

Protocole d'administration de la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie chez les patients avec un trouble de la personnalité du groupe B

Huberdeau, A., Cailhol, L., Goulet, J., Tisseyre M.

1^{re} édition



À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique sert avant tout à protocoliser le programme de thérapie cognitivo-comportemental de l'insomnie (TCC-I) chez les patient.e.s avec un trouble de la personnalité du groupe B (TPB) qui sera à l'étude lors du projet pilote de faisabilité INSOPERSO ayant lieu au service des troubles relationnels et de la personnalité (STRP) de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Il s'adresse aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour.

Ce guide de pratique s'inspire du guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie de Dr Jean Goulet, Dr Louis Chaloult et Dre Thanh-Lan Ngô (Disponible au <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2018/06/guide-de-pratique-insomnie-version-isbn-juin-2018.pdf>)¹. Nous tenons donc à remercier spécialement le Dr Goulet pour ceci, ainsi que pour son aide à la rédaction de ce protocole de thérapie adaptée aux TPB.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de TCC².

À PROPOS DES AUTEUR.E.S

Ann Julie Huberdeau effectue actuellement sa résidence à l'Université de Montréal dans le programme de psychiatrie et d'addictologie.

Lionel Cailhol est médecin psychiatre. Il pratique au STRP de l'IUSMM. Il est professeur agrégé de clinique au département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal et il est affilié au centre de recherche de l'IUSMM. Ses travaux portent principalement sur l'étude des traitements du trouble de personnalité limite et le développement de nouvelles voies thérapeutiques.

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique en cabinet et est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal. Il enseigne et fait de la supervision de thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie.

Magali Tisseyre, après une maîtrise en kinésiologie et un baccalauréat en psychologie, effectue actuellement un doctorat en sciences de l'activité physique à l'Université de Montréal.



TABLE DES MATIÈRES

Section 1 : Introduction.....	6
Section 2 : Modèle cognitivo-comportemental.....	8
L'insomnie	8
Manifestations de l'insomnie dans le TPB	12
Dysrégulation émotionnelle (DE)	12
Impulsivité	13
Comportements suicidaires	14
Section 3 : Spécificités de la TCC-I chez les TPB.....	15
Section 4 : La thérapie	16
Déroulement de la thérapie	16
1^{re} SÉANCE : Informations générales et règles d'hygiène du sommeil.....	17
Les présentations (15 minutes).....	17
Déroulement de la thérapie (5 Minutes)	19
Exercices personnels (15 minutes)	19
Psychoéducation sur le sommeil et règles d'hygiène du sommeil (35 minutes).....	20
Explication des travaux à domicile (20 minutes).....	23
2^e SÉANCE : Contrôle des stimuli et restriction du sommeil.....	24
Accueil et retour sur les travaux à domicile (20 minutes).....	24
Contrôle des stimuli (15 minutes).....	24
Restriction du sommeil (45 minutes).....	28
Conclusion (5 minutes)	30



Explication des travaux à domicile (5 minutes).....	30
3^e SÉANCE : Suivi	31
Acceuil et retour sur les travaux à domicile (15 minutes)	31
Remplissage de l'Index de sévérité de l'insomnie (ISI) (10 minutes).....	31
Ajustement du plan d'action (30 minutes)	32
Psychoéducation sur la médication et les maladies liées au sommeil (20 minutes)	32
Explication des travaux à domicile [15 minutes].....	34
4^e SÉANCE : Conclusion.....	35
Acceuil [15 minutes]	35
Remplissage de l'Index de sévérité de l'insomnie [ISI] [10 minutes]	35
Révision des travaux à domicile [35 minutes]	35
Suite et recommandations personnalisées [30 minutes]	36
5^e SÉANCE [facultative]	37
Acceuil [15 minutes]	37
Psychoéducation (15 minutes).....	37
Technique de répétition par imagerie mentale	39
Conclusion et travaux à domicile.....	40
Section 5 : Instruments de mesure et outils de traitement.....	41
LISTE DES ANNEXES.....	41
Annexe 1 : Manuel d'information destiné aux patients	42
Annexe 2 : Agenda du sommeil simplifié	43
Annexe 3 : Agenda du sommeil détaillé avec instructions	45



INSTRUCTIONS	45
Annexe 4	50
Suivi de ma thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I).....	50
Annexe 5	51
Annexe 6	51
Annexe 6 : ISI⁵⁰	52
Annexe 7	53
Annexe 8	55
Instructions pour le contrôle des stimuli (TCC-I)	55
Annexe 9	56
Instructions pour la restriction du sommeil (TCC-I).....	56
Annexe 10 : Mon plan d'intervention	57
Bibliographie	58



SECTION 1 : INTRODUCTION

L'insomnie représente le trouble du sommeil le plus fréquent au Canada. Environ une personne sur quatre se dit insatisfaite de son sommeil³. Cette maladie cause une souffrance significative ainsi qu'un impact fonctionnel considérable sur la vie de ceux qui en souffrent.

L'éventail de traitement a très longtemps été peu efficace. En effet, l'utilisation des différents médicaments a peu d'effet pour améliorer la qualité du sommeil de façon durable. À long terme, ces médicaments causeront davantage de tort aux patients qu'ils amélioreront réellement leur condition. Tel que mentionné dans la section III du guide de thérapie du Dr Goulet¹ : « *De façon générale, les médicaments hypnotiques doivent être limités à un usage occasionnel ou à court terme dans les cas d'insomnie aiguë reliée à des facteurs de stress, décalage horaire ou autres. Ils sont peu utiles et parfois nuisibles dans le traitement de l'insomnie psychophysiologique chronique.* ». Je vous y réfère pour de plus amples informations sur la pharmacothérapie de l'insomnie.

L'arrivée de la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) a considérablement amélioré le traitement. Elle est maintenant le traitement de première ligne recommandé dans plusieurs guides de pratiques^{4,5}. C'est un traitement qui comporte peu d'effets indésirables ou de contre-indications.

En ce qui concerne les études chez les TPB, on remarque une forte propension à l'insomnie chez les patients. e. s avec un trouble de la personnalité limite (TPL) ; deux patients. e. s sur trois rapporteraient des symptômes d'insomnie, et ce pour une plus longue durée que ceux sans TPL⁶. Des études portant sur des populations carcérales, comprenant de hautes proportions de TPL et de trouble de la personnalité antisociale (TPAS), ont démontré que les problèmes de sommeil étaient plus communs que dans la population générale^{7,8}.

Le fardeau relié aux TPB et à l'insomnie est colossal. Ces conditions sont associées à un risque suicidaire augmenté bien documenté([AOR], 8.40; 95% CI, 7.53-9.37)⁹. Environ 10% de tous les patients avec un TPL en décèdent¹⁰. Le suicide et les maladies physiques conduisent à une espérance de vie réduite de 13 ans chez les hommes avec un TPB et de 9 ans chez les femmes qui en sont atteintes¹¹. Pour ce qui est de l'insomnie, une récente méta-analyse a permis d'identifier que la perception de la qualité du sommeil prédisait les idées suicidaires chez une majorité de sujets¹². Dans cette étude, la force du lien



existant entre l'insomnie et le suicide varie en fonction du diagnostic psychiatrique. De futures études nous permettront de nous pencher sur ce lien chez les TPB spécifiquement. L'importance du fardeau associé à l'insomnie chez les TPB nous a poussés à nous consacrer plus spécifiquement à son traitement.

Ainsi, ce guide se concentre sur la TCC-I chez les TPB. Considérant que peu d'études se sont penchées sur l'application de la TCC-I chez cette patientèle, nous proposons un modèle de TCC-I brève, sur 4 séances. Il est supposé que ce petit nombre de séances serait le minimum idéal¹³ pour cette patientèle et que la formule de groupe favoriserait une validation par les pairs ainsi qu'une motivation surajoutée.



SECTION 2 : MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL

L'INSOMNIE

Cet extrait provient du guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie de Dr Jean Goulet, Dr Louis Chaloult et Dre Thanh-Lan Ngô¹. L'autorisation de l'auteur, Dr Jean Goulet, pour la reprise de ce texte a été obtenue en bonne et due forme.

L'insomnie primaire se développe généralement sous la forme d'un cercle vicieux (Figure IV.1)

La plupart du temps, elle apparaît suite à la chronicisation d'une insomnie secondaire (voir Section IIA) qui persiste longtemps après que les facteurs précipitants soient disparus (Figure IV.2). C'est ce qu'on appelle l'insomnie psychophysiologique chronique.

1. Facteurs prédisposants

On croit (sans que cela ait été étudié prospectivement) que les sujets qui développent de l'insomnie primaire présentaient certains facteurs prédisposants. On mentionne la tendance à souffrir de symptômes dépressifs, à être plus facilement éveillable, hypervigilant, anxieux... En fait, la plupart des psychopathologies augmentent la vulnérabilité à l'insomnie.

Une surestimation de l'importance du sommeil, du besoin de contrôle du sommeil et une faible tolérance à l'inconfort ou à l'incertitude sont possiblement des facteurs cognitifs préalables à l'insomnie qui en augmentent le risque.

2. Facteurs précipitants

La majorité des insomniaques chroniques peuvent identifier un facteur de stress associé au début de l'insomnie. Il peut s'agir d'un événement stressant, d'un épisode dépressif ou d'une condition médicale.

En présence de danger, il est normal et même souhaitable que notre cerveau favorise la vigilance et minimise le sommeil, surtout le sommeil profond au cours duquel on est plus



vulnérable. Cette caractéristique a sans doute favorisé la préservation de l'espèce. La réaction physiologique à une menace éventuelle ou hypothétique semble très similaire à celle qu'on observe face à un danger imminent. Ainsi donc notre corps réagit davantage au danger tel qu'il est perçu qu'au danger réel. C'est sans doute la raison pour laquelle les cognitions sont des médiateurs importants entre les facteurs de stress et leur impact sur le sommeil.

3. Facteurs perpétuants

Les facteurs précipitants ont provoqué une insomnie aiguë. La personne prédisposée aura alors tendance à présenter plusieurs distorsions cognitives dont voici quelques exemples :

- Concentration sur les conséquences négatives de l'insomnie (abstraction sélective) ;
- Attribution aux problèmes de sommeil de difficultés qui n'y sont pas nécessairement reliées (fausses attributions, conclusions hâtives) ;
- Surestimation de la gravité des conséquences (dramatisation) ;
- Surestimation de l'insomnie elle-même (en effet, les patients insomniaques sous-estiment de façon importante leur nombre d'heures de sommeil, et ce, même lorsqu'ils savent que leur sommeil a été enregistré)

Ces distorsions cognitives alimentent l'anxiété de performance et d'anticipation. L'anxiété augmente le niveau de vigilance et vient directement aggraver les difficultés de sommeil. De plus, cette anxiété aura tendance à engendrer des comportements mésadaptés. En l'occurrence, la personne aura souvent tendance à essayer de compenser en restant au lit plus longtemps, en luttant contre l'insomnie ou en évitant de se relever lorsque l'endormissement tarde à venir. Ces comportements vont diminuer d'autant l'efficacité du sommeil. Le lit et la chambre, au lieu d'être associés au sommeil, deviennent associés à l'insomnie (conditionnement classique). C'est la raison pour laquelle les insomniaques chroniques s'endorment souvent plus facilement dans un fauteuil ou chez des amis que dans leur propre lit.



Une fois ce stade atteint, la disparition des facteurs précipitants ne suffira généralement plus à mettre fin à l'insomnie. Les facteurs perpétuants sont devenus suffisants pour entretenir l'insomnie (Tableau IV.1), raison pour laquelle cette dernière pourra perdurer plusieurs années après que les facteurs précipitants soient disparus. C'est à cause de cette absence ou de la disparition des facteurs précipitants immédiats qu'on la nomme : insomnie primaire.

