

L'insomnie :

comment aider vos patients à mieux dormir sans médicament?

Un de vos patients vous consulte parce qu'il n'arrive pas à trouver le sommeil. Votre premier réflexe est de lui prescrire un médicament, mais il préfère ne pas y avoir recours. Que faites-vous pour l'aider?



Par Adrienne Gaudet, M.D., Pierre Savard, M.D., et Pascale Brillon, Ph.D.



La **D^{re} Gaudet** est professeure chargée d'enseignement, Université de Montréal, et psychiatre, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal.



Le **Dr Savard** est professeur adjoint, Université de Montréal, et psychiatre et directeur, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal.



La **D^{re} Brillon** est psychologue-chercheuse, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal, et co-directrice, Laboratoire d'étude du trauma, Université du Québec à Montréal.

Le cas de monsieur Sansommeil

Vous recevez dans votre cabinet M. Sansommeil. Il est âgé de 40 ans, est chef d'entreprise et vient d'être muté dans votre région. Monsieur vous explique que depuis de nombreuses années, il accuse des difficultés de sommeil qui ont débuté lors de la naissance de son premier fils et qui se sont

En bref : L'insomnie

- Le premier réflexe est souvent celui de prescrire un médicament. Cette solution est peu optimale pour un problème d'insomnie chronique.
- Pour parler d'insomnie, il faut une plainte subjective de difficulté à initier ou à maintenir le sommeil.
- Les facteurs de risque pour l'insomnie sont, entre autres :
 - le vieillissement
 - le sexe féminin
 - la présence de maladie psychiatrique
 - la présence d'un état médical
 - l'abus de substances
- Pour régler le problème, il faut :
 - faire une évaluation de la situation
 - changer les mauvaises habitudes de sommeil
 - envisager l'insomnie autrement
 - apprendre des méthodes pour gérer le stress quotidien
 - adopter une bonne hygiène de sommeil
 - briser l'habitude de prendre des médicaments pour dormir
 - ne pas se décourager lors de difficultés

accentuées avec les années et les responsabilités accrues à la maison et au travail. Monsieur vient vous consulter en vous demandant une « pilule » pour l'aider à dormir. Il vous explique qu'il doit absolument retrouver son « 8 heures » de sommeil sinon il « ne pourra plus fonctionner ». Vous interrogez votre patient qui ne vous paraît ni déprimé ni souffrir d'une maladie qui pourrait causer l'insomnie. Malgré le fait qu'il ait essayé plusieurs médicaments sans succès dans le passé, il espère que vous aurez enfin le bon remède... Que faites-vous ?

L'insomnie constitue la difficulté à initier ou à maintenir le sommeil.^{1,2} Les difficultés d'insomnie, et les troubles du sommeil de façon plus large, ont un impact sur la performance au travail, le bien-être psychologique, la

qualité de vie et la santé physique. Par ailleurs, les troubles du sommeil engendrent des coûts importants, allant des dépenses directes liées aux visites médicales et aux prescriptions de médicaments, aux coûts indirects liés aux congés de maladie, à la baisse de productivité au travail ainsi qu'aux accidents industriels et de véhicule motorisé.²

L'insomnie compte parmi les problèmes les plus fréquemment soumis aux médecins. Devant cette plainte, on se sent fréquemment interpellé à trouver une solution immédiate. Dans ce contexte, le premier réflexe est souvent celui de prescrire un médicament. Cette solution est peu optimale pour un problème d'insomnie chronique. Même un hypnotique plus récent comme la zopiclone, qui ne semble pas causer de phénomène de tolérance, de dépendance ou de difficultés au niveau de la mémoire est un traitement recommandé pour l'insomnie transitoire et à court terme.³

À ce sujet, il existe des traitements non-pharmacologiques pour traiter l'insomnie qui ont l'avantage de ne pas provoquer d'effets indésirables à long terme, de problème de dépendance, de tolérance ou de sevrage, et dont les gains sont susceptibles d'être à long terme.⁴⁻⁷ Les principes de base de ce traitement non-pharmacologique sont utiles à tout clinicien et devraient être pris en considération au lieu, ou à tout le moins avant, de prescrire un hypnotique.

