

Prise en charge de l'insomnie chronique

par M. Médhi GILSON* et le Dr Gisèle MAURY**

* Neuropsychologue, somnologue
CHU UCL Namur site Godinne
5530 Yvoir
medhi.gilson@chuucnamur.uclouvain.be

** Pneumologue, somnologue
CHU UCL Namur site Godinne
5530 Yvoir
gisele.mauray@chuucnamur.uclouvain.be

Les auteurs déclarent ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

ABSTRACT

Chronic insomnia is common in the adult population. Its consequences are significant on health, quality of life and in terms of public health. Cognitive-behavioral therapy for insomnia is the standard treatment. Its long-term benefits are greater than medication. It can be applied to weaning from chronic drug treatments given in insomnia.

Keywords: insomnia, cognitive behavioral therapy, sleep hygiene, physical activity, melatonin.

RÉSUMÉ

L'insomnie chronique est fréquente dans la population adulte. Ses conséquences sont non négligeables sur la santé, la qualité de vie et en termes de santé publique. La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie en est le traitement de référence. Ses bénéfices au long cours sont supérieurs aux médicaments. Elle peut s'appliquer au sevrage des traitements médicamenteux chroniques donnés dans l'insomnie.

Mots-clés: insomnie, thérapie cognitivo-comportementale, hygiène du sommeil, activité physique, mélatonine.

Le sommeil occupe une place importante dans notre vie. Il est indispensable à notre bonne santé et notre fonctionnement quotidien. Dans la population générale, plus de 50% des adultes se plaignent d'un mauvais sommeil occasionnel (moins de trois fois par semaine). Considérant les critères de la troisième classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-3), le taux d'insomnie atteint 10-15% dans la population âgée ou celle souffrant d'une maladie chronique¹.

Prétest

- | | Vrai | Faux |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. La TCC-i débute généralement par la restriction du temps passé au lit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. L'entraînement à la relaxation musculaire progressive ne fait pas partie intégrante de la TCC-i. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. L'utilisation de la luminothérapie dans l'insomnie a un faible niveau d'évidence sauf en cas de présence d'une altération du rythme circadien chez certains patients insomniaques. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Réponses en page 27.

En Europe, dans la population générale, la prévalence de l'insomnie comme maladie, semble varier de 5,7% en Allemagne à 19% en France et prédomine dans la population féminine. Cette différence s'explique par différents facteurs : définition utilisée pour l'insomnie, les (sous-)groupes de patients étudiés (femme/homme, présence de comorbidités, etc.), des conditions socio-économiques, etc. Parmi les patients consultant en médecine générale, une prévalence plus élevée est rapportée en Allemagne où 1 patient sur 5 souffre d'insomnie (cette différence par rapport aux chiffres cités précédemment s'explique notamment par un biais de sélection : dans l'étude, la recherche d'insomnie se fait dans la population qui consulte et non pas dans la population générale).² En Norvège, où des études réalisées sur l'usage des agents hypnotiques révèlent une augmentation de leur utilisation sur une période de 10 ans allant de 7% en 2001 à 11% en 2014^{3,4}, plus de 50% des patients consultant en médecine générale présentent une insomnie.⁵ La prise chronique de sédatifs, en particulier les benzodiazépines (BZD) est associée à des complications (sommolence, risques de chutes, troubles cognitifs, troubles de l'humeur, etc.). D'une manière générale, dans l'insomnie primaire, aucune substance à effet sédatif n'est recommandée pour un traitement au long cours. Dès lors, des alternatives ont été développées telle que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC-i).



