

Entrevue

Prévenir et surmonter les troubles du sommeil

Une entrevue avec Dr Charles Morin, psychologue, professeur et directeur du Centre d'études sur les troubles du sommeil à l'Université Laval.

Depuis plus de 25 ans, il traque les adversaires de notre précieux sommeil. Récipiendaire du prix de la Société canadienne de psychologie en 2008 et du prix Noël-Mailloux en 2005, Charles Morin est sollicité comme conférencier partout dans le monde. Que ce soit par l'entremise de son livre *Vaincre les ennemis du sommeil*¹ ou par les entrevues qu'il accorde aux médias, ce chercheur infatigable souhaite rendre la science du sommeil accessible au plus grand nombre.

PQ : CONTRAIREMENT À CERTAINS CHERCHEURS, VOUS CONSACREZ BEAUCOUP DE VOTRE TEMPS À LA VULGARISATION SCIENTIFIQUE; POURQUOI?

CM : C'est une préoccupation de toujours. Faire la recherche c'est bien, mais ce qui est encore plus intéressant c'est de communiquer les résultats à nos pairs et à tous ceux qui pourraient trouver une utilité à nos travaux. L'insomnie chronique touche environ 10 % des gens et si on parle d'insomnie occasionnelle, la prévalence est de l'ordre de 20 à 25 %. Il y a encore beaucoup à faire pour sensibiliser la population aux troubles du sommeil. Trop souvent, les campagnes de promotion des saines habitudes de vie traitent de la nutrition et de l'activité physique et éludent la question du sommeil. Pourtant, nous passons le tiers de notre vie à dormir!

Même si elle ne tue pas, l'insomnie affecte drôlement la qualité de vie des personnes qui en souffrent, et c'est sans parler des coûts astronomiques qui lui sont associés. Nous venons de publier un article² qui documente les impacts de l'insomnie chronique dans les milieux de travail et en moyenne, une personne qui souffre d'insomnie sévère coûte environ 5000 \$ par année en absentéisme ou en baisse de productivité au travail.

PQ : QUAND DEVRAIT-ON S'INQUIÉTER DE SON SOMMEIL?

CM : Les critères habituels incluent la difficulté à initier ou à maintenir le sommeil trois nuits ou plus par semaine pendant quelques semaines, mais les personnes qui consultent ont bien souvent des difficultés qui persistent depuis des mois, voire des années.

Je fais partie du groupe de travail qui révisé actuellement les critères en lien avec les troubles du sommeil en vue de la publication du DSM V. Comme ce sera le cas pour d'autres troubles, nous passerons d'une nosologie dite catégorielle — où on établissait ou non la présence d'un trouble — à une notion de gradation qui nous permettra, en cas de symptômes sous-cliniques, d'établir tout de même un score sur une échelle de sévérité.

PQ : L'INSOMNIE EST-ELLE TOUJOURS LA CONSÉQUENCE D'UN AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ?

CM : Dans 40 % des cas, l'insomnie est secondaire à un autre trouble d'ordre psychologique comme la dépression majeure, la dysthymie, les troubles anxieux ou bipolaires. Cela dit,

lorsqu'une personne rapporte des problèmes de sommeil chroniques et qu'on ne peut établir de diagnostic comorbide clair, on parle alors d'insomnie primaire. On arrive à ce diagnostic « par défaut », une fois qu'on a exclu toutes les causes possibles sur les plans médical, psychiatrique, pharmacologique ou environnemental. Il y a eu, au cours des dernières années, un changement drastique dans la conceptualisation des troubles du sommeil; on reconnaît maintenant que l'insomnie peut être un problème en soi qui mérite une attention thérapeutique en elle-même.

À titre d'exemple, les recherches indiquent que l'insomnie non traitée peut augmenter les risques de développer une dépression majeure, de l'hypertension ou une utilisation prolongée de psychotropes. En outre, chez les gens traités pour une dépression majeure, l'insomnie est le symptôme résiduel le plus fréquent avec la fatigue, d'où l'importance de cibler cette problématique lorsqu'une personne vient consulter en psychothérapie. L'insomnie n'est pas nécessairement secondaire à la dépression ou aux troubles anxieux : il faut l'adresser directement et, le cas échéant, traiter les deux conditions de front.

PQ : ET QU'EN EST-IL, JUSTEMENT, DE CETTE FORME D'INSOMNIE PRIMAIRE?