Dans cet article, nous allons nous pencher sur le traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie en espérant que ceci offrira au clinicien des solutions thérapeutiques préférables à la prescription de médicaments.

Quelques rappels de la physiologie du sommeil...

Le sommeil est constitué de deux types de sommeil, le sommeil paradoxal ou REM (*Rapid Eye Movement*) et le sommeil à ondes lentes ou NREM (*Non Rapid Eye Movement*). Le sommeil paradoxal correspond à une phase où l'activité cérébrale et les fonctions physiologiques

ressemblent à celles de l'état d'éveil sauf qu'en raison d'une inhibition motrice, il est impossible de bouger le corps. Une électroencéphalographie effectuée lors de ce stade ressemblera à une électroencéphalographie d'éveil. Le sommeil à ondes lentes, pour sa part, comprend 4 stades qui évoluent d'un sommeil léger (stade 1) vers un sommeil de plus en plus profond (stades 3 et 4). Les stades du sommeil à ondes lentes correspondent à une diminution de la plupart des fonctions physiologiques qui sont associées à l'éveil.^{1,2}

Au cours d'une nuit de sommeil, les cycles de sommeil paradoxal et de sommeil à ondes lentes (stade 1 à 4) évoluent de la façon suivante : les stades de sommeil léger progressent vers les stades de sommeil plus profond et le sommeil à ondes lentes, plus prédominant au début de la nuit de sommeil, fait place à des périodes plus fréquentes et plus longues de sommeil paradoxal



vers la fin de la nuit. L'évolution des divers stades du sommeil peut varier selon l'âge (le nouveau-né passe 50 % de la période de sommeil en sommeil paradoxal; le jeune adulte âgé de 25 ans passe 25 % de la période de sommeil en sommeil paradoxal), mais peut aussi varier selon la présence d'une maladie (une diminution de la période de latence pour l'apparition du premier épisode de sommeil paradoxal est notée chez les patients souffrant de narcolepsie).^{1,2}

Un seul type de sommeil spécifique n'est pas à lui seul essentiel : tous les stades du sommeil ont leur importance. De là une des difficultés courantes avec plusieurs médicaments psychotropes qui troublent souvent la structure du sommeil (antidépresseurs, benzodiazépines).^{1,2,4}

Tableau 1

La classification des troubles du sommeil

Dyssomnies

- Insomnie primaire
- Hypersomnie primaire
- Narcolepsie
- Trouble du sommeil relié à la respiration (apnée du sommeil)
- Trouble du rythme circadien (délai de phase du sommeil, décalage horaire, travail posté)
- Dyssomnie non spécifiée (« syndrome des jambes sans repos »)

Parasomnies

- Cauchemars
- Terreurs nocturnes
- Somnambulisme
- Parasomnie non spécifiée (bruxisme, somniloquisme)

Troubles du sommeil reliés à un trouble psychiatrique (peut donner de l'insomnie, de l'hypersomnie, etc.)

- Dépression
- Anxiété
- Maladie bipolaire

Troubles du sommeil reliés à un trouble médical général (peut donner de l'insomnie, de l'hypersomnie, etc.)

- Problèmes cardiovasculaires
- Problèmes gastro-intestinaux (reflux gastro-œsophagien)

Troubles du sommeil liés à une substance (peut donner de l'insomnie, de l'hypersomnie, etc.)

- Médicaments (benzodiazépines, psychostimulants)
- Drogues
- Alcool

Adapté de : Kaplan, HI, Sadock, BJ : *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Huitième édition, Williams and Wilkins, Baltimore, 1998.