Bref rappel sur les fonctions du sommeil

Dans le règne animal, les périodes cycliques de repos sont universelles, pouvant aller de simples périodes de repos à l'hibernation, de périodes de sommeil caractérisées par des postures spécifiques et stéréotypées, une augmentation des seuils de sensibilité aux stimuli (une stimulation plus importante est nécessaire pour provoquer une réponse chez le dormeur), la fermeture des yeux et différentes caractéristiques physiologiques mesurables (abaissement de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, de la température...). Au-delà de cette fonction de repos, le sommeil permet une récupération (rôle de détoxification, de restauration des fonctions du lobe frontal et de l'humeur) et intervient au niveau des fonctions cognitives par la modulation de la plasticité neuronale, la consolidation de la mémoire et la maintenance du réseau neuronal, les fonctions émotionnelles et immunitaires (adaptation immunitaire et mémoire immunologique lors du sommeil lent profond).⁶

Diagnostic de l'insomnie, définition

La définition de l'insomnie chronique selon l'ICSD-3 est reprise dans le tableau 1.¹

La distinction entre insomnie primaire et secondaire (ou co-morbide) n'est plus appliquée tant dans l'ICSD-3 (2014) que dans le DSM-5 (2013) suite à la conférence de l'Institut National de la Santé américaine (2005) : il n'existe pas d'évidence montrant que traiter la maladie primaire permet d'améliorer l'insomnie dite secondaire (en particulier la dépression). L'insomnie peut évoluer sur un mode indépendant du trouble auquel elle est associée initialement et est à considérer comme une maladie à part entière.

Quel bilan réaliser ?

Le diagnostic d'insomnie requiert une anamnèse générale et un examen clinique, une anamnèse orientée sur le sommeil visant à étudier les comportements du sommeil et ses habitudes, l'environnement du sommeil, la consommation de substances altérant le sommeil (caféine, nicotine, alcool, médicaments), les horaires de travail et la préférence circadienne, la recherche d'autres troubles du sommeil (par ex. syndrome d'apnées du sommeil (SAS), syndrome des jambes sans repos...).⁷ L'anamnèse détaillée est orientée en fonction de la présentation clinique du patient et sa symptomatologie. Il faut garder en tête qu'il existe des causes somatiques d'insomnie (par exemple l'hyperthyroïdie). La présence d'affections mentales (en particulier la dépression) est fréquemment accompagnée de difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou d'éveil matinal précoce.

| Critères diagnostiques de l'insomnie chronique selon l'ICSD-3 ¹ | |
|--|--|
| A | Le patient rapporte une ou plusieurs des plaintes suivantes : 1. Difficulté à s'endormir 2. Difficulté à maintenir le sommeil 3. Réveil plus tôt qu'à l'heure souhaitée 4. Résistance à aller au lit à l'heure prévue 5. Difficulté à dormir sans un parent ou l'intervention d'un soignant |
| B | Le patient relate, ou les parents du patient ou son soignant observent, un ou plusieurs des éléments suivants liés à la difficulté de dormir la nuit : 1. Fatigue/malaise 2. Altération de l'attention, la concentration ou de la mémoire 3. Altération des performances sociale, familiale, professionnelle ou académique 4. Perturbation de l'humeur/irritabilité 5. Somnolence diurne 6. Problèmes comportementaux (hyperactivité, impulsivité, agressivité) 7. Diminution de la motivation/énergie/des initiatives 8. Propension à faire des erreurs/accidents 9. Préoccupations ou insatisfaction par rapport au sommeil |
| C | La plainte liée à la veille/sommeil ne peut être expliquée par une opportunité inadéquate (c'est-à-dire : un temps suffisant est dédié au sommeil) ou des circonstances inadéquates (c'est-à-dire : l'environnement est sûr, sombre, calme et confortable) pour le sommeil. |
| D | La perturbation du sommeil et ses symptômes diurnes surviennent au moins 3 fois par semaine |
| E | La perturbation du sommeil et ses symptômes diurnes sont présents depuis au moins 3 mois |
| F | La difficulté de la veille/sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble du sommeil |

Tableau 1 - ICSD-3. Troisième édition de la classification internationale des troubles du sommeil.