CM : L'insomnie primaire repose essentiellement sur des composantes psychologiques qui contribuent au maintien du problème. Plusieurs personnes peuvent souffrir de difficultés du sommeil associées à un événement de vie difficile. Après un certain temps, les bons dormeurs arriveront à retrouver leur sommeil, ce qui ne sera pas le cas des gens qui sont plus vulnérables à l'insomnie. Parmi ceux-ci, on trouve notamment les gens de tempérament inquiet, les gens qui ont de mauvaises habiletés de *coping* ou encore les gens hyperactifs qui ont du mal à s'arrêter et à décompresser.

Contrairement aux bons dormeurs, ces personnes plus vulnérables continueront à éprouver des difficultés en développant une forme d'anxiété de performance face à leur problème de sommeil; ils ne s'inquiètent plus de ce qui a déclenché les difficultés, ils s'inquiètent de ne plus dormir et des conséquences de cette privation de sommeil sur leur fonctionnement. L'insomnie devient alors son propre moteur : plus la personne essaie de dormir, plus elle va rester éveillée longtemps.

PQ : QUEL TRAITEMENT PRÉCONISEZ-VOUS ALORS?

CM : Le programme que nous testons au Centre d'études sur les troubles du sommeil comprend des composantes comportementales parmi lesquelles on trouve **la restriction du temps passé au lit**. Par exemple, une personne qui passe huit heures au lit mais qui n'en dort que six aura pour mission de se coucher plus tard et de se lever plus tôt. En créant cette petite privation de sommeil, nous changeons le focus d'attention de la personne et instaurons une forme d'intention paradoxale; au lieu de s'inquiéter de sa capacité à s'endormir, elle va porter son attention sur ce qu'elle peut faire pour rester éveillée. On ajuste ensuite graduellement la fenêtre de sommeil en cours de thérapie.

On emploie aussi **la méthode de contrôle par le stimulus** qui consiste à réserver la chambre pour le sommeil et les activités sexuelles de manière à défaire l'association qui s'est créée entre la chambre et la frustration de ne pas dormir et à recréer l'association entre la chambre et le sommeil. Si une personne n'arrive pas à dormir, on l'enjoint donc à sortir de sa chambre et à y retourner seulement quand le sommeil est imminent.

Parmi les composantes cognitives du programme, on travaille à **restructurer et à dédramatiser des croyances erronées** ou les pensées qui sont très anxiogènes comme « je dois absolument dormir, j'ai tellement de travail demain » ou « quelle nuit horrible; je ne réussirai jamais à faire ma journée ». Nous amenons ces personnes à faire des expériences qui leur démontrent qu'elles arrivent à fonctionner même si elles n'ont pas dormi aussi longtemps que ce qu'elles auraient voulu et nous recadrons cette idée irréaliste qu'il faille absolument dormir huit heures pour être fonctionnel le lendemain.

PQ : QU'OBTENEZ-VOUS COMME RÉSULTATS AVEC CES APPROCHES?

CM : Entre 75 et 85 % des gens vont bénéficier de la thérapie. On ne fera pas nécessairement d'eux des champions dormeurs, mais ces derniers vont : s'endormir plus rapidement, rester endormis plus facilement, dormir un peu plus longtemps, diminuer leur détresse associée à l'insomnie et réduire leur consommation de somnifères.

Le taux de rémission complète après six semaines est d'environ 40 % et lorsqu'on poursuit le traitement sur une période plus longue, on atteint facilement 60 % de rémission. Nous venons de publier une étude³ dans laquelle nous comparons l'approche cognitivo-comportementale (CC) et l'approche combinée avec médicaments. Les deux approches se comparent très bien après six semaines, mais à plus long terme, c'est définitivement l'approche CC seule qui donne les meilleurs résultats.



Dr Charles Morin, psychologue

PQ : EST-CE À DIRE QUE LES SOMNIFÈRES NE SONT PAS UTILES?

CM : Les médecins que je rencontre en formation continue sont très intéressés par nos données sur l'efficacité de la psychothérapie; ils comprennent qu'en consacrant un peu plus de temps à leurs patients, ils éviteraient que ces derniers reviennent les voir constamment. Le travail sur les habitudes et sur les croyances permet vraiment de régler le problème, alors que les médicaments, qui peuvent être utiles à très court terme, ne sont en fait que des « *band aid* » lorsqu'on les utilise de façon prolongée.

D'ailleurs, un psychologue dont le patient prend des somnifères depuis des mois sans succès pourrait, dans le respect des limites de ses compétences, contacter le médecin traitant du patient ou son pharmacien et explorer avec eux la possibilité d'établir un programme de sevrage. En effet, à cause des risques associés aux effets de rebond, il est contre-indiqué de cesser la médication du jour au lendemain.