Tableau 2

Les causes de l'insomnie

Une évaluation détaillée est nécessaire afin de préciser la cause de l'insomnie. Souvent, l'insomnie est le résultat de plusieurs facteurs qui interagissent ensemble :

Troubles psychiatriques

- Stresseurs
- Troubles anxieux : trouble d'anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique, trouble de stress post-traumatique
- Trouble affectif : dépression majeure, trouble bipolaire
- Trouble psychotique

Affections médicales générales

- Toute affection médicale qui donne lieu à de la douleur
- Maladies endocriniennes (problèmes thyroïdiens)
- Maladies cardiaques (insuffisance cardiaque)
- Maladies pulmonaires (emphysème)
- Maladies gastro-intestinales (reflux gastro-œsophagien)

Médicaments

- Bêta-bloqueurs
- Clonidine
- Antidépresseurs, etc.

Substances

- Caféine
- Alcool
- Drogues

Causes environnementales

- Bruit, lumière, ronflements du conjoint, etc.

Autres causes

- Apnée du sommeil, « syndrome des jambes sans repos », etc.

Adapté de : Kaplan, HI, Sadock, BJ : *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Huitième édition, Williams and Wilkins, Baltimore, 1998; Morin, CM : *Vaincre les ennemis du sommeil*. Les Éditions de l'Homme, 1997; Perlis, ML, Youngstedt, SD : The Diagnosis of Primary Insomnia and Treatment Alternatives. *CompTher* 26(4):298, 2000.

Qu'est-ce que l'insomnie?

L'insomnie s'inscrit dans la grande famille des troubles du sommeil (tableau 1). Pour parler d'insomnie, il faut une plainte subjective de difficulté à initier ou à maintenir le sommeil.^{1,2,4} On considère qu'il y a un problème si le temps requis pour s'endormir ou le temps passé éveillé après le début du sommeil est supérieur à 30 minutes; que la durée totale de sommeil est inférieure à 6,5 heures ou que l'efficacité du sommeil (ratio entre le temps passé endormi, divisé par le temps passé au lit, multiplié par 100) est inférieure à 85 %. Ces difficultés à dormir devraient être présentes trois nuits ou plus par semaine et d'une durée supérieure à un mois. Ces difficultés du sommeil devraient causer une détresse psychologique ou des difficultés au niveau du fonctionnement social, familial ou occupationnel.²

Cette définition de l'insomnie nous permet de voir que le « sommeil normal » n'est pas forcément un sommeil où le patient dort dès que sa tête touche l'oreiller, ou pendant lequel il ne se réveille pas durant la nuit ou encore qu'il dort ses « huit heures de sommeil ». Il faut donc d'abord préciser avec le patient s'il existe réellement un problème d'insomnie ou si le patient a plutôt des idées préconçues à l'égard d'une bonne nuit de sommeil.

Les facteurs de risque de l'insomnie

Les facteurs de risque pour l'insomnie sont, entre autres, le vieillissement, le sexe féminin, la présence de maladie psychiatrique, la présence d'un état médical ou encore l'abus de substances. L'insomnie, qui peut être transitoire ou chronique, est de loin la plainte la plus fréquente au niveau des difficultés du sommeil.^{1,2,4}

Les causes de l'insomnie

L'insomnie peut être primaire, c'est à dire qu'elle ne semble pas liée à un trouble psychiatrique, médical ou à la prise d'une substance ou d'un médicament. Par contre, elle peut être aussi secondaire à une des causes

Les 7 étapes pour une bonne nuit de sommeil

Étape 1 : Commencer par le commencement

- Auto-évaluation
- Établir des objectifs réalistes

Étape 2 : Changer les mauvaises habitudes de sommeil

- Maintenir un rythme d'éveil et de sommeil régulier
- Éliminer les activités incompatibles avec le sommeil
- Réduire le temps passé au lit

Étape 3 : Envisager l'insomnie autrement

- Réviser les fausses croyances et attitudes concernant le sommeil
- Attentes irréalistes, fausses attributions

Étape 4 : Composer avec le stress quotidien

- Apprendre à relaxer votre esprit et votre corps
- Changer les situations stressantes

Étape 5 : Une bonne hygiène du sommeil

- Caféine, nicotine, alcool, exercice
- Votre chambre à coucher : lumière, bruit, température de la pièce

Étape 6 : Briser l'habitude de prendre des médicaments pour dormir

Étape 7 : Maintenir les acquis

Tiré de : Morin, CM : *Vaincre les ennemis du sommeil*. Éditions de l'Homme, 1997. Avec permission de l'auteur.

