

Difficulté à dormir : faut-il passer moins de temps au lit?

G. Michael Allan MD CCFP Adrienne J. Lindblad ACPR PharmD Jobin Varughese MD CMD CCFP(COE)

Question clinique

La restriction du sommeil peut-elle améliorer les résultats dans les cas d'insomnie primaire (non liée à d'autres affections)?

Conclusion

La restriction du sommeil raccourcit de 12 minutes le délai avant de s'endormir et de 5 à 10% le temps passé au lit à dormir. La restriction du sommeil améliore le sommeil chez 1 patient sur 2 à 6 comparative-ment aux conseils sur l'hygiène du sommeil seulement.

Données probantes

- Sept essais randomisés contrôlés¹⁻⁷ comptant 20 à 179 patients (35% de sexe masculin, âge moyen : 62 ans) et un suivi de 4 à 24 semaines ont principalement comparé la restriction du sommeil aux conseils sur l'hygiène du sommeil^{2-4,6,7}; les résultats étaient pour la plupart déclarés par les patients.
 - Dans 4 études, la restriction du sommeil a significativement amélioré l'efficacité du sommeil (temps au lit à dormir) sur le plan statistique par rapport aux témoins (79 à 87% sous restriction du sommeil c. 68 à 79% chez les témoins).
 - Dans 3 études, la restriction du sommeil a significativement réduit la latence du sommeil (temps nécessaire pour s'endormir) sur le plan statistique, soit de 6 à 19 minutes par rapport aux témoins.
 - Autres résultats :
 - Le temps passé à dormir n'était pas statistiquement différent de celui des témoins^{1,2,4}, mais il était légèrement plus court sous la restriction du sommeil, à 8 semaines⁷.
 - Les concepts de réponse, de rémission et d'amélioration étaient définis de manière variable^{1-3,6}; le nombre de patients à traiter (NPT)=2 pour toute amélioration⁶ à NPT=6 pour la rémission¹.
 - Dans l'ensemble, 53% des patients sous restriction du sommeil ont pu arrêter de prendre des hypnotiques par rapport à 15% des témoins (NPT=3)⁴.

—Aucun événement indésirable n'a été rapporté, et les bienfaits ont persisté pendant 6 à 12 mois^{1,2,4}.

- Dans le meilleur essai randomisé contrôlé ayant porté sur des patients en soins de première ligne, la totalité des 97 patients ont reçu des conseils sur l'hygiène du sommeil et la moitié ont été randomisés à la restriction du sommeil². Au suivi, les omnipraticiens ont administré la restriction du sommeil, qui incluait une ordonnance de sommeil (par la suite, la restriction du sommeil était auto-administrée). Les résultats étaient comparables aux résultats ci-dessus, en plus de ceci :
 - Les scores de qualité du sommeil (0 à 21, moyenne de 10,4) se sont améliorés sous la restriction du sommeil (3,9 c. 2,2; différence pertinente sur le plan clinique=3); les scores de fatigue se sont améliorés de 18% par rapport aux témoins; et des accidents sont survenus chez 14% des patients sous restriction du sommeil par rapport à 29% des témoins (non statistiquement différent).
 - Les problèmes étaient les suivants : puissance insuffisante des études³⁻⁷, analyse de nombreux paramètres d'évaluation^{1,2,4-7} et déséquilibre des caractéristiques initiales^{1,6,7}.

Contexte

- Les résultats rapportés par les patients sont pires que les résultats obtenus par actigraphie^{1,2}.
- La thérapie cognitivo-comportementale est très efficace contre l'insomnie (p. ex. elle améliore de 10% l'efficacité du sommeil⁸, alors que les médicaments « Z » améliorent d'environ 5% l'efficacité du sommeil⁹).

Mise en pratique

La restriction du sommeil condense le temps passé au lit en temps habituellement passé à dormir¹⁰. Si un patient dort habituellement 6 heures, ajouter 0,5 heure (pour le temps non endormi) afin d'obtenir 6,5 heure-sau lit. Pour un réveil à 6 h, le patient se met donc au lit à 23 h 30¹⁰. Ne pas condenser à moins de 5,5 heures. L'heure d'aller au lit est progressivement avancée jusqu'à ce que le patient dorme bien et se sente reposé. Initialement, les patients pourraient se sentir plus fatigués durant la journée. Il faut éviter de faire la sieste. Cette méthode a été étudiée en soins de première ligne et semble au moins aussi efficace que les médicaments, sans préoccupations d'innocuité à long terme^{1,9}. De la documentation est disponible à l'intention des patients¹⁰ et des praticiens¹¹.



Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifié Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the August 2017 issue on page 613.

Le **D^r Allan** est professeur et directeur de la médecine factuelle au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. La **M^{me} Lindblad** est coordonnatrice du transfert des connaissances et des données probantes au Collège des médecins de famille de l'Alberta, à Edmonton. Le **D^r Varughese** est professeur clinique adjoint et directeur du centre de médecine familiale à l'Université McMaster à Hamilton, en Ontario, et pratique avec l'équipe de santé familiale Queen Square Family Health Team à Brampton, en Ontario.

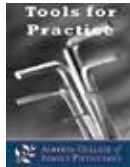
Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Les opinions exprimées dans Outils pour la pratique sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et les politiques du Collège des médecins de famille de l'Alberta

Références

1. Epstein DR, Sidani S, Bootzin RR, Belyea MJ. Dismantling multicomponent behavioral treatment for insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *Sleep* 2012;35(6):797-805.
2. Falloon K, Elley CR, Fernando A 3rd, Lee AC, Arroll B. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2015;65(637):e508-15.
3. Fernando A 3rd, Arroll B, Falloon K. A double-blind randomised controlled study of a brief intervention of bedtime restriction for adult patients with primary insomnia. *J Prim Health Care* 2013;5(1):5-10.
4. Taylor DJ, Schmidt-Nowara W, Jessop CA, Ahearn J. Sleep restriction therapy and hypnotic withdrawal versus sleep hygiene education in hypnotic using patients with insomnia. *J Clin Sleep Med* 2010;6(2):169-75.
5. Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, Lester KW, Aguillard RN. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(2):227-39.
6. Edinger JD, Sampson WS. A primary care "friendly" cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep* 2003;26(2):177-82.
7. Friedman L, Benson K, Noda A, Zarcone V, Wicks DA, O'Connell K, et coll. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000;13(1):17-27.
8. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunnington D. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2015;163(3):191-204.
9. Lindblad A, Allan GM. *Z-drugs for sleep: should we "catch some Z's?"* Edmonton, AB: Tools for Practice; 2014.
10. Kaiser Permanente. *Sleep restriction therapy*. San Jose, CA: Kaiser Permanente Thrive.
11. Drug and Alcohol Services South Australia. *Insomnia management kit. Bedtime restriction therapy*. Parkside, Aust: Government of South Australia; 2014.



Les articles d'Outils pour la pratique dans *Le Médecin de famille canadien (MFC)* sont une adaptation d'articles publiés dans le site web du Collège des médecins de famille de l'Alberta (CMFA) qui résume les données médicales probantes en insistant sur des questions particulières et des renseignements susceptibles de modifier la pratique. Les résumés du CMFA et la série dans le *MFC* sont coordonnés par D^r G. Michael Allan, et les résumés sont rédigés conjointement par au moins 1 médecin de famille en pratique active et ils font l'objet d'une révision par des pairs. Vous êtes invités à faire part de vos commentaires à toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles archivés sont accessibles sur le site web du CMFA: www.acfp.ca.