Le diagnostic d'insomnie chronique selon l'ICSD-3 nécessite une perturbation du sommeil nocturne (critère A) et la présence de troubles diurnes associés (critère B) ainsi que tous les autres critères C à F. Ces critères diagnostiques sont utilisés chez l'adulte et chez l'enfant.

- Evaluation de l'hygiène du sommeil, bonnes pratiques et environnement du sommeil
- Evaluation des plaintes nocturnes et diurnes; fréquence par semaine et durée
- Evaluation des pathologies associées: en particulier l'humeur et autre affection induisant une insomnie (SAS, SJSR,...)
- Questionnaires: Index de sévérité de l'insomnie, échelle de sévérité de la fatigue, score de somnolence d'Epworth, échelle de Glasgow.
- Relever les substances prises interagissant avec le sommeil (nicotine, caféine, alcool, médicaments)
- Horaires de sommeil et professionnels

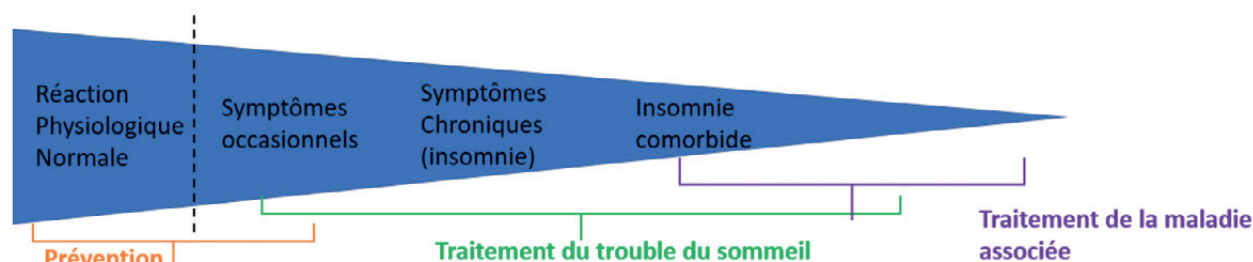


Tableau 2. Plaintes de mauvais sommeil : dans quelle situation est mon patient ?
(Adapté de Paunio T. Insomnia. Comorbidities and special populations.⁸⁾)

Dès lors, les aspects psychologiques/psychiatriques doivent être abordés. Le tableau 2 propose une approche personnalisée lors du premier contact avec le patient.⁸ Les symptômes diurnes tels que fatigue et somnolence doivent être recherchés.

La réalisation d'un bilan psychométrique permet de compléter l'anamnèse. De nombreux questionnaires permettent de mieux cerner la nature des causes et des conséquences de l'insomnie.

L'agenda du sommeil est un outil utilisé pour apprécier le sommeil du patient. Il s'agit d'une grille reprenant les jours et les heures où le patient annote la mise au lit et le lever, les périodes d'éveil et de sommeil (ce compris les siestes), la somnolence diurne. L'agenda du sommeil est très utile pour préciser les rythmes de sommeil, ainsi que pour objectiver l'évolution de l'insomnie au cours de sa prise en charge. L'outil est disponible en ligne sur : https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/01/agenda_2p.pdf.

L'actimétrie étudie l'activité motrice par un bracelet porté au poignet non dominant sur une longue période (en général 14 jours), souvent en parallèle de l'agenda du sommeil. Il est recommandé en cas de trouble circadien ou d'irrégularité du rythme veille/sommeil.

La polysomnographie n'est pas nécessaire au diagnostic d'insomnie mais est indiquée en cas d'insomnie résistante au traitement (TCC-i), chez des populations professionnelles à risque (poste de sécurité, chauffeur...) et lorsqu'un autre trouble du sommeil ou une mauvaise perception du sommeil (discordance entre-temps de sommeil subjectif et retentissement diurne) sont suspectés.