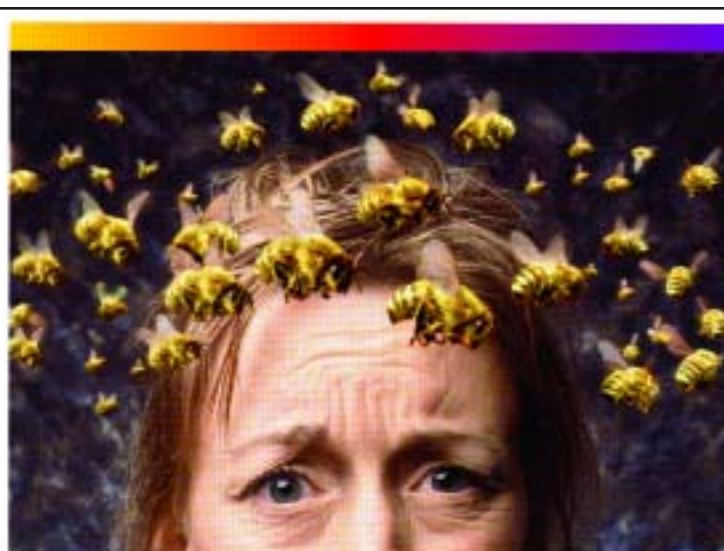
mentionnées dans le tableau 2. Il est important d'évaluer et de traiter toute cause sous-jacente à l'insomnie secondaire (dépression, douleur chronique, alcool).

Il est possible que les difficultés de sommeil persistent même si on traite la cause sous-jacente. Qu'il y ait eu déclencheur évident ou non, on note alors un cercle vicieux d'insomnie qui s'installe et le patient crée des réactions conditionnées qui sont incompatibles avec le sommeil (anxiété de performance à l'égard d'une « bonne nuit de sommeil »). Pour briser ce cercle vicieux, il faut modifier la façon de penser (cognitif : croyances, atti-

tudes) et le fonctionnement de la personne (comportemental : habitudes).²

Comment aider le patient à mieux dormir?

L'approche de la gestion d'un problème d'insomnie requiert une bonne motivation de la part du patient. Dans la section suivante, il ne s'agit pas de détailler un protocole de thérapie pour le problème d'insomnie, mais plutôt de mettre le clinicien sur la piste d'outils autres que la médication pour le traitement de l'insomnie. Il est évident que le clinicien n'a pas toujours le temps d'effectuer un traitement à cet effet tel que le ferait une clinique spécialisée du sommeil, mais des recommandations de base peuvent constituer un point de départ intéressant de première ligne pour les patients motivés.⁷



LE DÉSIR D'EN SAVOIR PLUS
EST-IL UNE SOURCE
D'ANXIÉTÉ ?

Consultez notre annonce dans ce numéro.

UNE DOSE PAR JOUR
EFFEXOR XR
Effexor XR est un médicament. Consultez votre médecin avant de l'utiliser.

Monographie sur demande.

Logo of the publisher or distributor, featuring the letters 'P' and 'D' in a stylized font.

Huit stratégies efficaces pour vaincre l'insomnie

1. Réservez au moins une heure pour vous détendre avant l'heure du coucher.
2. Développez un rituel avant d'aller au lit.
3. Allez au lit uniquement lorsque vous vous sentez somnolent.
4. Si vous êtes incapable de dormir, sortez du lit et quittez la chambre à coucher.
5. Levez-vous toujours à la même heure le matin.
6. Réservez votre lit uniquement au sommeil et aux activités sexuelles.
7. Ne faites pas de sieste durant la journée.
8. Limitez le temps que vous passez au lit à votre durée réelle de sommeil.

