



Hypnote

COMPTES-RENDUS DU SOMMEIL

FICHE D'INFORMATION PATIENT · N° 07

Mieux dormir grâce à la *TCC de l'insomnie*

Comprendre, agir, retrouver des nuits réparatrices.

L'insomnie chronique se soigne. Et pour la majorité des personnes, elle se soigne **sans somnifères**. Cette fiche vous présente la thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie (TCC-I), le traitement de référence : comment elle fonctionne, sur quelles croyances et quelles habitudes elle agit, et ce que vous pouvez commencer dès cette semaine.

AU SOMMAIRE

- 01 Comprendre l'insomnie chronique
- 02 Qu'est-ce que la TCC de l'insomnie ?
- 03 Les croyances qui empêchent de dormir
- 04 Les habitudes qui entretiennent l'insomnie
- 05 Les outils que nous allons utiliser ensemble
- 06 Trois choses à mettre en place dès cette semaine
- 07 Auto-évaluation et agenda du sommeil
- 08 Questions fréquentes

CHAPITRE 01

Comprendre l'insomnie chronique

Une mauvaise nuit n'est pas une maladie. Une succession de mauvaises nuits, organisée autour de croyances et d'habitudes, en devient une.

Une définition claire

On parle d'**insomnie chronique** lorsque des difficultés à **s'endormir**, à **rester endormi(e)** ou des **réveils trop précoces** reviennent **au moins trois nuits par semaine, depuis plus de trois mois**, et qu'elles retentissent sur la journée : fatigue, irritabilité, baisse de concentration, baisse de moral, anxiété d'anticipation au moment du coucher.

Le sommeil cesse alors d'être ce qu'il devrait être — un état **passif et naturel**. Il devient un **objet de lutte** : on veut dormir, on cherche à dormir, on s'inquiète de ne pas dormir. Or, le sommeil est précisément ce que l'on ne peut pas atteindre en le forçant.

Le modèle en 3 P — pourquoi l'insomnie s'installe

La médecine du sommeil identifie trois familles de facteurs qui, ensemble, font basculer une mauvaise passe en insomnie chronique. C'est le **modèle 3 P** de Spielman :

Facteurs prédisposants

Ce qui rend une personne plus vulnérable à l'insomnie : tempérament anxieux, perfectionnisme, hypervigilance, antécédents familiaux, sensibilité au stress. **Ces facteurs ne se modifient pas** — on apprend à composer avec.

Facteurs précipitants

L'événement déclencheur d'un premier épisode : deuil, séparation, charge professionnelle, douleur, naissance d'un enfant, ménopause, hospitalisation, COVID. **Ces facteurs disparaissent souvent d'eux-mêmes** avec le temps.

Facteurs perpétuants

Les **croyances et habitudes** mises en place pour compenser — qui finissent par entretenir l'insomnie une fois le facteur déclenchant disparu. **C'est sur eux que la TCC-I agit, et c'est ce qui la rend si efficace.**

EN UN SCHÉMA

Le cercle vicieux

Une mauvaise nuit → on s'inquiète de la nuit suivante → on se couche plus tôt « pour avoir une chance » → on reste éveillé(e) au lit à ruminer → le lit devient associé au stress plutôt qu'au sommeil → on dort encore moins bien. **La TCC-I casse ce cercle**, point par point.

CHAPITRE 02

Qu'est-ce que la TCC de l'insomnie ?

*Une thérapie brève, structurée et efficace — recommandée en première intention par toutes les sociétés savantes, **avant les somnifères.***

Le principe

La **TCC-I** (thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie) ne « soigne » pas en endormant. Elle aide votre cerveau à **retrouver ses propres mécanismes de sommeil**, naturellement. Elle agit en parallèle sur deux versants :

- Le versant **cognitif** — identifier les croyances anxiogènes sur le sommeil, les confronter aux faits, et les remplacer par des pensées plus justes.
- Le versant **comportemental** — modifier les habitudes prises pour compenser, qui paradoxalement entretiennent l'insomnie.

Ce qu'elle apporte

- Une **amélioration durable** du sommeil chez 70 à 80 % des personnes qui suivent le programme complet.
- Des résultats au moins **équivalents aux somnifères** à court terme, et **nettement supérieurs** au-delà de quelques semaines.
- **Aucun effet secondaire**, aucune accoutumance, aucune interaction médicamenteuse.
- Une **autonomie retrouvée** : vous repartez avec des outils utilisables toute votre vie.

TCC-I et somnifères : ce qui les distingue

	TCC-I	Somnifères
Délai d'action	2 à 4 semaines	Immédiat (30 min)
Efficacité à 1 an	Maintenue	Souvent perdue
Accoutumance	Aucune	Dès 2 à 4 semaines
Effets indésirables	Aucun	Chutes, mémoire, dépendance
Autonomie	Acquise	Dépendance au traitement

Si vous prenez déjà des somnifères

Ne les arrêtez jamais brutalement : cela peut provoquer une insomnie de rebond, voire des symptômes de sevrage. La TCC-I peut être démarrée sous traitement, et le sevrage organisé **progressivement** par votre médecin une fois que les nouveaux outils sont en place.

