'occasionnellement de l'alcool le week-end, elle boit une tasse de café le matin vers 7h et un double expresso vers 16h. Après avoir discuté des recommandations, la patiente est motivée à les mettre en œuvre au cours des prochaines semaines.*

## Restriction du temps passé au lit et contrôle des stimuli

La restriction du temps passé au lit représente le facteur d'effet central de la TCC-I. L'augmentation de la pression du sommeil permet un meilleur endormissement, une meilleure continuité du sommeil et un sommeil de meilleure qualité. Initialement, la personne tient un journal du sommeil durant deux semaines ([https://schlaf.charite.de/fileadmin/user\\_upload/microsites/kompetenzzentren/schlaf/Schlafstagebuch.pdf](https://schlaf.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/kompetenzzentren/schlaf/Schlafstagebuch.pdf)). Ensuite, l'efficacité du sommeil moyenne est calculée en pourcentage (temps de sommeil effectif divisé par temps passé au lit, multiplié par 100). Une efficacité du sommeil saine est d'environ 85% chez les personnes de moins de 60 ans et d'environ 80% chez les personnes à partir de 60 ans. Si l'efficacité du sommeil est inférieure, il convient d'initier une restriction du temps passé au lit.

*Exemple: Temps passé au lit de la patiente 21h00 à 7h00, temps de sommeil 00h30 à 7h00. Temps de sommeil 6,5 heures / temps passé au lit 10 heures \* 100 = efficacité du sommeil de 65%.*

Un temps passé au lit individuel est convenu conjointement avec le patient, celui-ci correspondant à peu près à la durée totale de sommeil. Par ailleurs, en fonction

du chronotype, de la préférence et des circonstances de vie, ce temps est couplé à des heures fixes de coucher et de lever.

**Exemple: Nouveau temps passé au lit de la patiente 0h00 à 6h30. Il est recommandé de renoncer à la sieste afin d'accroître la pression du sommeil pour le sommeil nocturne.**

La personne continue à tenir un journal du sommeil pendant qu'elle respecte ces horaires. Lors de l'analyse hebdomadaire, le temps passé au lit peut éventuellement être augmenté de 15 minutes à partir d'une efficacité du sommeil de 90% chez les personnes de moins de 60 ans et de 85% chez les personnes de plus de 60 ans et il peut être réduit de 15 minutes en cas d'efficacité du sommeil inférieure à 80%. En cas d'écart importants, un changement de 30 minutes est également possible. Cette démarche est répétée jusqu'à ce que le patient rapporte une bonne qualité subjective du sommeil.

L'élément clé est l'association entre lit et sommeil. En cas d'insomnies chroniques, le fait de penser au sommeil et à son lit peut constituer un facteur de stress, car ces thèmes peuvent être associés à des tentatives d'endormissement vaines. Un temps passé au lit raccourci, y compris au sens d'un contrôle des stimuli, s'accompagne d'une réduction des processus cognitifs indésirables, comme par ex. la rumination nocturne. Il est essentiel de réapprendre à associer le lit avec le sommeil. Il a pu être montré qu'au cabinet de médecine de famille également, une intervention en deux séances consistant en une restriction du sommeil améliorerait significativement le sommeil du patient à long terme [6].

Il est important d'informer les patients au sujet de l'effet secondaire potentiel de la restriction du temps passé au lit. Initialement, la fatigue diurne, la somnolence et l'épuisement peuvent être renforcés. Il peut éventuellement être nécessaire de renoncer à la conduite de véhicules ou à la manipulation de machines dangereuses [7].

## Thérapie cognitive

La thérapie cognitive a pour objectif de renforcer la perception des cognitions et de modifier leurs conséquences émotionnelles et comportementales. Il s'agit de faire comprendre à la personne que ce n'est pas uniquement la situation initiale de l'insomnie qui déclenche des émotions négatives, mais aussi son évaluation émotionnelle. La première étape d'évaluation cognitive d'une situation initiale («Bon ou mauvais pour moi?») est suivie d'une deuxième évaluation («Suis-je capable de faire face à la situation initiale?»). Les évaluations dysfonctionnelles et les attentes négatives («Je ne peux de toute façon pas dormir.» / en regardant l'heure: «Je ne me suis toujours pas endormi.») ainsi que le catastrophisme («Si je n'arrive pas à dormir