Les approches non médicamenteuses dans l'insomnie

La thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie

Depuis 2006, la TCC-i est considérée comme le traitement de première intention par la Société Européenne de Recherche sur le Sommeil. Cette prise en charge repose sur un ensemble de techniques et de stratégies comportementales, cognitives et psycho-éducationnelles. Son efficacité est largement démontrée sur le plan scientifique et ses bénéfices à long terme sont supérieurs à ceux des interventions pharmacologiques.⁹ La TCC-i peut être appliquée de manière individuelle ou en groupe. Cette thérapie est généralement délivrée par un-e (neuro)psychologue qui détient une formation en TCC-i.

La TCC-i débute généralement par la restriction du temps passé au lit. Concrètement, le patient doit restreindre le temps passé au lit afin qu'il corresponde à son temps de sommeil moyen actuel. Cette intervention vise à améliorer l'efficacité, la qualité et la continuité du sommeil dans un premier temps. Lorsque l'efficacité du sommeil est suffisamment bonne (> 85% sur base de l'agenda du sommeil), l'étape suivante est la titration du temps passé au lit : le temps passé au lit est progressivement augmenté de 15 minutes par semaine afin d'atteindre progressivement la durée de sommeil permettant au patient de récupérer une bonne forme diurne.



La thérapie par le contrôle du stimulus est également mise en place au début du traitement. Elle est fondée sur le principe du conditionnement et vise à renforcer l'association entre l'environnement de sommeil et l'activité de sommeil, alors que les patients insomniaques ont souvent tendance à associer cet environnement avec une activité d'éveil (éveils nocturnes prolongés, utilisation du smartphone, lecture, télévision, etc.). La consigne principale du contrôle du stimulus est d'utiliser le lit uniquement pour une activité de sommeil, à l'exception de l'activité sexuelle. De plus, il est demandé aux patients de quitter la chambre en cas d'éveils nocturnes prolongés (supérieurs à un quart d'heure), de réaliser une activité relaxante dans une autre pièce avant de retourner se coucher.

La thérapie cognitive est un pilier essentiel de la prise en charge de l'insomnie. Les patients insomniaques souffrent généralement d'inquiétudes et d'appréhensions concernant leur sommeil. Ces appréhensions entraînent un hyperéveil nocturne qui alimente les difficultés à trouver le sommeil. Ces patients présentent par ailleurs des croyances et des attentes irréalistes envers le sommeil. Le rôle du thérapeute consiste à les identifier et effectuer un travail de restructuration cognitive. Ce travail de modification des schémas de pensées permet de réduire le stress et l'anxiété, facilitant ainsi l'accès au sommeil.

L'intention paradoxale est un outil utile pour les patients insomniaques qui se focalisent de manière démesurée sur le sommeil. L'effort d'endormissement entraîne un état d'alerte qui alimente l'insomnie. L'intention paradoxale vise à défocaliser ces patients de cet objectif de trouver le sommeil. Il leur est demandé de rester allongés dans le lit, de garder les yeux fermés et d'essayer de ne pas dormir, ce qui réduit le niveau d'alerte et facilite l'endormissement.

L'entraînement à la relaxation musculaire progressive fait partie intégrante de la TCC-i. Les patients insomniaques souffrent généralement d'un hyperéveil vespéral et nocturne qui se manifeste par exemple par une activité de haute fréquence sur l'électroencéphalogramme, des sécrétions hormonales anormales (production excessive de cortisol par exemple) et une activation importante du système nerveux sympathique. L'objectif est d'apprendre au patient à se relaxer avant la mise au lit afin de faciliter la transition entre l'état de veille et de sommeil.

Le travail sur l'hygiène du sommeil consiste à repérer les comportements ainsi que les facteurs environnementaux susceptibles de nuire à la qualité du sommeil, et d'adopter les bonnes pratiques en matière de sommeil afin de promouvoir un sommeil de qualité (tableau 3).