Tiré de : Morin, CM : *Vaincre les ennemis du sommeil*. Éditions de l'Homme, 1997. Avec permission de l'auteur.

À cet effet, nous vous proposons des recommandations tirées de l'ouvrage *Vaincre les ennemis du sommeil* du docteur Charles M. Morin, psychologue chercheur spécialisé au niveau du problème d'insomnie. Il détaille une approche systématique au problème d'insomnie. Nous allons décrire son programme en sept étapes permettant d'atteindre une bonne nuit de sommeil.

1. Dans un premier temps, on suggère de faire une évaluation de la situation, d'évaluer ses habitudes de sommeil, son horaire de sommeil et de se fixer des objectifs réalistes. Il est peu réaliste, par exemple, de passer d'un état de difficultés chroniques du sommeil qui perdure depuis des années à un état de sommeil sans problèmes en l'espace de quelques semaines. Il s'agit donc de promouvoir une attitude d'amélioration du sommeil plutôt que la perfection du sommeil.
2. Une étape charnière consiste à changer les mauvaises habitudes de sommeil. En effet, un problème d'insomnie chronique se crée souvent au fil des jours, des mois et des années. Un cercle vicieux peut donc s'installer progressivement. Par conditionnement, l'heure du coucher devient un moment anticipé anxieusement et non un moment de repos. Peu importe le point de départ de l'insomnie (maladie, douleur, stress), elle est

souvent maintenue par des facteurs psychologiques et comportementaux qui perdurent au-delà du déclencheur initial. C'est au niveau de ces facteurs psychologiques (cognitions) et comportementaux qu'il faut effectuer des modifications. Le docteur Morin propose huit recommandations comportementales pour vaincre l'insomnie.

D'abord, on suggère de réserver une heure pour la détente avant l'heure du coucher. Il s'agit alors de créer un rituel avant d'aller au lit. Ce rituel permet de se préparer au sommeil en faisant des activités qui lui sont associées telles que se mettre en pyjama, se brosser les dents, et faire des activités de détente comme la lecture ou l'écoute de musique. Ce n'est pas le temps, par exemple, de

lire un livre très stimulant, de regarder un film de suspense ou de réviser son état financier!

On suggère d'aller au lit que lorsqu'on est somnolent car cela augmente l'association lit-sommeil. Cela n'est pas le cas si on fait d'autres activités comme essayer de régler les problèmes du travail ou de couple! Ainsi, on recommande de réserver le lit uniquement au sommeil et aux activités sexuelles.

De plus, si le patient est incapable de dormir, on lui suggère de sortir du lit et de quitter la chambre à coucher. Le patient peut trouver cette étape difficile étant donné que le comportement habituel serait plutôt de rester au lit et d'attendre anxieusement ou avec colère que le sommeil le gagne.⁸ Il importe alors de souligner au patient que cette attitude ne fait qu'aggraver son problème.⁴ On recommande donc de limiter le temps passé au lit à la durée réelle de sommeil. En pratique, cela correspond à se lever du lit et à faire des activités tranquilles (lecture, écoute de musique, etc.) si le patient est incapable de s'endormir ou de se rendormir en 20 minutes ou moins. On suggère d'attendre que le sommeil soit imminent

et de retourner alors au lit. Surtout, ne pas s'endormir sur le divan!

Enfin, on recommande d'éviter de faire des siestes. De plus, il faut tenter de se lever toujours à la même heure le matin, même lors de vacances ou la fin de semaine. Cela facilite la stabilité d'un horaire de sommeil.