TABLEAU IV.1

MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE L'INSOMNIE PRIMAIRE

1. FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- Tendance à l'hypervigilance
- «Terrain anxiodépressif», Psychopathologie
- Surestimation de l'importance du sommeil et autres croyances erronées concernant le sommeil

2. FACTEURS PRÉCIPITANTS

- Événements stressants
- Épisode dépressif majeur, Trouble d'adaptation...
- Condition médicale

3. FACTEURS PERPÉTUANTS

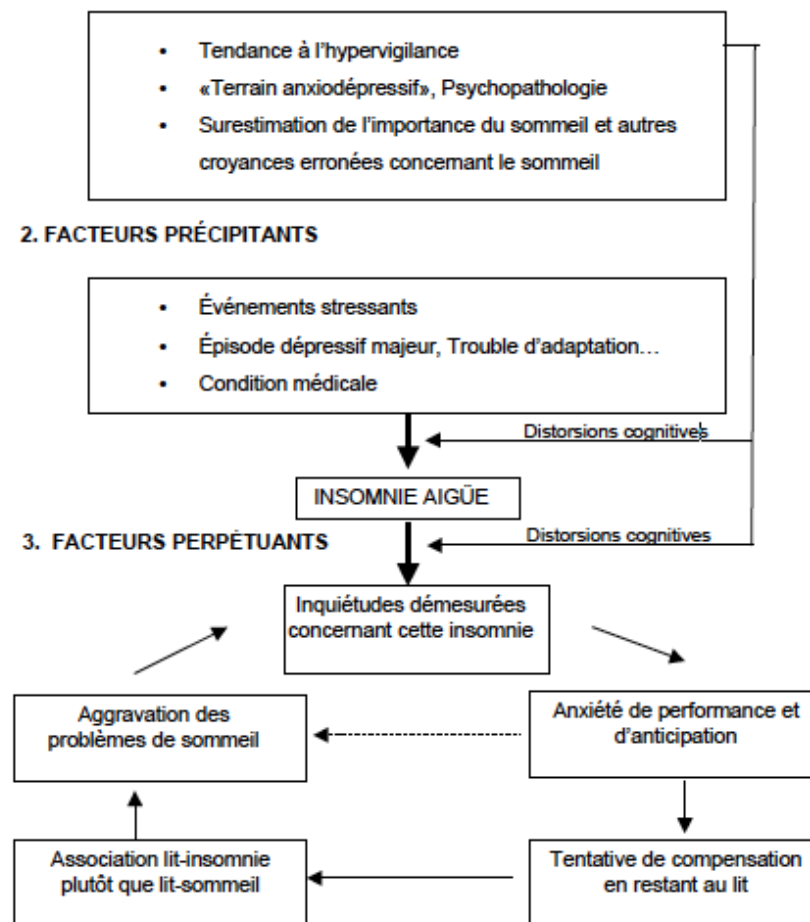
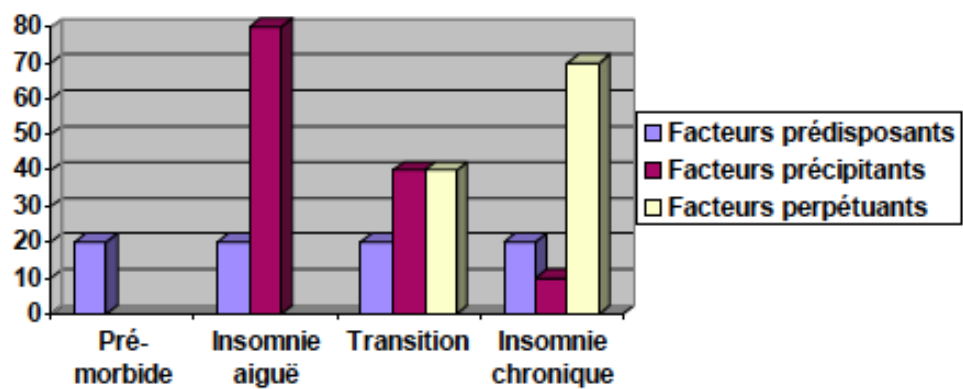


FIGURE IV.1

HISTOIRE NATURELLE DE L'INSOMNIE

Traduit de Spielman et Glovinsky (13)

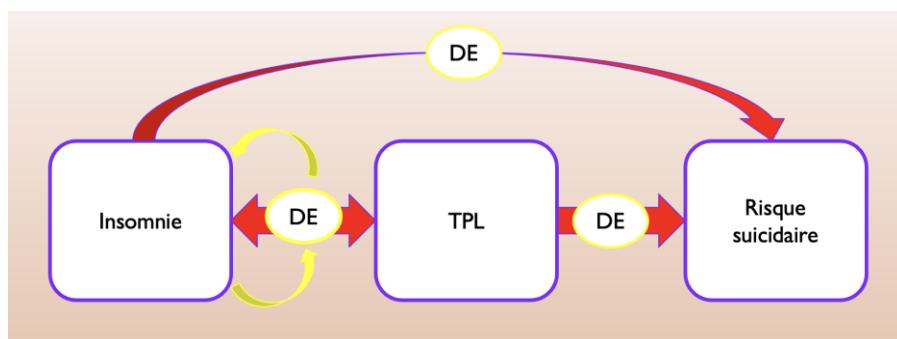


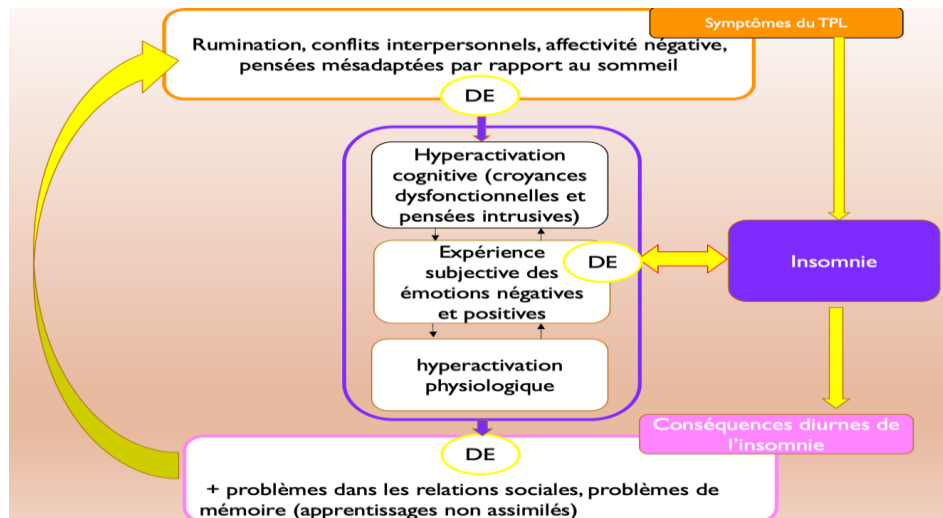
MANIFESTATIONS DE L'INSOMNIE DANS LE TPB

Chez les personnes vivant avec un TPL, l'insomnie se caractérise par une latence d'endormissement plus longue, une perturbation de la continuité du sommeil, des éveils plus fréquents durant la nuit, une durée de sommeil réduite et une efficacité du sommeil moindre¹⁴. De façon subjective, ils perçoivent une qualité moindre de leur sommeil et présentent davantage de cauchemars. Ils sont plus susceptibles de ressentir une anxiété liée aux rêves et d'avoir des distorsions cognitives par rapport au sommeil¹⁴⁻¹⁶. Chez les personnes vivant avec un TPAS, on retrouve une latence d'endormissement augmentée, une moindre efficacité du sommeil, des éveils plus fréquents, une durée de sommeil diminuée ainsi qu'une perception de la qualité du sommeil diminuée⁷. On sait maintenant qu'il existe une relation entre l'insomnie et les symptômes du TPB, notamment la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité et les comportements suicidaires.

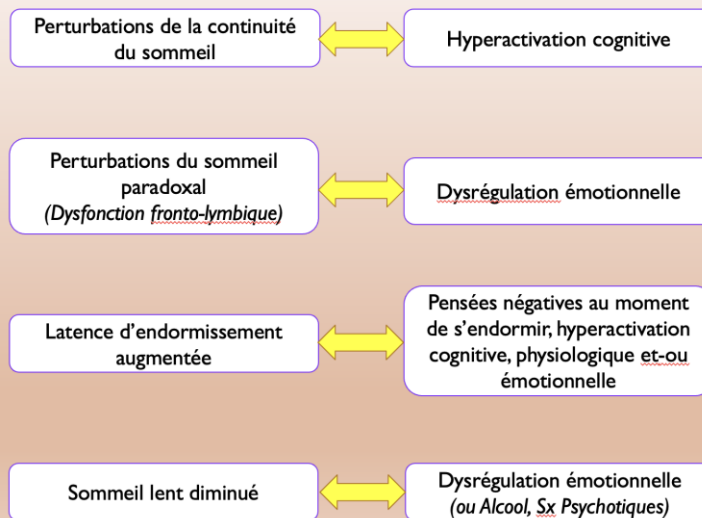
DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE (DE)

Le sommeil a un rôle crucial dans la régulation des émotions. Les conséquences diurnes de l'insomnie (dysrégulation émotionnelle, problèmes interpersonnels, etc.) exacerbent ainsi les symptômes du TPB^{17,6}. Inversement, la dysrégulation émotionnelle est impliquée de différentes façons dans l'exacerbation et le maintien de l'insomnie, notamment via l'hyperactivation cognitive et les émotions ressenties au moment de se mettre au lit¹⁸. Finalement, la dysrégulation serait directement liée au risque suicidaire¹⁹. Les figures suivantes illustrent bien les associations entre ces différents phénomènes.





Associations retrouvées entre symptômes d'insomnie et dysrégulation émotionnelle



IMPULSIVITÉ

Les problèmes de sommeil peuvent mener à un état d'impulsivité qui pourrait augmenter les réactions aux stimuli négatifs et affecter la capacité à prendre des décisions réfléchies¹⁹. Considérant leur prédisposition à l'impulsivité, les TPB sont particulièrement affectés par les effets du sommeil sur l'inhibition.



COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

L'insomnie et le fait de souffrir d'un TPB sont tous deux des facteurs de risque de suicide. À l'heure actuelle, les mécanismes par lesquels l'insomnie est associée au suicide sont encore mal compris. Certaines hypothèses ont été avancées, notamment le fait que certains symptômes communs entre le TPB et l'insomnie pourraient augmenter le risque suicidaire. On pense à la dysrégulation émotionnelle et à l'impulsivité²⁰. Par exemple, la privation de sommeil aiguë pourrait influencer le fonctionnement des structures du cerveau responsables de l'inhibition cognitive, de la prise de décision, de l'évaluation du risque et des récompenses et de la régulation des émotions. Ces changements pourraient précipiter le passage des idées à l'acte suicidaire²¹.



SECTION 3 : SPÉCIFICITÉS DE LA TCC-I CHEZ LES TPB

Cette TCC-I est construite pour une patientèle possédant un diagnostic concomitant de TPB. Effectivement, le déroulement de la thérapie est basé sur certaines considérations propres à ces troubles.

Pour ce qui est de la psychothérapie, nous savons que les gens ayant un TPB sont plus à risque de mettre un terme au traitement. En effet, on observe un taux d'abandon allant jusqu'à 30 % chez les personnes avec un diagnostic de TPL en comparaison à 15 à 20 % chez les personnes souffrant de dépression ou de troubles anxieux²². Ce taux serait moins élevé dans les autres troubles de la personnalité, mais demeurerait dans la moyenne élevée²³. Les causes d'abandon sont nombreuses et comprennent, entre autres, l'insatisfaction en lien avec la thérapie, l'expulsion, le manque de motivation, une situation de vie particulière, la peur ou les réticences quant à la thérapie, un manque de résultats perçu, des conflits interpersonnels, etc²².

Il peut être intéressant de s'intéresser au moment de l'abandon. On atteint un niveau maximum de perte au suivi entre 4 à 8 mois. Considérant que la durée et l'intensité du traitement n'amélioreraient pas les résultats chez les patients avec TPL²⁴, une psychothérapie brève d'intensité moindre pourrait s'avérer préférable. Soulevons aussi qu'un traitement de plus courte durée pourrait également avoir un impact positif sur la motivation, la satisfaction et l'expulsion de patients qui sont toutes des raisons d'abandon qui ont été identifiées. Aussi, le fait de travailler sur un seul symptôme, ici le sommeil, pourrait permettre de diminuer l'intensité perçue de la thérapie.

Par ailleurs, il est démontré que la formule de groupe s'avère utile pour ces patient.e.s²⁵. Effectivement, la thérapie de groupe, chez une patientèle ayant des représentations relationnelles internes appauvries, peut permettre d'améliorer leur estime personnelle²⁶. Ce changement permet la prévention de rechute des symptômes dépressifs chez les personnes présentant un dysfonctionnement de la personnalité²⁶. Une bonne cohésion dans un groupe de thérapie permet d'améliorer les retombées thérapeutiques en amenant un climat d'acceptation et d'engagement vers un objectif commun²⁷.