Hygiène du sommeil : quelques recommandations

Optimiser les conditions de sommeil : environnement calme, lumière occultée et température optimale, ventilation de la chambre ;

Éviter la consommation de nourriture ou boissons stimulantes à partir de 16 h (café, thé, soda caféiné, chocolat, etc.) ;

Éviter la prise de nicotine en particulier avant l'heure du coucher et durant la période de sommeil ;

Éviter la consommation d'alcool le soir ;

Éviter de regarder l'heure pendant la nuit ;

Pratiquer une activité physique régulière, et éviter l'activité physique intense proche de l'heure du coucher ;

Utiliser une routine d'endormissement.

Tableau 3. Le sommeil peut être impacté par différents facteurs tels que la prise de substances, le style de vie et l'environnement. L'éducation vise à informer comment ces facteurs impactent le sommeil et quelles sont les mesures saines favorables à un bon sommeil. Une bonne hygiène de sommeil est essentielle à la prévention du développement de troubles du sommeil et constitue un socle sur lequel s'appuie une prise en charge plus large.

La TCC-i fait parfois appel à d'autres outils plus spécifiques tels que les techniques de suppression articulaire qui consistent par exemple à prononcer un mot de manière répétée afin de lutter contre les ruminations mentales et pensées intrusives, et la visualisation et l'imagerie mentale qui consistent généralement à se représenter mentalement une situation agréable permettant de réduire le stress et l'anxiété.

La TCC-i représenterait une opportunité idéale pour le sevrage médicamenteux [par exemple en benzodiazépines (BZD)]. Un essai clinique randomisé réalisé par Morin et al.¹⁰ a comparé l'efficacité de 3 interventions (schéma progressif de sevrage, TCC-i seule et schéma progressif de sevrage + TCC-i) sur l'utilisation à long terme des BZD. Les résultats ont montré une plus grande proportion d'individus sevrés des BZD lorsque le schéma progressif de sevrage était réalisé conjointement à la TCC-i (85 %) en comparaison au schéma progressif seul (48 %) ou à la TCC-i seule (54 %). La TCC-i comporte généralement 6 à 8 séances, est dépourvue d'effet secondaire et peut être appliquée à nouveau par les patients au cours du temps.

Quelles sont les alternatives non médicamenteuses ?¹¹

Le rythme veille/sommeil est un des rythmes circadiens modulé par l'horloge biologique localisée dans le noyau suprachiasmatique (NSC). Ce noyau réagit aux conditions extérieures et dirige différents rythmes physiologiques. Il reçoit une innervation directe venant de la rétine, permettant une

synchronisation du rythme de cette horloge sur les 24 heures de rotation terrestre dans des conditions normales. Certaines personnes peuvent avoir des cycles plus longs ou plus courts, génétiquement ou sous l'influence de facteurs externes.

Les synchronisateurs de la veille/sommeil

LA MÉLATONINE

La mélatonine endogène est sécrétée de manière pulsatile par la glande pinéale selon un rythme circadien sous l'influence de l'exposition lumineuse. Elle aide à la transition de l'éveil vers le sommeil comme un signal physiologique annonçant la nuit. Dès lors, elle est utilisée dans l'insomnie quand celle-ci est associée à un désordre circadien : la mélatonine inhiberait les neurones du NSC favorisant l'éveil et serait capable, selon les moments de sa prise, d'avancer ou de reculer la survenue du sommeil. Par contre, en raison d'hétérogénéités méthodologiques dans les études (dose et type de mélatonine, moment de la prise...), il y a peu d'évidence pour son utilisation dans l'insomnie.

LA LUMINOTHÉRAPIE

Il s'agit d'une approche non médicamenteuse où l'on expose la rétine à une source lumineuse vive (10 000 lux durant au moins 30 minutes dans une faible longueur d'onde – lumière bleue). La lumière joue un rôle de synchronisateur : l'exposition le soir permet de retarder la survenue du sommeil alors que l'exposition très tôt le matin avance l'apparition du sommeil. Cette approche a été utilisée chez les patients présentant une altération centrale du rythme circadien c'est-à-dire lorsqu'il y a une perturbation de l'horloge biologique, occasionnant des rythmes anarchiques de veille et de sommeil.