CHAPITRE 03

Les croyances qui empêchent de dormir

Identifier ses propres croyances erronées est la première étape du traitement. L'anxiété qu'elles génèrent est très souvent ce qui empêche réellement de s'endormir.

CE QUE L'ON PENSE SOUVENT

« Il me faut absolument 8 heures de sommeil pour être en forme. »

CE QUE L'ON SAIT DU SOMMEIL

Le besoin de sommeil est **très variable** : 6 à 9 h selon les personnes, et il diminue naturellement avec l'âge. Ce qui compte, c'est la **forme du lendemain**, pas le chiffre sur l'horloge.

CE QUE L'ON PENSE SOUVENT

« Si je ne dors pas cette nuit, je serai incapable de fonctionner demain. »

CE QUE L'ON SAIT DU SOMMEIL

Le corps humain est **remarquablement résistant** à une nuit courte. La performance baisse, l'humeur aussi — mais vous resterez fonctionnel(le). C'est l'**anticipation** de la catastrophe qui fait le plus de mal.

CE QUE L'ON PENSE SOUVENT

« Mon cerveau ne s'arrête jamais quand je me couche. »

CE QUE L'ON SAIT DU SOMMEIL

Le cerveau ne « s'arrête » pas avant le sommeil : il se met en veille **progressivement**, à condition qu'on lui en laisse l'occasion. **Lutter pour ne plus penser** est contre-productif.

CE QUE L'ON PENSE SOUVENT

« J'ai perdu le contrôle de mon sommeil. »

CE QUE L'ON SAIT DU SOMMEIL

Le sommeil n'est **pas une fonction volontaire** comme le mouvement ou la parole. Vouloir le « contrôler » l'éloigne. La TCC-I apprend justement à **lâcher prise** de manière concrète.

<p>CE QUE L'ON PENSE SOUVENT</p> <p>« Une nuit blanche est dangereuse pour ma santé. »</p>	<p>CE QUE L'ON SAIT DU SOMMEIL</p> <p>Une nuit blanche occasionnelle n'a aucune conséquence durable. Les risques pour la santé ne concernent que l'insomnie chronique non traitée sur plusieurs années.</p>
<p>CE QUE L'ON PENSE SOUVENT</p> <p>« Je dois récupérer la nuit perdue en dormant plus la nuit suivante. »</p>	<p>CE QUE L'ON SAIT DU SOMMEIL</p> <p>Vouloir « rattraper » en se couchant plus tôt ou en faisant une grasse matinée déstabilise l'horloge biologique et prépare la mauvaise nuit suivante. Mieux vaut conserver des horaires stables.</p>
<p>CE QUE L'ON PENSE SOUVENT</p> <p>« Si je dors mal, c'est forcément le signe d'un problème grave (dépression, maladie, burn-out). »</p>	<p>CE QUE L'ON SAIT DU SOMMEIL</p> <p>L'insomnie est un symptôme banal, présent chez 1 adulte sur 3 au moins une fois dans l'année. Une insomnie qui dure mérite une consultation, sans pour autant cacher une maladie grave dans la grande majorité des cas.</p>
<p>CE QUE L'ON PENSE SOUVENT</p> <p>« Sans somnifère, je ne pourrai plus jamais dormir correctement. »</p>	<p>CE QUE L'ON SAIT DU SOMMEIL</p> <p>Les somnifères masquent l'insomnie, ils ne la soignent pas. La preuve : ils perdent leur efficacité en quelques semaines. La TCC-I, elle, vise la cause et permet à la grande majorité des patients de s'en passer.</p>
<p>CE QUE L'ON PENSE SOUVENT</p> <p>« Les écrans n'ont aucun effet sur moi : je m'endors juste après. »</p>	<p>CE QUE L'ON SAIT DU SOMMEIL</p> <p>S'endormir avec son téléphone n'est pas dormir correctement. La lumière bleue retarde la mélatonine, mais surtout le contenu (mails, réseaux, vidéos) réactive le cerveau au moment exact où il devrait se mettre en veille.</p>

CHAPITRE 04

Les habitudes qui entretiennent l'insomnie

Quand on dort mal, on cherche spontanément des solutions. La plupart partent d'une bonne intention — et finissent par aggraver le trouble. Voici les pièges les plus fréquents.