aujourd'hui, tout ira de travers demain.») devraient être identifiés en tant qu'évaluation émotionnelle problématique. Plus l'importance subjective de la situation initiale est élevée et l'efficacité personnelle attendue faible, plus l'effet sur le niveau de stress sera prononcé. Ces états de stress et d'agitation peuvent encore restreindre davantage un processus sain d'endormissement et de continuité du sommeil. Le but de la thérapie cognitive est donc de modifier les évaluations catastrophistes et de renforcer le vécu d'efficacité personnelle. Cela passe entre autres par la discussion des cognitions au cours de ce que l'on appelle le dialogue socratique et par des expériences comportementales. De telles expériences comportementales peuvent par ex. consister à volontairement dormir sur une période limitée (par ex. 4 h) et à évaluer les conséquences de cette restriction du sommeil sur l'état diurne et les performances.

Avant le début du traitement, il convient d'identifier avec la personne touchée les pensées dysfonctionnelles qui l'empêchent de s'endormir ou constituent des stressseurs émotionnels.

En présence de telles pensées dysfonctionnelles, la thérapie cognitive doit viser à les modifier et à établir des cognitions utiles et réalistes. Si la personne continue malgré tout à ressasser des idées perturbant son sommeil, il faut lui expliquer qu'elle doit se lever et si possible se rendre dans une autre pièce pour se pencher sur le problème de façon ciblée. Il est primordial de renforcer l'association entre la chambre à coucher et la détente/le calme.

## Techniques de relaxation

La relaxation musculaire progressive (RMP) est une technique de relaxation physique recommandée. Il existe aujourd'hui plusieurs tutoriels en ligne en libre accès sous forme de vidéos, de fichiers audio et de manuscrits. La RMP se focalise sur la distinction entre tension et relaxation et aide à prendre conscience de cette différence. Au début du traitement, il est recommandé de pratiquer et d'apprendre la RMP durant la journée. Lorsque l'exercice est bien maîtrisé, il peut être réalisé lors des situations d'endormissement. En cas de réalisation directe en tant qu'exercice d'endormissement et d'attentes trop élevées, il y a un risque d'arrêt prématuré du traitement si le succès tarde à se faire sentir.

Il est également possible de recourir à des méthodes de relaxation cognitive, telles que la visualisation d'une image apaisante ou le fait de se plonger dans un voyage imaginaire. Les images apaisantes présentent un caractère très individuel, en fonction de ce qu'un patient considère comme apaisant. Il n'est dès lors pas recommandé de donner des directives thérapeutiques. Il est

possible de rechercher en commun des moments vécus comme particulièrement positifs et relaxants. L'important est que l'élaboration soit la plus précise possible, avec des couleurs, des odeurs, des lumières, etc. Une implication des cinq sens est souhaitable.

*Vous rencontrez la patiente deux semaines après la première consultation. Elle indique que tout n'est pas encore parfait mais qu'au final, elle pouvait mieux dormir. Les premiers jours ont été difficiles. La sieste lui a initialement manqué, mais elle se sent à présent nettement plus reposée en journée en raison d'un meilleur sommeil nocturne. Au lieu de la sieste, elle pratique désormais la RMP et décrit un meilleur bien-être physique. Elle vous présente son journal du sommeil complété. Vous adaptez ensemble le temps passé au lit.*

### Complications et limitations de la TCC-I dans le quotidien du médecin de famille

En cas d'insomnie, de nombreux patients ne consultent pas le médecin en premier lieu, mais expérimentent différentes pratiques et différents conseils. L'échec des interventions mises en œuvre jusqu'alors conduit souvent à une attente négative vis-à-vis des nouveaux traitements non médicamenteux. Par conséquent, il est fréquent que les patients se montrent initialement septiques à l'égard de la TCC-I, en particulier s'ils s'attendent à recevoir une ordonnance médicale. Il est néanmoins utile de rediscuter avec eux des principales recommandations en matière de santé du sommeil. Lorsque les patients affirment avoir déjà tout essayé pour améliorer leur sommeil, il n'est pas rare de retrouver des comportements perturbant manifestement le sommeil.