L'utilisation de la luminothérapie dans l'insomnie a un faible niveau d'évidence sauf en cas de présence d'une altération du rythme circadien chez certains patients insomniaques. Il y a peu de données scientifiques sur les effets à long terme. La luminothérapie peut être associée à la prise de mélatonine afin d'en renforcer les effets, en particulier après l'âge de 55 ans, où la sécrétion endogène est moindre.

LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

L'exercice physique est considéré comme synchronisateur non photique du rythme circadien endogène. Plusieurs études ont exploré la place d'une activité physique d'intensité modérée hebdomadaire dans l'insomnie chronique. Une amélioration subjective de la qualité du sommeil, de l'humeur et de la qualité de vie est présente dans les groupes physiquement actifs adultes et chez le sujet âgé.¹² Il est néanmoins conseillé d'éviter l'activité physique intense proche de l'heure du coucher afin d'éviter de favoriser l'activation physiologique. Une augmentation de l'activation physiologique vespérale est en effet susceptible d'altérer la qualité du sommeil.

Les approches complémentaires et médecines alternatives

La sophrologie, la méditation en pleine conscience, l'acupuncture, l'aromathérapie, la musicothérapie, la réflexologie, le Tai Chi et le yoga sont parmi les approches suggérées dans la prise en charge de l'insomnie. Du fait de problèmes de qualité méthodologique des études sur leurs effets dans l'insomnie, isolément ou en combinaison, le niveau d'évidence est difficilement évaluable et souvent relaté comme faible. Néanmoins, ces approches présentent peu de complications et, pour certaines comme le Tai Chi et le yoga, vont promouvoir des habitudes de vie favorables à l'amélioration de la qualité du sommeil et des symptômes diurnes.

Les techniques de neurostimulation

L'efficacité des outils de neurostimulation est déjà reconnue pour le traitement de nombreux troubles neuropsychiatriques (dépression, syndrome de stress post-traumatique, etc.) et sont considérés comme prometteurs dans l'insomnie. Ils entraînent une amélioration significative de la qualité subjective du sommeil, alors que leur efficacité sur les mesures objectives du sommeil sont plus contradictoires.¹³ Ces outils offrent la possibilité de moduler l'activité neuronale dans des régions cérébrales localisées à la surface du cortex et pourraient être complémentaires à la TCC-i, en particulier chez les patients insomniaques courts dormeurs ou chez ceux qui ne répondent pas favorablement à la TCCi.

Quels sont les enjeux de la prise en charge de l'insomnie sur la santé ?

Plusieurs méta-analyses révèlent que l'insomnie est un facteur de risque significatif de maladies telles que l'hypertension, l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque chronique.⁷

Éviter la prise de substances pharmacologiques ayant des effets secondaires telles que les BZD. Leur prise chronique est associée à de nombreux effets secondaires dont fatigue et somnolence, altération de la capacité de conduite d'un véhicule, avec un risque accru d'accidents de roulage, de chutes et de fractures chez les personnes âgées. Par leur effet myorelaxant et l'élévation des seuils d'éveil, la dépression du centre respiratoire, les BZD peuvent avoir un impact négatif sur les troubles respiratoires du sommeil. Un traitement durant 2 à 3 mois ou plus par BZD et à des doses croissantes est à éviter. Considérés comme relativement sûrs en cas de prise durant une période de 2 à 4 semaines, la dépendance apparaît après une période d'un mois.¹³