SECTION 4 : LA THÉRAPIE

DÉROULEMENT DE LA THÉRAPIE

Il s'agit d'une thérapie de groupe comportant 4 séances d'une durée de 1 h 30 chacune, avec une 5^e séance optionnelle pour les patients avec une problématique en lien avec les cauchemars¹³. La 1^{re} et la 2^e séance seront espacées de deux semaines afin de permettre une complétion d'un agenda de sommeil de 2 semaines. Par la suite, les séances suivantes se feront à intervalle d'une semaine. La durée totale sera donc de 5 semaines. Les groupes contiennent 1 à 2 thérapeutes et 10 participants au maximum.

Au préalable, avant la première séance, certains documents seront remis aux participant.e.s et ils devront les compléter et les amener lors de la première séance. Il s'agit de l'agenda du sommeil simplifié, de l'index de sévérité de l'insomnie (ISI) et du questionnaire de dépistage de l'apnée du sommeil SBQ. Ces documents sont disponibles en annexe.

L'ISI est un questionnaire évaluant les symptômes d'insomnie, disponible en plusieurs versions. Il est composé de sept items évaluant la sévérité des difficultés de sommeil dans le dernier mois. Les items sont cotés sur une échelle de Likert à 5 points gradée de 0 (« aucunement ») à 4 (« extrêmement »). Les scores possibles varient de 0 à 28, un score plus élevé dénotant des symptômes d'insomnie plus sévères.

Le SBQ est un questionnaire évaluant la probabilité d'apnée du sommeil. Il est composé de 8 items évaluant les symptômes d'apnée du sommeil ainsi que des facteurs de risque d'apnée du sommeil. Les items se répondent par oui ou par non. Le score total varie entre 0 et 8, un score plus élevé dénotant un risque plus élevé d'apnée du sommeil.

Encore une fois, si le ou la clinicien.ne. désire de plus amples informations sur l'évaluation de la problématique du sommeil et le diagnostic de l'insomnie, il ou elle peut se référer à la section II du guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie¹.



1^{RE} SÉANCE : INFORMATIONS GÉNÉRALES ET RÈGLES D'HYGIÈNE DU SOMMEIL

LES PRÉSENTATIONS (15 MINUTES)

Dans un premier temps, il s'agit d'accueillir les participant. e. s et de se présenter en tant que thérapeute. Ils et elles seront invités. e. s à se présenter et à discuter de leur problème de sommeil respectif. Une chemise comportant les documents suivants sera remise à chacun. e. des participant. e. s. Ces documents se retrouvent en annexe de ce guide de pratique.

1. Manuel d'information destinée aux patients
2. Agenda du sommeil simplifié et complexe
3. Instructions pour l'agenda du sommeil
4. Suivi de ma thérapie comportementale du sommeil
5. Fiche sur ma routine de sommeil idéale
6. Questionnaire de l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)
7. Questionnaire SBQ
8. Instructions pour la mise en place du contrôle des stimuli
9. Instructions pour la mise en place de la restriction du sommeil
10. Mon plan d'intervention

Un courriel sera également envoyé aux participant. e. s afin de leur remettre différentes ressources. Principalement, un lien vers le site <https://tccmontreal.com/grand-public-insomnie/> dans lequel plusieurs ressources utiles se retrouvent (vidéos avec témoignages de patients, fichier Excel de l'agenda du sommeil permettant un calcul automatique, etc.).

RÈGLE D'OR

Il n'y a qu'une règle primordiale à instaurer. Il s'agit, d'abord et avant tout, d'une thérapie axée sur le sommeil. Les partages personnels doivent donc être limités aux problèmes de sommeil et les participant. e. s seront invité. e. s à ne pas aborder les autres sujets qu'ils pourraient vouloir discuter dans une thérapie moins ciblée.



Le thérapeute pourrait décider de ne pas poser de limites dès le début de la thérapie, mais plutôt de les mentionner lorsque cette règle est enfreinte. Ainsi, on pourrait tendre vers un premier contact moins négatif et un lien thérapeutique plus fort. L'important demeure que le cadre thérapeutique soit incarné par le thérapeute afin de créer un espace sécuritaire et rassurant pour les participant.e.s²⁸.

EXPLICATION DE LA THÉRAPIE

Dans le traitement de l'insomnie chronique, la thérapie cognitivo-comportementale est le traitement le plus efficace²⁹. Notons également qu'il n'y a presque pas d'effet secondaire persistant associé à la thérapie. L'utilisation de médicaments, par contre, comprend un lot d'effets secondaires qui diffère selon la médication prescrite. De plus, il est démontré que les médicaments prescrits ne procurent que des bénéfices à court terme. L'effet sur la qualité du sommeil atteint un plafond et un phénomène de tolérance à la médication peut même être observé, surtout avec les benzodiazépines³⁰. L'accès à la thérapie demeure limité et c'est pourquoi les médicaments sont prescrits en quantité massive.

L'insomnie et le TPB sont deux conditions fortement liées à un risque de suicide augmenté^{12,31,32}. Le traitement de l'insomnie chez les TPB pourrait apaiser les idées suicidaires. Ici, le thérapeute peut choisir d'expliquer une expérience vécue avec un.e patient.e. pour qui la thérapie a été fort utile.

Ensuite, il s'agit de fournir des chiffres aux patient.e.s. Dans la population générale, une personne sur quatre souffre d'insomnie. Il s'agit d'un diagnostic lourd de conséquences pour les personnes qui en souffrent. Comme mentionné plus haut, les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont nettement augmentées chez ces patient.e.s¹². Le thérapeute peut aussi mentionner les coûts sociétaux associés. Il peut mentionner qu'une étude faite aux États-Unis estime que les coûts indirects associés à cette condition sont de l'ordre de dizaines de milliards de dollars par année, dus entre autres à l'absentéisme, aux impacts sur la santé physique et aux accidents de la route que l'insomnie entraîne³³. En plus de l'absentéisme, une diminution de l'efficacité des personnes souffrant d'insomnie entraîne du présentéisme, soit une présence au travail inefficace. Annuellement, les personnes souffrant d'insomnie perdent plus de 11 jours de travail efficace par année en raison des symptômes d'insomnie via le présentéisme³⁴. Nous invitons également les personnes à parler de leurs épisodes d'insomnie et de l'impact perçu sur leur qualité de vie et leur fonctionnement.



ATTENTES POSSIBLES

Finalement, il est important de clarifier ce à quoi la personne peut s'attendre en termes de résultat. Il s'agit de mentionner que les résultats de la TCC-I s'articulent autour de la qualité du sommeil surtout, en opposition avec la quantité de sommeil. La qualité du sommeil inclut la latence d'endormissement, la profondeur et la continuité du sommeil. C'est en améliorant la qualité du sommeil que les conséquences diurnes (symptômes anxiodépressifs, fatigue, somnolence, etc.) sont diminuées.

DÉROULEMENT DE LA THÉRAPIE (5 MINUTES)

C'est lors de cette étape que sera expliqué au patient le déroulement ainsi que le contenu de la chemise remise en début de thérapie. La TCC-I s'articulera autour de 4 séances. Le thème général de chacune des séances est présenté (informations générales et règles d'hygiène du sommeil, contrôle des stimuli et restriction du sommeil, suivi des techniques et séance de conclusion). Il s'agit aussi d'un bon moment pour recueillir les questions quant à la suite.

EXERCICES PERSONNELS (15 MINUTES)

RÉVISION DES QUESTIONNAIRES REMPLIS AU PRÉALABLE (ISI, SBQ)

Pour ce qui est de l'ISI, chaque personne doit noter son résultat sur sa feuille de suivi de la thérapie qui se retrouve dans la chemise qui lui a été remise.

OBJECTIF PERSONNEL

Tou.te.s les participant.e.s doivent se définir un objectif personnel. Il est important d'expliquer que ce dernier doit être sous la forme d'un objectif SMART, c'est-à-dire spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini. Dans ce cas, il prendra la forme de : « D'ici la fin de la thérapie,... ». Par exemple, le fait de viser un temps de sommeil de 8 heures peut être un objectif réalisable pour quelqu'un, mais pas pour un autre. Il n'est pas nécessaire que l'objectif soit en lien avec le temps total de sommeil. Rappelons ici que l'accent de la thérapie est mis sur la qualité du sommeil, avant la quantité. De plus, l'objectif peut tranquillement se définir et changer au fur et à mesure que la thérapie avance. Il est dynamique, et non définitif. Cet objectif doit aussi être noté dans le document de suivi.



PSYCHOÉDUCATION SUR LE SOMMEIL ET RÈGLES D'HYGIÈNE DU SOMMEIL (35 MINUTES)

Cette partie de la séance s'articulera autour du manuel d'information au patient (annexe 1). Il est fortement suggéré d'opter pour un style psychothérapeutique très engageant en posant d'abord des questions aux patients afin de sonder leurs connaissances et de favoriser un partage et une cohésion de groupe.

QU'EST-CE QU'UNE NUIT DE SOMMEIL NORMAL ?

Les participants mentionneront probablement une quantité de sommeil qui s'articule autour de 7 à 8,5 heures par nuit. Il s'agit effectivement de la durée moyenne d'une nuit de sommeil chez l'adulte. Elle est de 6 à 7 heures chez les personnes âgées.

Il est important de préciser qu'il s'agit d'une **moyenne**. Ainsi, certaines personnes, les « dormeurs courts » seront confortables et fonctionnels avec seulement 4 à 5 heures de sommeil. D'autres auront besoin de 10 à 11 heures de sommeil. Alors comment fait-on pour identifier notre besoin en sommeil ?

On peut laisser libre cours aux partages des participants en amenant des précisions et en insistant sur le cercle vicieux de l'insomnie. Effectivement, **les personnes souffrant d'insomnie compensent leur manque de sommeil en restant plus longtemps au lit, ce qui au final, aggrave leur problème de sommeil**. Un aspect important de la thérapie sera de travailler à la modification de ce comportement et à observer, grâce à l'agenda du sommeil, le temps de sommeil en opposition au temps total passé au lit.

QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE LA SOMNOLENCE ET LA FATIGUE ?

Mentionnons qu'il est primordial de faire la différence entre ces deux concepts. La somnolence est une baisse de notre état de conscience qui se manifeste par une forte envie de dormir, une lourdeur des paupières et une baisse importante de la vigilance. Elle correspond à l'expression populaire : « cogner des clous ». La somnolence, lorsqu'elle se produit plusieurs fois durant plusieurs jours de suite, peut indiquer un manque de sommeil relatif, un besoin de repos.



Pour ce qui est de la fatigue, il s'agit d'un sentiment beaucoup moins spécifique. Il s'agit de l'impression subjective de manque d'énergie. Elle indique qu'un changement d'activité est nécessaire, mais elle n'est pas un indice de manque de sommeil.

QU'EST-CE QUE L'HORLOGE BIOLOGIQUE ? QUEL EST LE FACTEUR LE PLUS IMPORTANT POUR LA RENFORCER ?

Notre horloge biologique est ce qui nous permet de régulariser nos cycles de sommeil. Il s'agit d'un système qui régule nos cycles veille sommeil, la sécrétion de différentes hormones et même la température de notre corps. Plusieurs éléments peuvent l'influencer tels que l'activité physique, la lumière du jour, la régularité de nos heures de sommeil, l'exposition à la lumière du jour, etc. **Le facteur le plus important demeure le fait d'avoir une heure de lever régulière sept jours sur sept.**

POURQUOI EST-IL IMPORTANT DE FAIRE LA DISTINCTION ENTRE LA QUANTITÉ ET LA QUALITÉ DU SOMMEIL ?

Un accent mis sur la quantité du sommeil peut entraîner une aggravation du problème d'insomnie puisque la personne qui en souffre décidera de passer plus de temps au lit. La qualité du sommeil, en revanche, est ce qui permet d'améliorer le fonctionnement au quotidien.

EXPLICATION DU MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE L'INSOMNIE CHEZ LES TPB

Il est important que les patient. e. s comprennent ce qui fomentent leur problème de sommeil. Il s'agit ici de se référer à la section 2 de ce guide et d'en faire un résumé aux participant. e. s en présentant les différents schémas.

RÈGLES POUR UNE BONNE HYGIÈNE DE SOMMEIL

On fait nommer aux patient. e. s les différentes règles qu'ils ou elles connaissent. À titre de guide, voici les principales règles ayant un impact positif sur le sommeil documenté dans la littérature³⁵.

