



wellow

## Étapes à suivre dans l'intervention clinique pour l'insomnie (chez l'adulte)

### ◆ 1. Évaluer la plainte d'insomnie

- Déterminer la **nature, fréquence, durée et sévérité** de l'insomnie
- Utiliser des outils cliniques validés :
  - **ISI** (Insomnia Severity Index)
  - **Journal de sommeil (2 semaines min.)**
  - **Échelle de somnolence d'Epworth** (si fatigue diurne)
- Explorer les **facteurs aggravants ou précipitants** (stress, médication, substances, douleurs, etc.)

### ◆ 2. Exclure les causes médicales, psychiatriques et parasomnies

- Vérifier les **troubles du sommeil comorbides** :
  - Apnée du sommeil
  - Syndrome des jambes sans repos
  - Parasomnies, etc.
- Évaluer les **troubles psychiatriques** (anxiété, dépression)
- Adapter la stratégie selon la **présence de troubles associés**

### ◆ 3. Intervenir selon le type d'insomnie (aiguë ou chronique)

#### A. Insomnie aiguë (<3 mois)

- Souvent réactionnelle (ex : stress, deuil, événement)
- **Éducation sur le sommeil**, hygiène du sommeil et suivi
- Éviter de médicaliser trop rapidement

#### B. Insomnie chronique (>3 mois)

- Recommandation de **traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie (TCC-I)** comme **intervention de première ligne**

### ◆ 4. Offrir une intervention fondée sur les TCC-I

#### Composantes de la TCC-I :

1. **Éducation sur le sommeil**
2. **Hygiène du sommeil**
3. **Restriction du temps passé au lit (Sleep restriction)**
4. **Contrôle des stimuli** (stimulus control)
5. **Restructuration cognitive** (croyances erronées sur le sommeil)
6. **Techniques de relaxation** (respiration, cohérence cardiaque, etc.)

💡 **Durée recommandée :** 6 à 8 semaines

🕒 Résultats prouvés : amélioration durable de la qualité du sommeil sans effet secondaire

### ◆ 5. Évaluer la réponse au traitement

- Reprendre l'**ISI** après 6-8 semaines
- Suivi du **journal de sommeil**

- Ajuster ou intensifier les techniques (ex : imagerie mentale, techniques d'acceptation si anxiété liée au sommeil)

#### ◆ 6. Éviter la médication comme première option

- Les **hypnotiques (benzodiazépines, Z-drugs)** ne sont **pas recommandés en première ligne**
- Si médication nécessaire :
  - Prescription **à court terme uniquement**
  - En **attente** de la TCC-I ou en **cas de détresse aiguë**

#### ◆ 7. Assurer un suivi à moyen terme

- Prévenir les rechutes
- Réactiver les stratégies TCC-I en cas de récidive
- Encourager l'autogestion du sommeil

### 🧠 Étapes de la TCC de l'insomnie (TCC-I)

Avec exemples de pensées dysfonctionnelles + clarification entre **fatigue** et **épuisement**

#### ◆ 1. Éducation sur le sommeil

**Objectif :** Déconstruire les mythes et croyances erronées sur le sommeil.

**Exemples de pensées fréquentes :**

- « *Si je ne dors pas 8 heures, ma journée sera un désastre.* »
- « *Mon corps peut fonctionner avec un peu moins de sommeil de façon temporaire.* »

**Contenu enseigné :**

- Fonction des cycles du sommeil
- Rôle de l'éveil nocturne (normal jusqu'à 3 fois)
- Sommeil ≠ repos mental immédiat

#### ◆ 2. Hygiène du sommeil

**Objectif :** Éliminer les comportements qui nuisent au sommeil.

**Recommandations typiques :**

- Heure de lever constante 🕒
- Exposition à la lumière naturelle le matin ☀️
- Éviter la caféine après 13 h ☕
- Activité physique en début de journée
- Aucune sieste > 20 min

#### ◆ 3. Restriction du temps passé au lit

**Objectif :** Renforcer l'association lit = sommeil (et non rumination).

**Exemple :**

Une personne qui dort 5h mais reste 9h au lit aura une efficacité de sommeil = 56 %.

On **réduit** progressivement le temps passé au lit à 5h30 pour **booster la pression de sommeil**.

On **réallonge le temps au lit** quand l'efficacité dépasse 85 %.