L'insomnie peut jouer un rôle dans le développement d'autres maladies telles que les maladies neurodégénératives. Les patients souffrant d'insomnie ont un risque accru de développer un épisode dépressif majeur, des idées suicidaires, suicide (ou tentatives). Les coûts directs (consultation, traitement) et indirects (absentéisme ou retraite anticipée, accidents professionnels et lors de la conduite) liés à l'insomnie ont fait l'objet d'études à grande échelle de bonne qualité soulignant leur coût important en termes de santé publique.¹⁴

Conclusion

L'insomnie chronique est une maladie fréquente et hétérogène qui constitue un problème majeur de santé publique. La TCC-i est considérée comme le traitement de première intention de l'insomnie : il s'agit d'un ensemble de techniques et de stratégies comportementales, cognitives et psycho-éducatives. Son efficacité est reconnue sur le plan scientifique et est supérieure aux traitements médicamenteux sur le long cours.

Bibliographie

1. Thorpy M. The international classification of sleep disorders – Third Edition (ICSD-3) American Academy of Sleep Medicine. 2014, AASM, Darien.
2. Wittchen HU, Krause P, Höfler M et al. NISAS-2000: nationwide insomnia screening and awareness study. Prevalence and interventions in primary care. *Fortschr. Med. Orig.* 2001, 119: 9-19.
3. Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Med.*, 2014, 15: 173-179. doi: 10.1016/j.sleep.2013.10.009.
4. Bjorvatn B, Mjeland E, Flo E, Mildestvedt T. High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. *Fam.Pract.*, 2017, 34: 20-24. doi: 10.1093/fampra/cmw107.
5. Pallesen S, Nordhus IH, Nielsen GH, Havik OE, Kvale G, Johnsen BH et al. Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. *Sleep*, 2001, 24: 771-779.
6. Bódizs R. Theories on the functions of sleep. In: Bassetti C, McNicholas W, Paunio T, Peigneux P. *Sleep Medicine Textbook second edition.* 2021 p. 41-55.
7. Riemann D., Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017 26 (6): 675-700. doi: 10.1111/jsr.12594
8. Paunio T. Insomnia. Comorbidities and special populations. In: Bassetti C, McNicholas W, Paunio T, Peigneux P. *Sleep Medicine Textbook second edition* 2021 p. 253-260.
9. Irwin M. R., Cole, J. C. and Nicassio, P. M. Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychol.*, 2006, 25: 3-14. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.3.
10. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallières A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 332-42. doi: 10.1176/appi.ajp.161.2.332.
11. Baglioni C. Insomnia. Evidence-based efficacy of alternative interventions. In: Bassetti C, McNicholas W, Paunio T, Peigneux P. *Sleep Medicine Textbook second edition* 2021. p. 287-295.
12. Driver HS, Taylor SR. Exercise and sleep. *Sleep Medicine Reviews.* 2000. 4, 387-402. doi: 10.1053/smr.2000.0110.
13. Dondé C, Brunelin J, Micoulaud-Franchi J-A, Maruani J, Lejoyeux M, Polosan M et al. The Effects of Transcranial Electrical Stimulation of the Brain on Sleep: A Systematic Review. *Front. Psychiatry* 2021, 12: 646569. doi: 10.3389/fpsy.2021.646569.
14. Soyka M. Treatment of benzodiazepine dependence. *N Engl J Med* 2017; 376: 1147-1157. doi: 10.1056/NEJMr1611832.
15. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS et al. Grand challenges in global mental health. *Nature* 2011, 475: 27-30. doi: 10.1038/475027a

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Dans l'insomnie primaire, aucune substance à effet sédatif n'est recommandée pour un traitement au long cours.
2. Depuis 2006, la TCC-i est considérée comme le traitement de première intention par la Société Européenne de Recherche sur le Sommeil.
3. La consigne principale du contrôle du stimulus est d'utiliser le lit uniquement pour une activité de sommeil, à l'exception de l'activité sexuelle.
4. La TCC-i représenterait une opportunité idéale pour le sevrage médicamenteux [par exemple en benzodiazépines (BZD)].

La Rédaction