1. **Limiter la caféine, la nicotine, l'alcool et les drogues avant l'endormissement.**



Mentionnons que l'alcool et certaines drogues peuvent favoriser l'endormissement, mais ont un impact négatif sur la qualité du sommeil en ponctuant ce dernier de microréveils tout au long de la nuit. La qualité du sommeil en sera donc particulièrement affectée.

Certaines drogues, surtout les drogues stimulantes telles que la cocaïne, les amphétamines et même la pseudoéphédrine se retrouvant dans certains sirops pour la toux, ont un impact négatif sur le sommeil également.

2. Alimentation

On évite les gros repas tout juste avant de se coucher. La digestion pourrait interférer avec l'endormissement. Cependant, une petite collation peut favoriser l'endormissement.

3. Activité physique

La pratique régulière de l'activité physique mène à une meilleure qualité du sommeil. Ce dernier sera plus profond et continu. On recommande toutefois d'éviter les exercices intenses dans les heures précédant le coucher, car cela nuit à l'endormissement puisque les endorphines sont des hormones qui stimulent le cerveau.

4. Environnement

L'environnement de sommeil est une partie intégrante dans l'application d'une bonne routine de sommeil. Plusieurs éléments sont importants afin d'avoir un environnement dit « idéal ». Une chambre fraîche, sans bruit, sombre et se composant d'une décoration sobre et minimaliste est recommandée. On priorise un lit confortable et adapté aux besoins de l'individu. On note ici que cet environnement sera très variable en fonction des différents patient. e. s, mais aussi de leurs moyens. Par exemple, de nouveaux parents pourraient devoir mettre le lit de leur enfant dans leur chambre. L'important demeure que, cognitivement, une importance soit accordée à créer un environnement sain et propice au sommeil. Il est primordial que le lit soit consacré **uniquement au sommeil** et qu'il ne soit pas utilisé à d'autres fins (ex. : lieu de travail, collation, etc.).

Pour ce qui est du bruit minimal, notons que certain. e. s personnes apprécient dormir avec un *bruit de fond* tels un ventilateur, le bruit de la pluie, etc. Ces sons sont appelés des bruits blancs. Ils peuvent



favoriser l'endormissement et réduire le nombre d'éveils, surtout chez les adolescents. Effectivement, étant continus et de tonalité stable, l'attention et l'humeur de la personne en rapport à ce bruit ne changent pas. Ils sont considérés comme rassurants, harmonieux et apaisants. Brièvement, ils procurent à la personne un environnement de sommeil stable et sécuritaire. Considérant l'immaturation émotionnelle des TPB, ces bruits pourraient les aider de la même façon qu'ils aident les adolescents. Étant donné le peu d'étude sur les effets négatifs de ces sons sur la qualité du sommeil à long terme, on recommande de programmer une minuterie afin que ce bruit s'éteigne une fois la personne endormie pour favoriser une meilleure qualité du sommeil. Certains appareils sont vendus à cet effet.

36

EXERCICE SUR LA ROUTINE DE SOMMEIL IDÉALE

Finalement, nous ferons remplir au patient la fiche sur leur routine de sommeil idéale. Nous inviterons chaque personne à partager ce qu'elle a établi. Les conversations et les commentaires seront encouragés afin de favoriser une bonne cohésion de groupe. Nous inviterons également chacun. e. s des participant. e. s à prendre action sur une habitude à modifier afin d'améliorer son hygiène du sommeil.

EXPLICATION DES TRAVAUX À DOMICILE (20 MINUTES)

- Prendre action sur une habitude à modifier
- Remplir l'agenda du sommeil complexe tous les jours pour les deux prochaines semaines
- Terminer la création de sa routine de sommeil idéale
- Lire les pages 4 à 13 du manuel d'information destinée aux patients.



2^E SÉANCE : CONTRÔLE DES STIMULI ET RESTRICTION DU SOMMEIL

ACCEUIL ET RETOUR SUR LES TRAVAUX À DOMICILE (20 MINUTES)

Pour débiter, on accueille les participant. e. s et on s'informe du déroulement des deux dernières semaines en ce qui a trait au sommeil et à la thérapie. On laisse libre cours aux échanges. Il s'agit de revenir sur chacun des travaux.

On commence par aborder l'objectif précis de chaque personne par rapport au changement sur l'hygiène du sommeil. On renforce les succès. Pour ceux qui n'auront pas rempli leur objectif personnel, le thérapeute se réattribuera l'erreur en affirmant qu'il s'agissait donc d'un objectif non adéquat et on tentera donc d'en reformuler un **réalisable** en notant bien les obstacles identifiés lors de la semaine précédente. Cette étape est primordiale afin de miser sur un renforcement positif et une déculpabilisation des participant. e. s.

Ensuite, on discute de la routine de sommeil idéal. Le thérapeute encourage une discussion ouverte entre les participant. e. s. On se questionne sur les modifications qui ont été apportées à celle-ci, les nouvelles idées ainsi que l'application de cette routine dans la réalité.

Finalement, on aborde la lecture du manuel et on ouvre la discussion sur ce que chacun. e. a appris ou retenu de cette lecture. La répétition des concepts favorisera la rétention.

Pour la révision de l'agenda du sommeil, on débute par un tour de table. Chacun. e. sera invité. e. à partager sur les difficultés lors de la complétion de cet agenda, sur les éléments remarquables et sur ce que ce dernier indique par rapport à la qualité du sommeil. Il s'agit d'une première prise de conscience sur le problème de sommeil de façon concrète.

CONTRÔLE DES STIMULI (15 MINUTES)

Il s'agit d'expliquer ce en quoi consiste le contrôle des stimuli. Cette technique s'avère intéressante, même lorsqu'appliquée seule.



1. Explication de l'association entre le lit et la chambre avec l'insomnie.

On commence en demandant aux patient.e.s si ça leur arrive de s'endormir ailleurs que dans leur lit ? Les personnes souffrant d'insomnie vivent, généralement, une forte tension émotionnelle lors du coucher. Ici, il peut être intéressant de nommer que la dysrégulation émotionnelle est un élément central chez les TPB. Ceci augmente donc cette tension déjà vécue chez les personnes souffrant d'insomnie et fait en sorte que celle-ci devienne intense et insoutenable. Ainsi, la chambre et le lit sont, cognitivement, associés à la souffrance liée aux conditions. En se référant au principe du conditionnement classique, on peut comprendre que le simple fait de se retrouver au lit peut faire survenir une sensation d'anxiété et de mal être. L'objectif premier de cette technique sera donc de défaire cette association afin de transitionner vers une association saine de la chambre et du lit avec le sommeil. Simplement, on va vouloir vivre l'insomnie ailleurs que dans son lit.

L'utilisation de la **règle des 15 minutes** permettra de mettre en application la technique. Ainsi, lorsque la personne ne se sera pas endormie après 15 minutes au lit, elle devra se lever et changer de pièce. Il est conseillé de se rendre dans un endroit de détente et de faire une activité faiblement stimulante. On peut, ici, encourager les participant.e.s à nommer différentes activités afin de se créer un bac d'activité accessible lorsque cela se passe. Par exemple, cela pourrait être la lecture d'un dictionnaire, la méditation, l'écoute de musique relaxante, etc. Une faible luminosité sera aussi conseillée. Il est primordial de mentionner qu'au début, les patient.e.s devront répéter cette démarche souvent. Cela peut devenir épuisant et difficile. Ce n'est qu'avec le temps et l'habitude qu'ils ou elles verront cette fréquence diminuer.

Le retour au lit devra se faire uniquement lorsque des signaux de somnolence seront ressentis. Il peut être intéressant de réviser la **différence entre la fatigue et la somnolence**. Les signes de la somnolence sont une baisse de l'état de vigilance, une détente des muscles, une sensation de lourdeur dans les paupières qui peut aller jusqu'à « cogner des clous ».

Finalement, afin de favoriser l'établissement de l'association saine, il est important que la chambre soit consacrée uniquement au sommeil. Notons ici que cela devra se faire dans la mesure du possible selon les moyens des participant.e.s. Par exemple, une personne ayant un niveau socio-économique plus



bas ou tout simplement une plus petite résidence pourrait devoir installer son bureau de travail dans la chambre. On priorisera ainsi la division de la pièce en section avec l'utilisation, par exemple, de paravents ou de rideaux. Le fait de travailler, d'étudier, d'écouter le téléviseur ou de s'adonner à toute autre activité dans son lit sera fortement déconseillé lors de l'application de cette technique.

2. Présentation de l'annexe 8 : « Instructions pour la mise en place du contrôle des stimuli »

Il s'agit d'encourager les patient. e. s à prendre l'annexe 8 et à passer les règles une à la fois.

A. Aller au lit seulement lorsqu'on ressent de la somnolence.

Notons qu'il est tout à fait normal, qu'en début d'application, le patient se couche beaucoup plus tard qu'à son habitude. L'important est que la personne s'endormira beaucoup plus rapidement lorsqu'elle se mettra au lit.

Cependant, en début d'application, il est possible que la somnolence se fasse ressentir durant la journée. On favorise donc les activités stimulantes et motrices telles que le ménage, l'exercice physique, la marche, etc. On encourage ici aussi les patient. e. s à noter sur leur feuille des activités qu'ils ou elles pensent pouvoir réaliser dans ce contexte.

B. Se lever, changer de pièce et s'adonner à une activité non stimulante si le sommeil est impossible en moins de 15 minutes.

Il s'agit de revenir au bac d'activité peu stimulante. Les patient. e. s sont encouragés à écrire leurs idées directement sur leur feuille respective. L'adaptation sera favorisée si l'activité, aussi peu stimulante soit-elle, demeure satisfaisante pour la personne.

C. Maintenir une heure de lever régulière, même les fins de semaine.

Pour cette règle, il est possible que certaines personnes désirent tout de même se réveiller plus tard, la fin de semaine étant donné leurs activités qui s'avèrent différentes. Compte tenu des difficultés d'adaptation et de régulation émotionnelle des patients avec un TPB³⁸, il est possible de tolérer une certaine différence entre les heures de lever. On essaiera de ne pas dépasser une limite de 2 heures de



différence. Il s'agit aussi d'expliquer que cela permet la régulation de l'horloge biologique. C'est ce qui permettra d'appliquer plus facilement les deux premières règles. En effet, des signaux de somnolence se feront de plus en plus sentir régulièrement à la même heure chaque soir.

Afin de faciliter le lever, on conseille de se mettre en action dès que la sonnerie du cadran retentit. On nomme ce concept le « levé en fanfare ». On se met debout, on s'expose à la lumière du soleil si possible et on réalise une activité motrice. On questionne ici les participant. e. s sur les activités les réveillant (Ex. : douche, sport, marche avec leur chien, etc.). Ceci permet de réveiller le corps tranquillement et de combattre l'envie irrésistible de repousser le cadran et de retourner au lit. On conseille également de placer le cadran loin du lit afin qu'on doive se lever pour aller l'éteindre.

D. Éviter les siestes

Lors de la thérapie, on tente de favoriser des comportements qui permettront de reprogrammer l'horloge biologique défectueuse des participant. e. s. Les siestes feront le contraire. Ainsi, il sera donc indispensable d'insister sur cette règle. On conseillera au patient de combattre la somnolence en priorisant les activités motrices aux activités cognitives lorsque celle-ci se présente. Par exemple, on peut proposer la marche, le jardinage, le ménage ou même le bricolage. Évidemment, le thérapeute doit mentionner qu'il est important de considérer des activités ayant peu de risque d'accident. Si cela s'avère inconcevable ou impossible pour la personne, il est important d'être à l'écoute de ses préoccupations considérant le haut niveau de stress chez les patient. e. s devant restreindre leur quantité de sommeil lors de la thérapie. D'autant plus, les patient. e. s souffrant d'un trouble de la personnalité sont plus vulnérables à cette tension émotionnelle. Ainsi, on proposera la règle suivante. **Si une sieste doit être faite, elle doit absolument être d'une durée maximale de 45 minutes et être effectuée avant 15 h.**

E. Planifier une heure de rituel préparatoire avant l'heure du coucher.

Ici, on reviendra sur leur devoir d'établir une routine du soir. On insiste sur le fait, qu'une heure avant le coucher, il soit important de remettre à demain toute gestion de problème ou toutes tâches causant du stress. On favorise des activités relaxantes et un éclairage minimal. Aussi, il est conseillé de fermer



tous les appareils électroniques. Si cela est faisable, on propose même de ranger ceux-ci à l'extérieur de la chambre.

RESTRICTION DU SOMMEIL (45 MINUTES)

On remet aux participant. e. s le document sur les étapes à suivre afin d'effectuer la restriction du sommeil qui sera rempli lors de cette séance et on les invite à sortir leur agenda du sommeil.