PQ : LES SAINES HABITUDES DE SOMMEIL, ÇA SE RÉSUME À QUOI?

CM : D'abord, parce que nos cycles de veille et de sommeil sont contrôlés en bonne partie par les cycles de lumière, la question de **la régularité** est très importante. Par exemple, les gens qui arrêtent de travailler et qui changent leur routine de sommeil deviennent plus vulnérables à l'insomnie. Il faut aussi se donner **un minimum d'heures de sommeil**. Certains brûlent la chandelle par les deux bouts à cause de leurs nombreuses obligations. Or ces gens accumulent une dette de sommeil et ne sont jamais en mesure de fonctionner à pleine capacité parce qu'ils n'ont pas suffisamment dormi. En ce sens, il faudrait idéalement s'assurer

de **donner la priorité au sommeil**, au même titre qu'on s'efforce de manger trois fois par jour. Enfin, parce qu'elles affectent le sommeil, **l'utilisation modérée de substances** telles que la caféine, l'alcool ou la nicotine fait partie de ce qu'on peut inclure dans une certaine hygiène de base du sommeil.

D'ailleurs, les saines habitudes de sommeil devraient s'instaurer dès l'enfance. Beaucoup de parents ont du mal à établir des limites au moment du rituel du coucher. Chez les adolescents, on observe une corrélation entre le nombre d'appareils électroniques dans la chambre et les difficultés de sommeil. Il faut exercer un certain contrôle : de la même façon qu'on ne laisse pas manger nos jeunes à toute heure de la journée, on doit les aider à réserver une période spécifique pour le sommeil.

PQ : QUELS SONT VOS PROCHAINS CHEVAUX DE BATAILLE?

Nous avons beaucoup travaillé sur le développement et la validation d'un traitement psychologique. Le grand défi consiste maintenant à disséminer ces données probantes. D'abord, on doit convaincre les gens et même les décideurs en santé publique que

le sommeil est important. De plus, ceux qui éprouvent des difficultés doivent savoir qu'en se documentant sur le sujet, ils peuvent faire beaucoup pour améliorer leur situation. Enfin, les personnes qui souffrent d'insomnie chronique devraient pouvoir accéder plus facilement à des traitements en psychothérapie. Trop peu de gens consultent et trop nombreux sont ceux qui se traitent avec des produits sans ordonnance qui ne sont pas efficaces.

Par Éveline Marciel-Denault, psychologue et journaliste pigiste

_NOTES

- 1 Morin, C. M. (2009). *Vaincre les ennemis du sommeil*. Les Éditions de l'Homme, Montréal 262 p.
- 2 Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire JP, Savard I. (2009) The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*. Jan 1, 32(1), p. 55-64.
- 3 Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, Bastien C, Baillargeon L. (2009). Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*, 301(19), p. 2005-15.

Échelle d'Évaluation Conners Troisième Édition

L'échelle d'évaluation Conners, troisième édition, est le résultat de 5 années de recherches et de développement intensifs. Le Conners-3 s'avère un outil fiable qui permet d'assister le professionnel dans la démarche diagnostique.

Fondé sur des découvertes solides et plusieurs éléments clés de l'échelle d'évaluation Conners révisée (CRS-R), le CONNERS-3 offre une évaluation complète du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Le CONNERS-3 évalue également des troubles souvent associés tel que le trouble oppositionnel avec provocation et les troubles de conduite. Les questionnaires des parents, des enseignants et d'auto-évaluation sont disponibles en version longue ou en version courte.

Le **CONNERS-3** apporte les améliorations suivantes:

- Un échantillon normatif représentatif de la population américaine (basé sur le dernier recensement des États-Unis)
- Une relation renforcée avec le DSM-IV-TR
- Des applications claires en milieu éducatifs qui permettent d'identifier les enfants présentant des symptômes cliniques.
- Un manuel qui indique étape par étape la marche à suivre pour planifier les interventions et évaluer l'impact de celles-ci

5051-300622 : MATÉRIEL COMPLET (CORRECTION MANUELLE)

5051-300822 : MATÉRIEL COMPLET (CORRECTION INFORMATIQUE)



INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES

8490 rue Jeanne-Mance, suite 104, Montréal Qc. H2P 2S3

Téléphone : 514 382-3000 & 1 800 363-7800

Télécopie : 514 382-3007 & 1 888 382-3007

Courriel : info@i-r-p.ca

Site Web : <http://www.i-r-p.ca>