Par ailleurs, lorsque des changements comportementaux sont mis en œuvre, il est important d'indiquer au patient le temps nécessaire pour obtenir les premiers succès thérapeutiques. Il est fréquent que les patients

mettent rapidement un terme aux changements comportementaux lorsque le succès n'est pas immédiat. Au début du traitement, il est dès lors essentiel de motiver la personne à poursuivre le traitement même si la restriction du temps passé au lit conduit par exemple initialement à une augmentation de courte durée de la fatigue [7]. Il est utile de signaler à la personne que ce n'est pas la durée de sommeil qui est réduite, mais le temps non utilisé passé au lit. Il est possible de dormir suffisamment même lorsque le temps passé au lit est réduit.

En cas d'insomnie univoque sur le plan diagnostique, la mise en œuvre, avec l'accompagnement du médecin de famille, de recommandations portant sur la santé du sommeil, la restriction du temps passé au lit et la tenue d'un journal du sommeil peut entraîner une amélioration du sommeil et rendre un traitement médicamenteux inutile. Notamment la thérapie cognitive confronte les médecins de premier recours à des défis à la fois professionnels et temporels. En cas d'amélioration insuffisante, une orientation vers un spécialiste peut être indiquée. Une orientation vers un centre du sommeil est également recommandée en cas de suspicion de comorbidités, telles qu'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil, une narcolepsie ou un trouble du comportement en sommeil paradoxal.

#### Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

#### Références

- Maire M, Linder S, Dvořák C, Merlo C, Essig S, Tal K, et al. Prevalence and management of chronic insomnia in Swiss primary care: cross-sectional data from the "Sentinella" practice-based research network. *J Sleep Res.* 2020 Oct;29(5):e13121. 10.1111/jsr.13121325885191365-2869
- Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017 Dec;26(6):675-700. 10.1111/jsr.12594288755811365-2869
- Riemann D, Perlis ML. The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Med Rev.* 2009 Jun;13(3):205-14. 10.1016/j.smrv.2008.06.001192016321532-2955
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Guidance on the Use of Zaleplon, Zolpidem and Zopiclone for the Short Term Management of Insomnia. Technology Appraisal Guidance 77. London: NICE, 2004.
- Vitale JA, Roveda E, Montaruli A, Galasso L, Weydahl A, Caumo A, et al. Chronotype influences activity circadian rhythm and sleep: differences in sleep quality between weekdays and weekend. *Chronobiol Int.* 2015 Apr;32(3):405-15. 10.3109/07420528.2014.986273254695971525-6073
- Falloon K, Elley CR, Fernando A 3rd, Lee AC, Arroll B. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2015 Aug;65(637):e508-15. 10.3399/bjgp15X686137262128461478-5242
- Kyle SD, Miller CB, Rogers Z, Siriwardena AN, Macmahon KM, Espie CA. 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 Feb;37(2):229-37. 10.5665/sleep.3386244976511550-9109
- Espie CA, Kyle SD, Williams C, Ong JC, Douglas NJ, Hames P, 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 Jun;35(6):769-81. 10.5665/sleep.1872226541961550-9109

Prof. Dr. med.  
Christoph Nissen  
Chefarzt, stv. Direktor  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD), Bern  
Bolligenstr. 111  
CH-3000 Bern  
christoph.nissen[at]jupd.ch

### Résumé pour la pratique

- D'après les lignes directrices actuelles, la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) représente le traitement de premier choix en cas d'insomnie chronique.
- L'effet de la TCC-I est le plus souvent légèrement décalé dans le temps, mais il s'agit de l'approche thérapeutique la plus efficace sur le long terme.
- La restriction du temps passé au lit représente un facteur d'effet central de la TCC-I. Informer le patient sur la somnolence diurne initiale peut permettre d'améliorer l'adhérence thérapeutique.
- Les benzodiazépines et hypnotiques Z doivent dans la mesure du possible être évités en raison du risque de développement d'une tolérance et d'une dépendance.
- Une insomnie chronique peut augmenter le risque de maladies somatiques (telles que maladies cardiovasculaires) ou de maladies psychiques (telles que dépression).
- Les insomnies sont fréquentes et associées à une souffrance importante.
- Alternativement, des antidépresseurs sédatifs peuvent être employés (en off-label).