La restriction du sommeil est la partie la plus difficile et souffrante de la thérapie. On place volontairement le corps en **privation relative de sommeil**. Il est donc important que les participant. e. s comprennent bien les raisons et les buts de cette pratique.

On explique qu'il s'agit de réduire de, façon consciente et volontaire, notre nombre d'heures de sommeil afin d'effectuer un ajustement ainsi qu'un renforcement du signal de l'horloge biologique. Ceci permettra d'améliorer rapidement la qualité du sommeil au niveau de l'endormissement, de la profondeur du sommeil et de la continuité du sommeil. À la place d'une lutte constante pour s'endormir, le patient. e. se mettra dans un état de lutte pour rester éveillé. e. L'application de cette technique prend beaucoup de discipline et de constance.

EXPLICATION DU CALCUL

L'application de la restriction du sommeil repose sur l'amélioration de l'efficacité du sommeil. Ainsi, le calcul de l'efficacité du sommeil. À titre de rappel, voici les acronymes importants indiqués dans l'agenda du sommeil de chacun. e. des participant. e. s.

LE : Latence d'endormissement (case 4)

TEAE : Temps d'éveil après l'endormissement (case 6)

EM : Éveil matinal (case 9)

TTE : Temps total d'éveil (case 10)

TAL : Temps au lit (case 11)

TTS : Temps total de sommeil (case 12)



ES : Efficacité du sommeil

$$\text{Efficacité du sommeil (ES)} = \frac{\text{Temps total de sommeil (TTS)}}{\text{Temps au lit (TAL)}} \times 100\%$$

Par exemple, si on se met au lit vers 23 h et qu'on sort du lit vers 11 h, nous aurons un TAL de 12 heures. Ensuite, si cela a pris 3 heures pour nous endormir et que nous nous sommes éveillés pour un autre 3 heures de 3 h à 5 h du matin. Nous aurons un temps total de sommeil de 6 heures (12 heures [TAL] — 6 heures [TTE] = 6 heures [TTS]). L'efficacité du sommeil sera donc de 50%.

$$ES = \frac{6 \text{ heures}}{12 \text{ heure}} \times 100\% = 50\%$$

DIRECTIVES

Pour l'application de la restriction du sommeil, le patient devra prendre le TTS moyen. Ainsi, il faudrait limiter le **temps total passé au lit (TAL)** au TSS moyen. Ainsi, si on reprend l'exemple en considérant que 6 heures est le TTS moyen, le patient devra donc se coucher à 23h00, mais mettre une alarme à **5 h du matin tous les matins de la semaine**. On rappelle au patient. e. qu'il est beaucoup plus facile d'agir sur l'heure du lever. Ainsi, on incite les patients à se mettre un cadran et à le mettre loin du lit afin de motiver l'activation dès le réveil. On conseille d'éviter le retour au lit évidemment. Évidemment, le temps total de sommeil sera ainsi réduit, mais il s'agit du cœur de la technique qui permet d'atteindre la fameuse privation relative de sommeil qui permettra de prendre conscience des principes fondamentaux de la thérapie (ex. : différence entre fatigue et somnolence, etc.).

Par la suite, chaque semaine, la personne devra calculer l'efficacité de son sommeil (ES). Nous conseillerons l'utilisation le fichier Excel disponible sur le site TCC Montréal qui effectue ce calcul directement. Elle pourrait augmenter le TAL de 15 à 20 minutes si $ES \geq 85\%$. Il est recommandé de ne rien changer au TAL si l'efficacité se retrouve entre 80 et 85% et de le diminuer de 15 à 20 minutes si elle est inférieure à 80%.

Il est important de nommer les potentiels effets secondaires de cette technique. Le principal étant la somnolence diurne transitoire. On évite donc les activités plus dangereuses et on demeure à l'écoute de notre corps. Nous faisons, à ce moment, une mise en garde quant à la conduite automobile. Afin de



favoriser un renforcement positif, il est intéressant de porter une attention particulière à l'effet de la restriction sur la latence d'endormissement, le temps d'éveil après l'endormissement, l'éveil matinal et sur l'efficacité du sommeil.

Pour cette étape, il est primordial de faire un plan individualisé pour chaque patient concernant la fenêtre à respecter et le plan d'action pour l'application. C'est pour cette raison que vous devez vous réserver assez de temps pour l'explication de la technique.

CONCLUSION (5 MINUTES)

Finalement, on explique aux participants que la privation relative de sommeil est centrale au traitement malgré les souffrances physiques et psychiques qu'elle peut causer. Nous les encourageons donc à faire preuve de persévérance et leur assurons que lorsque bien appliquée, la restriction du sommeil peut s'améliorer très rapidement. On réitère que le groupe sert également à soutenir les difficultés émotionnelles engendrées par la thérapie.

EXPLICATION DES TRAVAUX À DOMICILE (5 MINUTES)

- Prendre action sur une habitude à modifier
 - o Si l'objectif a été reformulé, prendre action sur une nouvelle habitude ou poursuivre ce qui a été fait la semaine dernière.
- Mise en place du contrôle des stimuli et de la restriction du sommeil
- Lire les pages 14 à 22 du manuel d'information destinée aux patients



3^E SÉANCE : SUIVI

ACCEUIL ET RETOUR SUR LES TRAVAUX À DOMICILE (15 MINUTES)

Pour débiter, on accueille les participant. e. s et on s'informe sur le déroulement de leur semaine en ce qui a trait au sommeil et à la thérapie. On laisse libre cours aux échanges. Il s'agit de revenir sur chacun des travaux.

On commence par aborder l'objectif précis de chacun. e. par rapport au(x) changement(s) sur l'hygiène du sommeil. On renforce les succès. Encore une fois, pour ceux qui n'auront pas rempli leur objectif personnel, le thérapeute se réattribuera l'erreur en affirmant qu'il s'agissait donc d'un objectif inadéquat et on tentera donc d'en reformuler un **réalisable** en notant bien les obstacles identifiés lors de la semaine précédente. Si cela est la 2^e fois, on tente d'ouvrir une discussion plus ouverte et d'identifier en groupe l'élément qu'il manque à notre compréhension. Cette étape est primordiale afin de miser sur un renforcement positif et une déculpabilisation des participant. e. s.

Ensuite, on discute de l'application au contrôle des stimuli et à la restriction du sommeil. Le thérapeute encourage une discussion ouverte entre les participant. e. s. On se questionne sur les difficultés rencontrées. On ajuste au besoin certains concepts selon ce qui est réalisable pour chacun. e. On revient sur les concepts clés (ex. : association lit/chambre-sommeil, différence entre la fatigue et la somnolence, etc.)

Finalement, on aborde la lecture du manuel et on demande ce que chacun. e. a appris ou retenu de cette lecture. La répétition des concepts favorisera la rétention.

REPLISSAGE DE L'INDEX DE SÉVÉRITÉ DE L'INSOMNIE (ISI) (10 MINUTES)

Les participant. e. s doivent, à nouveau, coter le questionnaire. On effectue la comparaison entre les différents résultats à la séance 1 et 3. Est-ce qu'une amélioration est notée ? Sinon, pourquoi ? Ici, il s'agit d'identifier les difficultés et de trouver des solutions adaptatives plutôt que de culpabiliser les participant. e. s. Le thérapeute se réattribue les erreurs au besoin.



AJUSTEMENT DU PLAN D'ACTION (30 MINUTES)

Pour cette étape, il est important de faire un tour de table. On questionne les obstacles véritables à l'application des techniques. On laisse également libre cours aux échanges tout en soutenant les participants dans leur processus de thérapie.

Étant donné l'intensité et la difficulté de la technique, nous proposons de prendre le temps d'analyser les craintes et les ressentis des participant. e. s. On demande à la personne de partager ses impressions. On aborde les peurs sans tabous et on discute ouvertement des intentions réelles à l'application des objectifs malgré les craintes.

Par la suite, il est possible d'offrir certaines adaptations quant au TAL en le prolongeant. Le réajustement et la personnalisation des fenêtres de restrictions du sommeil ainsi que des règles de l'application du contrôle des stimuli sont indispensables. Ceci pourrait permettre de diminuer la charge émotionnelle et l'anxiété liée à l'anticipation de cette privation relative de sommeil.

PSYCHOÉDUCATION SUR LA MÉDICATION ET LES MALADIES LIÉES AU SOMMEIL (20 MINUTES)

Lors de leur lecture du manuel, les participant. e. s devraient avoir lu la partie sur le rôle des médicaments. On propose donc de faire cette partie sous forme de *question à choix multiple* et de laisser les participant. e. s répondre selon leurs connaissances.

JEU QCM

1. Pour quel type d'insomnie les médicaments sont-ils efficaces ?
 - a. L'insomnie chronique
 - b. L'insomnie aiguë**
 - c. L'insomnie chronique et aiguë
 - d. Aucune de ces réponses

En effet, pour l'insomnie chronique, la médication peut augmenter les difficultés à long terme en raison du phénomène de tolérance, c'est-à-dire la réponse réduite d'un individu lors de l'utilisation répétée



d'un médicament. Ainsi, les doses doivent être fréquemment augmentées et l'effet désiré ne dure pas. La dépendance physique, quant à elle, correspond au fait que la personne éprouve plusieurs symptômes physiques lorsqu'elle tente de cesser le médicament dont une insomnie rebond.

2. Qu'est-ce que l'insomnie rebond ?
 - a. L'insomnie qui réapparaît durant la prise du médicament.
 - b. Le retour des symptômes d'insomnie, parfois plus importants, après l'arrêt de la médication.**
 - c. L'insomnie occasionnelle avec ou sans la médication.
 - d. Aucune de ces réponses.
3. Quelle classe de médicament pour le sommeil crée une dépendance physique ?
 - a. Les benzodiazépines (ex. : lorazépam [Ativan], oxazépam [Serax], etc.)**
 - b. Antidépresseurs (ex. : Trazodone)
 - c. Antihistaminiques (ex. : Benadryl, Gravol, etc.)
 - d. Produits naturels (ex. : valériane, mélatonine, etc.)
 - e. Toutes ces réponses
4. Est-ce que je peux me sevrer de ma médication ?
 - a. Oui, je peux l'arrêter dès maintenant.
 - b. Oui, mais je dois la diminuer graduellement.
 - c. Oui, mais je ne dois pas le faire sans l'aide de mon médecin.**
 - d. Non, je vais devoir prendre cette médication toute ma vie.

Rappelons ici l'importance d'un sevrage progressif et **avec la supervision d'un médecin**. On peut aussi mentionner que le fait d'entamer la thérapie avec motivation est une étape en soi. S'ils ou elles ne se sentent pas prêts, e. s, il n'est pas nécessaire d'aborder tout en même temps. Les patient. e. s peuvent attendre la complétion de la thérapie. Effectivement, les données démontrent que la TCC-I facilite le sevrage des benzodiazépines par exemple.³⁹

Si le thérapeute désire obtenir plus d'informations par rapport aux différentes études en lien avec la médication dans le traitement de l'insomnie, nous le référons à la section 3 du guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie de Goulet, Chaloult et Ngô¹.



Si le temps le permet, il peut être intéressant d'effectuer de la psychoéducation sur les différentes maladies liées au sommeil. L'apnée du sommeil, par exemple, peut atteindre 1 personne sur 10. Il s'agit de la principale cause de somnolence diurne⁴⁰. Elle peut être causée ou exacerbée, entre autres, par l'obésité et la consommation d'alcool ou de sédatif avant le coucher⁴¹. Il s'agit d'une condition traitable par un dispositif d'aide à la respiration nocturne. Il est important de noter que cette condition est une contre-indication relative à la restriction du sommeil qui sera enseignée lors de la séance 3. D'autres conditions peuvent également affecter le sommeil tel que le syndrome des jambes sans repos ou les parasomnies qui sont des caractérisés par des comportements anormaux et des expériences indésirables se produisant à l'endormissement ou pendant le sommeil. Toutes ces conditions nécessitent la consultation d'un médecin.

EXPLICATION DES TRAVAUX À DOMICILE [15 MINUTES]

- Remplir l'agenda du sommeil de façon assidue.
- Application de la restriction du sommeil et du contrôle.
- Amorcer une réflexion sur les défis qui demeureront en fin de thérapie.
- Relecture du manuel d'information destinée aux patients.