3. L'interprétation du patient de l'impact d'une mauvaise nuit de sommeil peut influencer sur ses émotions et alimenter le cercle vicieux de l'insomnie. Ainsi, il devient important d'envisager l'insomnie autrement. Dans cette étape, le patient est invité à remettre en question certaines croyances irrationnelles (qu'il faut 8 heures de sommeil à tout prix) et attitudes (dramatiser les conséquences d'une mauvaise nuit de sommeil).
4. Comme le stress peut contribuer à l'insomnie, le patient doit également apprendre des méthodes pour composer avec le stress quotidien. À ce sujet, il existe des techniques comportementales (relaxation, respiration profonde) ainsi que cognitives (modifier la façon de percevoir une situation, c'est-à-dire changer nos pensées, croyances et attributions par des exercices de restructuration cognitive). Enfin, il est important de bien gérer la situation stressante en développant des stratégies efficaces de résolution de problème, en établissant des priorités pour mieux gérer son temps et en développant un réseau social pour aider en cas de besoin. Toutes ces méthodes se pratiquent selon des étapes systématisées qui sont à la portée de plusieurs patients. Des lectures peuvent être suggérées au patient (voir lectures suggérées) ou vous pouvez référer le patient en thérapie cognitivo-comportementale.
5. Une autre étape importante et à la portée de tous est celle d'adopter une bonne hygiène de sommeil. Ainsi, le patient doit réduire sa con-

Directives pour une bonne nuit de sommeil

- La caféine est un stimulant et devrait être évitée quatre à six heures avant le coucher.
- La nicotine est un stimulant; évitez de fumer à l'heure du coucher et lorsque vous vous réveillez la nuit.
- L'alcool est un déprimeur; il peut aider à s'endormir, mais interrompt le sommeil plus tard dans la nuit.
- Une légère collation peut être bénéfique, mais ne prenez pas un repas copieux juste avant le coucher.
- L'exercice physique régulier peut approfondir le sommeil, mais évitez d'en faire peu avant l'heure du coucher puisque cela peut être stimulant.
- Gardez votre chambre à coucher ordonnée et propre; choisissez un matelas confortable.
- Évitez les températures extrêmes dans la chambre à coucher; maintenez une température modérée.
- Faites en sorte que votre chambre à coucher soit tranquille et obscure.

Tiré de : Morin, CM : *Vaincre les ennemis du sommeil*. Éditions de l'Homme, 1997. Avec permission de l'auteur.

VIOXX®

(rofécoxib)



VIOXX® est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) du groupe des coxibs indiqué pour le traitement des signes et des symptômes aigus et chroniques de l'arthrose, pour le soulagement de la douleur chez les adultes et pour le traitement de la dysménorrhée primaire.

Il faut tenir compte des mises en garde et des précautions générales concernant les AINS lorsqu'on prescrit VIOXX®. Renseignements d'ordonnances fournis sur demande.

© Marques déposées de Merck & Co., Inc., utilisées sous licence.

 **MERCK FROSST**
Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.

MERCK FROSST CANADA LTÉE
C.P. 1005, POINTE-CLAIRE
DORVAL (QUÉBEC) H9R 4P8

 CCPP

VOX-02-CDN-34410500-JA-F

L'insomnie

sommation de caféine, de nicotine et d'alcool, surtout près de l'heure du coucher; il peut être actif mais doit éviter de pratiquer un exercice physique intense à quelques heures du coucher. La chambre à coucher doit être également propice au sommeil (température confortable, tranquille, sombre).

6. Une étape difficile pour le patient et le médecin est celle de briser l'habitude de prendre des médicaments pour dormir. Il ne s'agit pas de dire que les médicaments ne sont pas utiles. Pour les insomnies aiguës et situationnelles, à court terme pour le décalage horaire ou une affection médicale, elles peuvent être tout à fait indiquées. Parfois, on peut penser à se servir de la médication pour briser le cercle vicieux et l'anxiété de performance liée à l'insomnie chronique en l'associant à une thérapie cognitive et comportementale. Par contre, il faut bien comprendre qu'avec les médicaments on se retrouve souvent vis-à-vis des problèmes de tolérance, de dépendance, de modification du stade du sommeil, d'effets indésirables diurnes et de l'insomnie rebond à l'arrêt du médicament.
7. Enfin, une dernière étape consiste à maintenir les acquis et donc à ne pas se décourager lors de difficultés ultérieures du sommeil. Il s'agit de remettre en place les diverses étapes discutées ci-dessus.