#### ◆ 4. Contrôle des stimuli

**Objectif :** Conditionner le cerveau à associer le lit au sommeil.

**Règles clés :**

- Le lit = seulement pour dormir (et relations intimes)
- Si pas endormi en 20 minutes → sortir du lit 
- Retourner au lit **seulement quand le sommeil revient**

#### ◆ 5. Restructuration cognitive

**Objectif :** Identifier et modifier les pensées anxiogènes ou rigides.

**Exemples de pensées à recadrer :**

Pensée automatique	Pensée alternative réaliste
« Si je ne dors pas, je vais perdre ma job. »	« J'ai déjà fonctionné avec peu de sommeil. Ce sera dur, mais faisable. »
« Je dois dormir 8h sinon je vais tomber malade. »	« Mon sommeil fluctue. Une mauvaise nuit ne détruit pas ma santé. »
« Je suis brisé, mon sommeil ne reviendra jamais. »	« Mon sommeil est déréglé temporairement. Des outils existent pour m'aider. »

#### ◆ 6. Relaxation / désactivation physiologique

**Objectif :** Apaiser le système nerveux pour favoriser l'endormissement.

**Techniques efficaces :**

- Respiration lente (6/min – cohérence cardiaque)
- Relaxation musculaire progressive
- Visualisation (lieu apaisant)
- Ancrage sensoriel : odeurs, sons doux, poids du corps

 **Fatigue vs Épuisement – à bien distinguer**

 **Définitions cliniques distinctes**

#### ◆ Fatigue

Une **sensation normale, temporaire et réversible** liée à un effort physique, mental ou émotionnel.

- Elle **peut être un signal d'adaptation**, mais **n'est pas nécessairement un signal de repos ou de sommeil**.
- Fatigue ≠ permission automatique de se coucher

« La fatigue signifie souvent qu'il est temps de changer d'activité, pas nécessairement d'aller dormir. » (ex. : pause mentale, marche douce, changement de posture)

#### ✳ Exemples typiques :

- Fatigue après 1h de concentration (travail intellectuel)
- Fatigue musculaire après le ménage ou le sport
- Fatigue émotionnelle après une conversation difficile

#### ▼ Épuisement

Un **état durable de dysrégulation physiologique** qui dépasse la récupération normale par le sommeil ou le repos ponctuel.

- L'épuisement touche **les systèmes cognitifs, émotionnels, hormonaux et physiques**.
- Il peut être **le symptôme central d'un trouble sous-jacent** (burnout, dépression, fatigue chronique, insomnie sévère, etc.)

« L'épuisement, ce n'est pas être fatigué. C'est se réveiller déjà vidé, sans avoir récupéré, et devoir tout de même fonctionner. »

#### ✳ Signes d'épuisement :

- Sommeil non récupérateur
- Hypersensibilité sensorielle ou émotionnelle
- Difficultés de concentration même au repos
- Baisse du seuil de tolérance à l'effort
- Sentiment de « brume mentale », vide ou surcharge

#### ⌚ Pourquoi cette distinction est essentielle ?

1. **Fatigue** : → Adapter l'activité ou intégrer une pause active
2. **Épuisement** : → Prioriser la régulation physiologique, revoir l'hygiène du sommeil, restreindre la stimulation, **travailler la réserve énergétique**

👉 Une personne épuisée n'a **plus de marge de manœuvre**. Elle doit **réapprendre à doser, planifier et déléguer**.

#### 📅 Outils utiles pour différencier les deux

- **Diagramme d'énergie** (journal quotidien)
- **Échelle de fatigue multidimensionnelle (MAF)**
- **Évaluation de la qualité du sommeil (ISI, PSQI)**
- **Auto-observation** : « **Est-ce que je récupère après une pause ?** »

<b>Fatigue</b>	<b>Épuisement</b>
Sensation <b>physique</b> ou <b>mentale</b> temporaire	État <b>prolongé</b> de surcharge (physique, émotionnelle, cognitive)
Réversible avec repos ou sieste	Non soulagé par le repos classique
Courant après effort ou stress	Associé à un trouble chronique (burn-out, insomnie persistante)
Ne nuit pas nécessairement au fonctionnement	Réduit les capacités de concentration, de décision, de récupération
Exemple : fatigue après une journée active	Exemple : sentiment de « vide », réveil épuisé, même après 8h de sommeil

 Conclusion pour usage en clinique :

- La **TCC-I est la première ligne thérapeutique** recommandée pour l'insomnie chronique.
- Elle demande un **engagement actif**, mais offre des **résultats durables** sans dépendance médicamenteuse.
- **Adapter les messages** à la perception du patient entre **fatigue et épuisement** permet une meilleure adhésion.

clinique  
**ergo**autonomie