4^E SÉANCE : CONCLUSION

ACCEUIL [15 MINUTES]

Pour débiter, on accueille les participant. e. s et on s'informe sur le déroulement de leur semaine en ce qui a trait au sommeil et à la thérapie. On laisse libre cours aux échanges. On explique le but de cette dernière rencontre qui est de faire une conclusion en groupe et d'identifier à nouveau les difficultés rencontrées afin de formuler des objectifs clairs et réalisables à long terme concernant les techniques et les notions apprises lors de cette TCC-I.

En effectuant un tour de table, on demande aux participant. e. s d'identifier leurs principaux succès ainsi que leurs principales difficultés rencontrées. On favorise le libre-échange entre les participant. e. s tout en les soutenant afin d'éviter des conflits interpersonnels qui pourrait entraver le travail individuel effectué leur de la thérapie de groupe.

REMPLISSAGE DE L'INDEX DE SÉVÉRITÉ DE L'INSOMNIE [ISI] [10 MINUTES]

Les participant. e. s doivent, à nouveau, coter le questionnaire. On effectue la comparaison entre les différents résultats à la séance 1, 3 et 4. Est-ce qu'une amélioration est notée ? Sinon, pourquoi ? Ici, il s'agit d'identifier les difficultés et de trouver des solutions adaptatives plutôt que de culpabiliser les participant. e. s. Le thérapeute se réattribue les erreurs au besoin.

RÉVISION DES TRAVAUX À DOMICILE [35 MINUTES]

On commence par réviser les notions théoriques apprises lors de cette TCC-I. On reprend le manuel d'information destiné aux patient. e. s et on repasse chacune des sections une à une en posant les questions suivantes. Qu'est-ce qui a été retenu ? Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans votre rétablissement en lien avec cette section ?

Par la suite, on rediscute des habitudes instaurées en lien avec l'hygiène du sommeil. On aborde la routine du sommeil idéale établie lors de la première séance. On aborde également les modifications apportées à l'environnement propice au sommeil chez chacun. e. des patient. e. s. Encore une fois, on



insistera sur les succès. Pour ce qui a été plus difficile, on discute du pourquoi. On tente de trouver en groupe des solutions **concrètes** et **réalisables**. On peut également rediscuter du contrôle des stimuli ; réitérer les concepts importants, noter les succès et les difficultés rencontrées et trouver des solutions pour adapter certains concepts de façon plus individuelle.

Finalement, on discute de l'application de la restriction du sommeil de façon plus concrète. On fait un tour de table en revenant sur ce qui devait être fait, ce qui a été fait ainsi que sur les résultats subjectifs et sur l'efficacité du sommeil. Si la technique n'a pas été appliquée du tout, on commencera par renforcer les autres succès et on ouvrira la discussion sur la difficulté de cette technique d'autant plus chez les TPB. En effet, la gestion des émotions étant plus difficile chez cette patientèle, il est possible que l'anxiété d'anticipation ait été telle que la technique n'ait pas pu être mise en place. On normalise ce fait et on essaie de trouver des stratégies et des adaptations permettant de bénéficier des bienfaits de la restriction [ex. : Augmenter le TAL, importance d'y aller 1 jour à la fois, prévoir rendez-vous de suivi avec psychiatre ou intervenant, etc.].

SUITE ET RECOMMANDATIONS PERSONNALISÉES [30 MINUTES]

C'est lors de cette étape que s'effectuera le dernier tour de table lors duquel le thérapeute donnera ses dernières recommandations personnalisées en lien avec les discussions qui auront eu lieu lors de la séance. On revient sur l'objectif SMART déterminé par le patient et on voit s'il a été atteint et quels seraient les moyens pour l'atteindre. On peut tenter de le reformuler de façon plus réaliste si ce dernier n'a pas été atteint. C'est également lors de ce moment que le thérapeute devra remplir le plan d'intervention du patient. Une première copie pourrait être remise au patient et la seconde pourrait être ajoutée au dossier médical pour utilisation ultérieure.

Finalement, nous inviterons également chacun.e des participant.e.s à donner leur opinion sur la thérapie. Chacun.e sera invité.e à dire un mot de la fin et la conclusion se fera ainsi.



5^E SÉANCE [FACULTATIVE]

ACCEUIL [15 MINUTES]

Pour débiter, il s'agit d'accueillir les patients. On s'informe de l'évolution de leur qualité du sommeil. On laisse libre cours aux échanges. On explique le but de cette rencontre supplémentaire qui est d'aborder les cauchemars, considérant qu'il s'agit d'une problématique récurrente chez les TPL. Effectivement, il est démontré que cette population expérimente plus fréquemment des cauchemars que la population générale et que le niveau d'anxiété ressenti lors des rêves est plus grand. Ainsi, cela affecte la qualité de leur sommeil.¹⁶

PSYCHOÉDUCATION (15 MINUTES)

LES CAUCHEMARS

On explique aux patients les hypothèses théoriques en lien avec la genèse des cauchemars et l'impact qu'ils ont sur le maintien de l'insomnie. Lors de cette partie, il peut être intéressant de sonder les participant.e.s concernant leur connaissance préalable.

1. Quelle est la définition du cauchemar?

La définition peut grandement varier d'une référence à l'autre. Le DSM-5⁴² propose la définition suivante :

- A. *Survenues répétées de rêves prolongés, extrêmement dysphoriques, dont le souvenir persiste lors de l'éveil, qui impliquent généralement des efforts pour éviter des menaces contre la survie, la sécurité ou l'intégrité physique et qui surviennent habituellement pendant la deuxième partie de la principale période de sommeil.*
- B. *Lorsque le sujet se réveille immédiatement après un rêve dysphorique, il est rapidement orienté et pleinement éveillé.*
- C. *La perturbation du sommeil provoque une détresse significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.*
- D. *Les symptômes du cauchemar ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à un abus médicamenteux).*



E. Des troubles mentaux et médicaux concomitants n'expliquent pas convenablement la plainte principale de rêves dysphoriques.

Notons que les cauchemars incluent dans le trouble de stress post-traumatique ne doivent pas nécessairement remplir les critères diagnostiques de cauchemars. Néanmoins, malgré le traitement du trouble, les cauchemars peuvent persister. Ainsi, dans certains cas, une thérapie de révision et répétition par imagerie mentale (RRIM) peut être bénéfique.⁴³

2. À quoi servent les cauchemars? Qu'est-ce qui les cause?

À ce jour, nous ne savons pas exactement ce qui cause une personne à souffrir de cauchemars. Plusieurs hypothèses intéressantes ont été élaborées en recherche. Il peut être intéressant d'expliquer les cauchemars en séparant les hypothèses biologiques et psychologiques.

Sur le plan biologique, il est proposé que les cauchemars correspondent à une activation excessive du système limbique dans le cerveau pendant le sommeil paradoxal. Cette hyperactivation accumulée durant la journée est maintenue durant la nuit. Par exemple, on peut retrouver cet état d'activation chez les gens souffrant de trouble de stress post-traumatique.⁴⁴

Sur le plan psychologique, on retient également des hypothèses en lien avec les différentes approches psychothérapeutiques. Les théories psychodynamiques retiennent majoritairement que les cauchemars seraient une manifestation symbolique de désirs ou de peurs inconscientes. Le cauchemar aurait pour fonction d'affronter de façon « sécuritaire » des événements ou des sentiments très inconfortables⁴⁵. L'hypothèse émise par Krakow et Zadra⁴⁶ est celle à la base de la technique RRIM. Elle découle de la théorie cognitivo-comportementale et décrit le cauchemar tel un comportement appris tout en détaillant les croyances et les comportements qui entretiennent celui-ci. La personne qui fait un cauchemar se réveille afin d'y échapper. Elle peut alors ressentir un sentiment de soulagement. Ce cycle déclenche alors une réponse conditionnée aux cauchemars, c'est-à-dire se réveiller afin d'échapper au cauchemar. Ceci amène généralement la genèse de plusieurs comportements menant à une pauvre hygiène du sommeil, voire même à l'insomnie.



Il s'agit donc de redonner le pouvoir aux patients sur leur cauchemar. On stipule que le cauchemar équivaut à une imagerie mentale qu'il est possible de modifier via l'instauration de différents comportements.

Finalement, il s'agit d'expliquer aux participant.e.s la pertinence des outils proposés. Le traitement des cauchemars par la méthode de révision et répétition par imagerie mentale (RRIM) est soutenu par plusieurs études. Il s'agit d'une thérapie efficace afin de réduire la détresse reliée aux cauchemars ainsi que la fréquence de ceux-ci.⁴⁷⁻⁴⁹ Notons que cette thérapie spécifique a une durée variable selon les différents protocoles. Cette séance unique a pour but d'offrir de l'information et des outils aux participant.e.s qui en font la demande.

TECHNIQUE DE RÉPÉTITION PAR IMAGERIE MENTALE

La technique de répétition implique de se représenter mentalement un cauchemar précis, puis de le rejouer en modifiant certains éléments afin de créer une fin positive et satisfaisante. Elle se réalise en suivant plusieurs étapes.

1. IDENTIFICATION DU CAUCHEMAR

On identifie un cauchemar troublant et on le reconstitue en y incorporant le plus de détails possible. On peut demander à la personne de fermer ses yeux afin de se remémorer le cauchemar de la façon la plus juste possible.

Il n'y a pas de cauchemar spécifique à choisir. Cependant, il est important d'en choisir un qui peut facilement être reproduit mentalement chez le ou la patient.e. Il doit générer un niveau moyen d'anxiété. On évite de débiter avec un cauchemar générant une anxiété insoutenable. Par exemple, on n'en choisirait pas un jouant un traumatisme vécu.

2. CRÉATION D'UNE FIN POSITIVE OU LOUFOQUE

Il s'agit de modifier la fin du cauchemar afin de la rendre neutre, voire positive et agréable. Par exemple, on peut s'imaginer en train de vaincre le monstre qui nous poursuivait ou de trouver une issue de secours pour échapper à un danger imminent. Le concept du *point chaud* est important. Il représente



le moment précis où la détresse est à son point culminant lors du cauchemar. On modifiera le scénario juste avant ce moment précis.

On procède ensuite à la rédaction par écrit de ce « nouveau cauchemar ». On encourage la personne à y inclure le plus de détails possible (les décors, les odeurs, les émotions vécues, les sensations corporelles, etc.).

Il s'agit de l'étape où la personne reprend le contrôle sur son cauchemar. Le thérapeute l'encourage à modifier le scénario de la façon dont elle le désire, que ce soit une modification loufoque, comique, douce ou puissante. Le plus possible, il faut que la représentation mentale provoque un sentiment de calme, de contrôle et de bien-être.

3. RÉVISION ET RÉPÉTITION PAR IMAGERIE MENTALE

Le nouveau scénario doit être répété et relu à plusieurs reprises afin que le cerveau intègre cette nouvelle fin et la mémorise comme une alternative positive au cauchemar initial. On recommande de relire le nouveau scénario au minimum deux fois par jour. Il peut être intéressant d'inclure une fois avant la routine du soir. Cependant, si ceci semble générer trop d'anxiété au patient, on peut décider d'inclure cette relecture à un autre moment afin de ne pas affecter la qualité de l'endormissement.

CONCLUSION ET TRAVAUX À DOMICILE

C'est lors de cette étape que s'effectuera le dernier tour de table lors duquel le thérapeute donnera ses dernières recommandations personnalisées en lien avec les discussions qui auront eu lieu lors de la séance. Finalement, nous inviterons également chacun.e des participant.e.s à partager leur avis et leur désir d'engagement par rapport à cette nouvelle technique. Chacun.e sera invité.e à dire un mot de la fin et la conclusion se fera ainsi. Il est important de mentionner que la thérapie RRIM est une technique efficace pour traiter les cauchemars, mais que cela peut prendre du temps et de la pratique avant de voir des résultats significatifs. Un soutien provenant d'un.e professionnel.le de la santé lors de la mise en place de cette technique peut aidé. Si cela est possible, il peut être intéressant d'offrir ce soutien individuel aux participant.e.s à la suite de cette dernière séance.



SECTION 5 : INSTRUMENTS DE MESURE ET OUTILS DE TRAITEMENT:

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Manuel d'information destinée aux patients

Annexe 2 : Agenda du sommeil simplifié

Annexe 3 : Agenda du sommeil complexe et instruction pour agenda du sommeil

Annexe 4 : Suivi de ma thérapie comportementale du sommeil

Annexe 5 : Fiche sur ma routine de sommeil idéale

Annexe 6 : Questionnaire non rempli de l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Annexe 7 : Questionnaire SBQ

Annexe 8 : Instructions pour la mise en place du contrôle des stimuli

Annexe 9 : Instructions pour la mise en place de la restriction du sommeil

Annexe 10 : Mon plan d'intervention



ANNEXE 1 : MANUEL D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS

Ce manuel est disponible au <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2018/06/manuel-dinformation-insomnie-version-isbn-2018.pdf>.