Et monsieur Sansommeil?

Vous discutez avec M. Sansommeil quant à son hygiène de sommeil pour vous rendre compte qu'il fait son jogging le soir et qu'il termine souvent ses dossiers au lit en buvant un « petit verre de gin » pour essayer de se détendre. S'il n'a pas de travail à terminer, il en profite pour discuter avec son épouse de leur situation financière et tenter de résoudre les problèmes familiaux. Vous suggérez au patient de réviser son hygiène de sommeil et vous faites des recommandations à cet égard. Le patient vous revient 2 mois plus tard en vous expliquant qu'il fait maintenant son jogging le midi, qu'il a cessé sa consommation d'alcool près de l'heure du coucher et qu'il réserve une heure avant de se coucher à des activités de détente. Il n'a pas encore son « 8 heures de sommeil » que lui répète sa mère depuis son enfance, mais il admet

qu'il a quand même un bon niveau d'énergie et une bonne performance au travail.

Conclusions

Le problème d'insomnie est une raison de consultation fréquente en clinique médicale. Il est important de se rappeler qu'il existe des avenues de traitement autres que la médication. Peu importe l'origine d'un problème d'insomnie, tout patient peut bénéficier d'une bonne révision de son hygiène de sommeil. Il s'agit de mettre l'accent sur la modification de certains comportements et sur la modification de certaines perceptions (cognitions) qu'on retrouve souvent dans l'insomnie. La médication devrait, dans la plupart des cas, être envisagée seulement après révision de ces points. *Clin*

Références

1. Kaplan, HI, Sadock, BJ : *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Huitième édition, Williams and Wilkins, Baltimore, 1998.
2. Morin, CM : *Vaincre les ennemis du sommeil*. Les Éditions de l'Homme, 1997.
3. Montplaisir, JY, Shapiro, CM, Fortin, M, et coll. : Consensus Report on the Use of Zopiclone versus Benzodiazepines in the Treatment of Insomnia. Subvention sans restrictions pour l'éducation par le groupe ICN Canada. Janvier 2001
4. Perlis, ML, Youngstedt, SD : The Diagnosis of Primary Insomnia and Treatment Alternatives. *Comp Ther* 26(4):298, 2000.
5. Edinger, JD, Wohlgemuth, WK, Radtke, RA, et coll. : Cognitive Behavioral Therapy for Treatment of Chronic Primary Insomnia: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 285(14):1856, 2001.
6. Espie, CA, Inglis, SJ, Harvey, L : Predicting Clinically Significant Response to Cognitive Behavior Therapy for Chronic Insomnia in General Medical Practice: Analyses of Outcome Data at 12 Months Posttreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(1):58, 2001.
7. Backhaus, J, Hohagen, F, Voderholzer, U, et coll. : Long-term Effectiveness of a Short-term Cognitive-behavioral Group Treatment for Primary Insomnia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 251:35, 2001.
8. Vincent, N, Lionberg, C : Treatment Preference and Patient Satisfaction in Chronic Insomnia. *SLEEP* 24(4):411, 2001.

Lectures suggérées

1. Morin, CM : *Vaincre les ennemis du sommeil*. Éditions de l'Homme, 1997.
2. Bouthillier, G, Savard, P, Brillon, P, Dugas, M : La thérapie cognitivo-comportementale : Première partie : trois outils pratiques à utiliser au bureau. *Le Clinicien* 16(8):95, 2001.
3. Bouthillier, G, Savard, P, Brillon, P, Dugas, M : La thérapie cognitivo-comportementale : Deuxième partie : l'exposition et la restructuration cognitive. *Le Clinicien* 16(9):103, 2001.