ANNEXE 2 : AGENDA DU SOMMEIL SIMPLIFIÉ

Reproduit du « Guide de pratique pour le traitement de l'insomnie » - Goulet, J., Chaloult, L., Ngô, T.L., 2013.

Adapté du « sleep diary » de l' « American Academy of Sleep Medicine ». Goulet, J., 08/2010.

Voir page suivante.



AGENDA DU SOMMEIL SIMPLIFIÉ*

Prenez connaissance de l'exemple inscrit dans la première ligne du tableau et complétez-le ensuite chaque matin, dès votre lever en suivant les instructions ci-dessous.

1. Inscrivez la date et le jour de la semaine
2. Inscrivez un « E » quand vous faites de l'exercice physique; un « C » quand vous consommez de la caféine (café, thé ou cola); un « A » quand vous consommez de l'alcool, suivi d'un chiffre représentant le nombre de consommations; un « M » quand vous prenez un médicament pour dormir.
3. Inscrivez une flèche vers le bas (↓) qui indique le moment où vous êtes allé au lit et avez éteint les lumières dans le but de vous endormir. Inscrivez une flèche vers le haut (↑) qui indique le moment où vous vous êtes levé.
4. Noircissez toutes les heures où vous avez dormi, même s'il s'agissait d'un sommeil léger. N'oubliez pas d'inscrire aussi les siestes même si elles sont involontaires.

Date	Jour	midi	13h00	14h00	15h00	16h00	17h00	18h00	19h00	20h00	21h00	22h00	23h00	Minuit	1h00	2h00	3h00	4h00	5h00	6h00	7h00	8h00	9h00	10h00	11h00
------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------

18 juil.	lundi				E		A2					↓	M								↑	C		C	
-------------	-------	--	--	--	---	--	----	--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	---	---	--	---	--



ANNEXE 3 : AGENDA DU SOMMEIL DÉTAILLÉ AVEC INSTRUCTIONS

Reproduit du « Guide de pratique pour le traitement de l'insomnie » - Goulet, J., Chaloult, L., Ngô, T.L., 2013.

INSTRUCTIONS

Nous vous demandons de remplir méticuleusement ce tableau dans le but de nous permettre de mieux comprendre vos problèmes de sommeil et de suivre vos progrès pendant la thérapie. Dès le lever, répondez à chacune des 11 questions de l'agenda du sommeil pour les 24 heures qui viennent de se terminer. Si vous utilisez la version Excel de l'agenda du sommeil, l'ordinateur calculera les réponses aux questions 7, 8 et 9 dès que vous aurez complété les questions 1 à 6. Il ne vous restera alors qu'à répondre aux questions 10 et 11. Il est important de remplir une colonne à tous les matins. Par exemple, lorsque vous vous levez le mercredi matin, remplissez la colonne inscrite sous mardi; et jeudi matin vous remplirez la colonne du mercredi; et ainsi de suite. Nous savons qu'il est difficile d'estimer précisément combien de temps ça vous a pris pour vous endormir ou combien de temps vous avez été éveillé pendant la nuit. Nous vous demandons simplement de faire la meilleure approximation possible. Évitez de suivre l'horloge ou le cadran toute la nuit. Si vous possédez un cadran lumineux, vous pouvez même le retourner pour que l'heure ne soit pas visible lorsque vous êtes couché. Si un événement inhabituel se produit (par exemple maladie, urgence, un coup de téléphone nocturne), veuillez le noter. Prenez soin d'inscrire toutes les heures en utilisant la notation allant de 0 à 24 heures (par exemple 20:30 et non pas 8h30 PM). Si vous utilisez la version Excel de cet agenda du sommeil, le logiciel fera pour vous, les calculs des questions 7 à 9 de même que toutes les moyennes et le calcul de l'efficacité du sommeil. Il ne pourra cependant exécuter les calculs que si vous avez respecté rigoureusement la notation de type 0 à 24 heures selon le format hh :mm, on inscrit par exemple 23 :15 qui représente 23 heures 15 ou 11 heures 15 PM.

Voici maintenant quelques précisions pour vous aider à bien répondre à chacune des questions. Notez aussi qu'un exemple est fourni dans la première colonne de l'agenda du sommeil.



1. Sieste

Nous vous demandons d'inclure toutes les siestes même si elles n'ont pas été intentionnelles. Par exemple, si vous vous êtes endormi devant la télé pour une dizaine de minutes, veuillez l'inscrire.

2. Substances pour aider le sommeil

Inscrivez toutes substances, prescrites ou non, incluant l'alcool, le cannabis ou autres, que vous avez utilisés pour faciliter votre sommeil.

3. Heure de coucher

Il s'agit de l'heure à laquelle vous vous êtes couché et vous avez fermé les lumières dans le but de vous endormir. Par exemple, si vous êtes allé au lit à 22h45 et après avoir lu 30 minutes, vous avez éteint les lumières dans le but de vous endormir à 23h15, vous devriez écrire 23h15 dans cet espace.

4. Latence d'endormissement (LE)

Inscrivez votre meilleure approximation du temps qu'il vous a fallu pour vous endormir après que vous ayez éteint les lumières.

5. Durée des éveils après l'endormissement (temps d'éveil après l'endormissement TEAE)

Évaluez au mieux de votre connaissance le nombre d'heures et/ou de minutes où vous avez été éveillé, entre le moment où vous vous êtes endormi et le moment de votre lever. Si vous vous êtes levé plusieurs fois dans la nuit, il s'agit ici du dernier lever après lequel vous avez entrepris votre journée.

6. Heure de lever

Il s'agit de l'heure à laquelle vous vous êtes effectivement levé et avez commencé vos activités de la journée. Si vous vous êtes levé plusieurs fois dans la nuit, il s'agit ici du dernier lever après lequel vous avez entrepris votre journée.

7. Temps total d'éveil (TTE)

Il se calcule en additionnant la latence d'endormissement (LE) (question 4) et le temps éveillé après l'endormissement (TEAE) (question 5). Dans notre exemple, il s'agit d'additionner 1h00 et 1h30, ce qui totalise 2h30 minutes.



8. Temps au lit (TAL)

Il s'agit de tout le temps écoulé entre l'heure du coucher (question 3) et l'heure du lever (question 6). Par exemple, si on a éteint les lumières à 23h15 et qu'on s'est levé à 7h00, le temps au lit sera de 7h45.

9. Temps total de sommeil (TTS)

Il s'agit de la somme de toutes les périodes de sommeil de la nuit. Il inclut tant le sommeil léger que le sommeil profond. On peut le calculer en enlevant le temps total d'éveil (TTE, question 7) du temps au lit (TAL, question 8). Dans notre exemple, le temps au lit était de 7h45 et le temps total d'éveil de 2h30, donc le temps total de sommeil était de 5h15.

10. Sensation de repos au lever

1. épuisé
2. fatigué
3. moyen
4. plutôt reposé
5. très reposé
11. Qualité du sommeil
 1. très agité
 2. agité
 3. moyen
 4. profond
 5. très profond

Dans la dernière colonne, nous vous demandons de faire la moyenne pour la semaine de certaines des questions : question 7 (TTE), 8 (TAL) et 9 (TTS). Attention, comme chaque minute représente le soixantième et non pas le centième d'une heure, le calcul de la moyenne demande des transformations qui peuvent conduire à des erreurs. Vous pouvez confirmer que votre calcul est probablement exact si la moyenne du TTE additionnée à la moyenne du TTS équivaut à la moyenne du TAL.

Une fois votre tableau de la semaine complété, vous pourrez calculer votre moyenne d'efficacité du sommeil (ES), c'est-à-dire le pourcentage du temps passé au lit où vous avez dormi. Cela se calcule



comme suit : moyenne TTS divisé par moyenne TAL multiplié par 100 ($TTS \div TAL \times 100$). Vous pouvez inscrire le résultat dans l'espace prévu à cet effet. Vous pouvez ensuite rapporter le résultat de toutes ces moyennes incluant l'efficacité du sommeil dans la feuille «résumé de thérapie» qui vous permettra en un seul coup d'œil d'évaluer vos progrès.



AGENDA DU SOMMEIL

NOM : _____

SEMAINE DU _____ **AU** _____

	Exemple	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Moyenne
1. Hier, j'ai fait la sieste entre ____ et ____ (Notez l'heure de toutes siestes)	13h30 à 14h30								
2. Hier, j'ai pris ____ mg de médicament et/ou ____ onces d'alcool pour dormir	Halcion 0,125 mg								
3. Je me suis couché(e) à ____ heures et j'ai éteint les lumières à ____ heures	22h45 23h15								
4. Après avoir éteint les lumières, je me suis endormi(e) en ____ minutes	40 min.								
5. Mon sommeil a été interrompu ____ fois. (Spécifiez le nombre total d'éveils).	3								
6. Mon sommeil a été interrompu ____ min. (Spécifiez la durée de chaque période d'éveil). Total : temps d'éveil après endormissement (TEAE)	10 5 46=60								
7. Ce matin, je me suis réveillé(e) à ____ heures (Notez l'heure du dernier réveil)	6h15								
8. Ce matin, je me suis levé(e) à ____ heures (Spécifiez l'heure)	6h40								
9. Éveil matinal (EM) = 8-7	25 min.								
10. Temps total d'éveil (TTE) = 4+6+9	2h05								
11. Temps au lit (TAL) = 8-3	7h25								
12. Temps total de sommeil (TTS) = 11-10	5h20								
13. Au lever ce matin, je me sentais ____ (1=épuisé(e); 5=reposé(e))	2								
14. Dans l'ensemble, mon sommeil de la nuit dernière a été ____ (1=très agité; 5=très profond)	3								
							Efficacité de sommeil (ES)=TTS÷TALx100		



ANNEXE 4

SUIVI DE MA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DE L'INSOMNIE (TCC-I)

MON OBJECTIF PERSONNEL

Définir un objectif de type SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement

D'ici la fin de ma TCC-I,

RÉSULTATS ISI

Séances	Résultats (0 à 28)
1	
2	
3	

CONCLUSION

Succès	
Difficultés rencontrées	
Recommandations personnalisées	



ANNEXE 5



MA ROUTINE DE SOMMEIL IDÉALE



HABITUDE À MODIFIER :

MON ENVIRONNEMENT DE SOMMEIL :

MON RITUEL :



ANNEXE 6 : ISI⁵⁰**Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)**

Nom: _____ Date: _____

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la
- SÉVÉRITÉ**
- actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Jusqu'à quel point êtes-vous
- SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)**
- de votre sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil
- PERTURBENT**
- votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont
- APPARENTES**
- pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous
- INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)**
- à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:

Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = _____

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)



ANNEXE 7

Questionnaire STOP-Bang actualisé

- Ronflement?**
 Est-ce que vous **ronflez fort** (assez fort pour être entendu(e) à travers des portes fermées, ou pour que votre partenaire de lit vous donne des coups de coude la nuit à cause de vos ronflements)?
- Oui Non
 ● ●
- Fatigué(e)?**
 Vous sentez-vous souvent **fatigué(e), épuisé(e) ou somnolent(e)** pendant la journée (par exemple, vous endormez-vous au volant)?
- Oui Non
 ● ●
- Remarqué?**
 Est-ce que quelqu'un a **remarqué** que vous **arrêtez de respirer** ou **étouffez/cherchez désespérément de l'air** pendant votre sommeil?
- Oui Non
 ● ●
- Pression?**
 Est-ce que vous souffrez d'**hypertension artérielle** ou recevez un traitement contre l'hypertension artérielle?
- Oui Non
 ● ●
- Indice de masse corporelle supérieur à 35 kg/m²?**
- Oui Non
 ● ●
- Âgé(e) de plus de 50 ans?**
- Large encolure? (mesurée au niveau de la pomme d'Adam)**
 Pour un homme, la taille de votre col de chemise est-elle de 43 cm/17 pouces ou plus large?
 Pour une femme, la taille de votre col de chemise est-elle de 41 cm/16 pouces ou plus large?
- Oui Non
 ● ●
- Sexe = Masculin?**
- Oui Non
 ● ●

Critères du pointage :

STOP-BANG (CA-fre) 14MAY2015 FINAL



Pour la population en général

Risque faible d'AOS (Apnée obstructive du sommeil) : Oui à 0 à 2 questions

Risque intermédiaire d'AOS : Oui à 3 à 4 questions

Risque élevé d'AOS : Oui à 5 à 8 questions

ou Oui à 2 ou plus des 4 premières questions + sexe masculin

ou Oui à 2 ou plus des 4 premières questions + IMC > 35 kg/m²

ou Oui à 2 ou plus des 4 premières questions + la circonférence du cou
(43 cm/17 po. chez les hommes, 41 cm/16 po. chez les femmes)

Propriété du University Health Network. Pour de plus amples informations : www.stopbang.ca

Version basée sur Chung F et al. Anesthesiology 2008; 108:812-21, Chung F et al Br J Anaesth 2012; 108:768-75, Chung F et al J Clin Sleep Med Sept 2014|



ANNEXE 8

INSTRUCTIONS POUR LE CONTRÔLE DES STIMULI (TCC-I)

RÈGLES D'OR

1. Aller au lit seulement lorsqu'on ressent de la somnolence.
2. Se lever, changer de pièce et s'adonner à une activité non stimulante si le sommeil est impossible en moins de 15 minutes.
3. Maintenir une heure de lever régulière, même les fins de semaine.
4. Éviter les siestes
 - ⇒ Si une sieste doit être faite, elle doit absolument être d'une durée maximale de 45 minutes et être effectuée avant 15 h.
5. Planifier une heure de rituel préparatoire avant l'heure du coucher.

ACTIVITÉS PEU STIMULANTES

- Lecture d'un dictionnaire ou de revues
- Méditation
- Relaxation
- Écoute de musique relaxante

- _____
- _____
- _____

ACTIVITÉS STIMULANTES

- Sport
- Ménage
- Danser

- _____
- _____



ANNEXE 9

INSTRUCTIONS POUR LA RESTRICTION DU SOMMEIL (TCC-I)

RAPPEL

LE : Latence d'endormissement (case 4)

TEAE : Temps d'éveil après l'endormissement (case 6)

EM : Éveil matinal (case 9)

TTE : Temps total d'éveil (case 10)

TAL : Temps au lit (case 11)

TTS : Temps total de sommeil (case 12)

ES : Efficacité du sommeil

$$\text{Efficacité du sommeil (ES)} = \frac{\text{Temps total de sommeil (TTS)}}{\text{Temps au lit (TAL)}} \times 100\%$$

DIRECTIVES

1. Limiter le **TAL** au TSS moyen sur 1 ou 2 semaines.
2. À chaque semaine...
 - a. Augmenter le TAL de 15 à 20 minutes si $ES \geq 85\%$
 - b. Ne rien changer si ES entre 80 et 85 %
 - c. Diminuer le TAL de 15 à 20 minutes si $\leq 80\%$.
3. Éviter les activités dangereuses lorsque la somnolence diurne transitoire se fait sentir.



ANNEXE 10 : MON PLAN D'INTERVENTION

RECOMMANDATIONS PERSONNALISÉES

1. Par rapport à mon hygiène du sommeil, je dois ...

2. Quelles sont mes recommandations personnalisées quant au contrôle des stimuli ?

3. Est-ce que j'applique la restriction du sommeil ? Si oui, quelle serait ma fenêtre de restriction à ce jour en fin de thérapie?

CONCLUSION DE MA TCC-I

Succès	
Difficultés rencontrées	
Outils appris	



BIBLIOGRAPHIE

1. Goulet J. GUIDE DE PRATIQUE POUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DE L'INSOMNIE. Published online 2013:132.
2. Chaloult L, Ngo TL, Goulet J, Cousineau P, Borgeat F. *La thérapie cognitivo-comportementale théorie et pratique*. G. Morin; 2008.
3. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med*. 2006;7(2):123-130. doi:10.1016/j.sleep.2005.08.008
4. Wilson S, Anderson K, Baldwin D, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update. *J Psychopharmacol (Oxf)*. 2019;33(8):923-947. doi:10.1177/0269881119855343
5. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016;165(2):125-133. doi:10.7326/M15-2175
6. Selby EA. Chronic sleep disturbances and borderline personality disorder symptoms. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(5):941. doi:10.1037/a0033201
7. Van Veen MM, Karsten J, Lancel M. Poor Sleep and Its Relation to Impulsivity in Patients with Antisocial or Borderline Personality Disorders. *Behav Med Wash DC*. 2017;43(3):218-226. doi:10.1080/08964289.2017.1313719
8. Kamphuis J, Karsten J, de Weerd A, Lancel M. Sleep disturbances in a clinical forensic psychiatric population. *Sleep Med*. 2013;14(11):1164-1169. doi:10.1016/j.sleep.2013.03.008
9. Grilo CM, Udo T. Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts Among US Adults. *JAMA Netw Open*. 2021;4(5):e219389. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.9389
10. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2001;42(6):482-487. doi:10.1053/comp.2001.26271
11. Caihol L, Lesage A, Rochette L, et al. Surveillance des troubles de la personnalité au Québec :



prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. *Inst Natl Santé Publique Qué INSPQ*. Published online 2015:20.

12. Harris LM, Huang X, Linthicum KP, Bryen CP, Ribeiro JD. Sleep disturbances as risk factors for suicidal thoughts and behaviours: a meta-analysis of longitudinal studies. *Sci Rep*. 2020;10:13888. doi:10.1038/s41598-020-70866-6
13. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Coffman CJ, Carney CE. Dose-Response Effects of Cognitive-Behavioral Insomnia Therapy: A Randomized Clinical Trial. *Sleep*. 2007;30(2):203-212. doi:10.1093/sleep/30.2.203
14. Winsper C, Tang NKY, Marwaha S, et al. The sleep phenotype of Borderline Personality Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;73:48-67. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.12.008
15. Plante DT, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Relationship between maladaptive cognitions about sleep and recovery in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2013;210(3):975-979. doi:10.1016/j.psychres.2013.08.004
16. Semiz UB, Basoglu C, Ebrinc S, Cetin M. Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(1):48-55. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01789.x
17. Goldstein AN, Walker MP. The Role of Sleep in Emotional Brain Function. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10(1):679-708. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153716
18. Grove JL, Smith TW, Crowell SE, Ellis JH. Preliminary Evidence for Emotion Dysregulation as a Mechanism Underlying Poor Sleep Quality in Borderline Personality Disorder. *J Personal Disord*. 2017;31(4):542-552. doi:10.1521/pedi_2016_30_261
19. Winsper C, Tang NKY. Linkages between insomnia and suicidality: Prospective associations, high-risk subgroups and possible psychological mechanisms. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26(2):189-204. doi:10.3109/09540261.2014.881330
20. Tisseyre M, Hudon A, Giguère CÉ, et al. Insomnie et risque suicidaire dans les troubles de la personnalité du groupe B : une étude comparative transversale. *Santé Ment Au Qué*. 2022;47(2):113. doi:10.7202/1098897ar



21. Porras-Segovia A, Pérez-Rodríguez MM, López-Esteban P, et al. Contribution of sleep deprivation to suicidal behaviour: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 2019;44:37-47. doi:10.1016/j.smrv.2018.12.005
22. Iliakis EA, Ilagan GS, Choi-Kain LW. Dropout rates from psychotherapy trials for borderline personality disorder: A meta-analysis. *Personal Disord Theory Res Treat.* 2021;12(3):193-206. doi:10.1037/per0000453
23. Swift JK, Greenberg RP. A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *J Psychother Integr.* 2014;24(3):193-207. doi:10.1037/a0037512
24. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbu C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(4):319. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4287
25. McLaughlin SPB, Barkowski S, Burlingame GM, Strauss B, Rosendahl J. Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy.* 2019;56(2):260-273. doi:10.1037/pst0000211
26. Aafjes-van Doorn K, Kealy D, Ehrenthal JC, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Weber R. Improving self-esteem through integrative group therapy for personality dysfunction: Investigating the role of the therapeutic alliance and quality of object relations. *J Clin Psychol.* 2019;75(12):2079-2094. doi:10.1002/jclp.22832
27. Marziali E, Munroe-Blum H, McCleary L. The Contribution of Group Cohesion and Group Alliance to the Outcome of Group Psychotherapy. *Int J Group Psychother.* 1997;47(4):475-497. doi:10.1080/00207284.1997.11490846
28. Brillion M, Dionne F, Côté D, Gros-Louis Y, Richer L. L'alliance thérapeutique. *Le Magasine de l'ordre des psychologues du Québec.* 2011;28(02):52.
29. van der Zwerde T, Bisdounis L, Kyle SD, Lancee J, van Straten A. Cognitive behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep Med Rev.* 2019;48:101208. doi:10.1016/j.smrv.2019.08.002
30. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *The Lancet.* 2012;379(9821):1129-1141. doi:10.1016/S0140-6736(11)60750-2



31. Liu RT, Steele SJ, Hamilton JL, et al. Sleep and suicide: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev.* 2020;81:101895. doi:10.1016/j.cpr.2020.101895
32. Cailhol L, Pelletier É, Rochette L, et al. Prevalence, Mortality, and Health Care Use among Patients with Cluster B Personality Disorders Clinically Diagnosed in Quebec: A Provincial Cohort Study, 2001-2012. *Can J Psychiatry.* 2017;62(5):336-342. doi:10.1177/0706743717700818
33. Colten HR, Altevogt BM, Research I of M (US) C on SM and. *Functional and Economic Impact of Sleep Loss and Sleep-Related Disorders.* National Academies Press (US); 2006. Accessed November 1, 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19958/>
34. Kessler RC, Berglund PA, Coulouvrat C, et al. Insomnia and the Performance of US Workers: Results from the America Insomnia Survey. *Sleep.* 2011;34(9):1161-1171. doi:10.5665/SLEEP.1230
35. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev.* 2003;7(3):215-225. doi:10.1053/smr.2001.0246
36. Cao H. Clinical Effects of White Noise on Improving Sleep Quality: A Literature Review: In ; 2022. doi:10.2991/assehr.k.220401.089
37. Kahn M, Sheppes G, Sadeh A. Sleep and emotions: Bidirectional links and underlying mechanisms. *Int J Psychophysiol.* 2013;89(2):218-228. doi:10.1016/j.ijpsycho.2013.05.010
38. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet.* 2011;377(9759):74-84. doi:10.1016/S0140-6736(10)61422-5
39. Belleville G, Guay C, Guay B, Morin CM. Hypnotic taper with or without self-help treatment of insomnia: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(2):325-335. doi:10.1037/0022-006X.75.2.325
40. Keenan BT, Kim J, Singh B, et al. Recognizable clinical subtypes of obstructive sleep apnea across international sleep centers: a cluster analysis. *Sleep.* 2018;41(3). doi:10.1093/sleep/zsx214
41. Zinchuk AV, Jeon S, Koo BB, et al. Polysomnographic phenotypes and their cardiovascular implications in obstructive sleep apnoea. *Thorax.* 2018;73(5):472-480. doi:10.1136/thoraxjnl-2017-210431
42. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596



43. Levrier K. Traitement des cauchemars avec la méthode de révision et répétition par imagerie mentale (RRIM) dans une population adulte francophone souffrant d'un état de stress post-traumatique (ÉSPT).
44. Gieselmann A, Ait Aoudia M, Carr M, et al. Aetiology and treatment of nightmare disorder: State of the art and future perspectives. *J Sleep Res.* 2019;28(4):e12820. doi:10.1111/jsr.12820
45. Freud S, Robert F. *L'interprétation du rêve*. 2e éd. PUF; 2012.
46. Krakow B, Zadra A. Clinical Management of Chronic Nightmares: Imagery Rehearsal Therapy. *Behav Sleep Med.* 2006;4(1):45-70. doi:10.1207/s15402010bsm0401_4
47. Krakow B, Kellner R, Neidhardt J, Pathak D, Lambert L. Imagery rehearsal treatment of chronic nightmares: With a thirty month follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1993;24(4):325-330. doi:10.1016/0005-7916(93)90057-4
48. Krakow B, Kellner R, Pathak D, Lambert L. Long Term Reduction of Nightmares with Imagery Rehearsal Treatment. *Behav Cogn Psychother.* 1996;24(2):135-148. doi:10.1017/S1352465800017409
49. The Beneficial Effects of One Treatment Session and Recording of Nightmares on Chronic Nightmare Sufferers. *Sleep*. Published online September 1, 1992. doi:10.1093/sleep/15.5.470
50. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep.* 2011;34(5):601-608.