<p>L'HABITUDE</p> <p>Aller au lit plus tôt « pour avoir une chance de dormir »</p>	<p>POURQUOI ELLE ENTRETIENT L'INSOMNIE</p> <p>Le temps passé éveillé(e) au lit affaiblit l'association lit = sommeil. Le lit devient un lieu d'attente, d'inquiétude, parfois de rumination.</p>	<p>CE QUI AIDE VRAIMENT</p> <p>Ne se coucher que quand on a vraiment sommeil (paupières lourdes, bâillements), même si c'est plus tard que prévu.</p>
<p>L'HABITUDE</p> <p>Rester au lit éveillé(e) en attendant que le sommeil vienne</p>	<p>POURQUOI ELLE ENTRETIENT L'INSOMNIE</p> <p>Plus on reste éveillé(e) au lit, plus le cerveau apprend que « le lit = un endroit où je suis éveillé ». C'est exactement l'inverse de ce que l'on cherche.</p>	<p>CE QUI AIDE VRAIMENT</p> <p>Après ~20 minutes éveillé(e) (estimation, sans regarder l'heure) : se lever, changer de pièce, activité calme à lumière douce, retour au lit dès que la somnolence revient.</p>
<p>L'HABITUDE</p> <p>Faire de longues siestes en journée</p>	<p>POURQUOI ELLE ENTRETIENT L'INSOMNIE</p> <p>Une sieste prolongée épuise la « pression de sommeil » (la fatigue qui s'accumule au cours de la journée), et déplace l'endormissement du soir plus tard.</p>	<p>CE QUI AIDE VRAIMENT</p> <p>Si besoin : 20 minutes maximum, avant 15 h. Mieux : pas de sieste les premières semaines du traitement.</p>
<p>L'HABITUDE</p> <p>Regarder l'heure plusieurs fois pendant la nuit</p>	<p>POURQUOI ELLE ENTRETIENT L'INSOMNIE</p> <p>Chaque coup d'œil à l'horloge déclenche un calcul anxieux : « il me reste 4 h pour dormir... » — et réactive l'éveil cortical pour plusieurs minutes.</p>	<p>CE QUI AIDE VRAIMENT</p> <p>Tourner le réveil contre le mur, ne plus consulter ni montre ni téléphone. Une seule alarme suffit pour le matin.</p>
<p>L'HABITUDE</p> <p>Téléphone, tablette ou ordinateur au lit</p>	<p>POURQUOI ELLE ENTRETIENT L'INSOMNIE</p> <p>La lumière bleue retarde la mélatonine, et surtout le contenu (mails, réseaux, vidéos) réactive le cerveau au moment précis où il devrait se mettre en veille.</p>	<p>CE QUI AIDE VRAIMENT</p> <p>Pas d'écran dans la chambre. Couper les écrans 1 heure avant le coucher. Si lecture, papier ou liseuse en mode lumière chaude.</p>

<p>L'HABITUDE</p> <p>Caféine, alcool, repas lourds le soir</p>	<p>POURQUOI ELLE ENTRETIENT L'INSOMNIE</p> <p>La caféine bloque les récepteurs de l'adénosine (« molécule de la fatigue ») 6 à 8 h durant. L'alcool aide à s'endormir mais fragmente la seconde moitié de nuit.</p>	<p>CE QUI AIDE VRAIMENT</p> <p>Pas de café, thé, cola, boissons énergisantes après 14 à 16 h. Pas d'alcool en « somnifère ». Dîner léger, au moins 2 h avant le coucher.</p>
<p>L'HABITUDE</p> <p>Horaires de coucher et de lever variables</p>	<p>POURQUOI ELLE ENTRETIENT L'INSOMNIE</p> <p>Les rythmes biologiques aiment la régularité. Un lever qui varie de plus de 1 h désynchronise l'horloge interne. Un seul week-end peut suffire.</p>	<p>CE QUI AIDE VRAIMENT</p> <p>Heure de lever fixe, 7 jours sur 7, week-end compris. C'est le réglage le plus puissant. L'heure de coucher s'ajustera d'elle-même.</p>
<p>L'HABITUDE</p> <p>Ruminer ou planifier sa journée du lendemain au lit</p>	<p>POURQUOI ELLE ENTRETIENT L'INSOMNIE</p> <p>Le lit devient un bureau de pensées : la rumination active le système d'éveil et empêche la transition vers le sommeil.</p>	<p>CE QUI AIDE VRAIMENT</p> <p>« Heure des soucis » de 15 minutes en soirée : noter sur papier soucis et tâches du lendemain, puis fermer le carnet. Le lit reste réservé au sommeil.</p>
<p>L'HABITUDE</p> <p>Faire du sport intense en soirée</p>	<p>POURQUOI ELLE ENTRETIENT L'INSOMNIE</p> <p>L'exercice intense en soirée élève la température corporelle et la vigilance, deux signaux opposés à ceux que l'organisme attend pour s'endormir.</p>	<p>CE QUI AIDE VRAIMENT</p> <p>Activité physique plutôt le matin ou en début d'après-midi. Si sport tardif inévitable, prévoir au moins 3 h entre la fin de la séance et le coucher.</p>
<p>L'HABITUDE</p> <p>Une chambre trop chaude, trop éclairée ou trop bruyante</p>	<p>POURQUOI ELLE ENTRETIENT L'INSOMNIE</p> <p>Le sommeil profond se met en place quand la température corporelle baisse. Lumière et bruit, même faibles, génèrent des micro-éveils invisibles mais réels.</p>	<p>CE QUI AIDE VRAIMENT</p> <p>Chambre à 16-18 °C, obscurité complète (volets, masque), réduction des sources de bruit (bouchons si besoin), literie confortable.</p>

CHAPITRE 05

Les outils que nous allons utiliser ensemble

Cinq techniques validées, introduites progressivement au fil des consultations, en fonction de votre profil d'insomnie.

01 • Le contrôle du stimulus

Reconstruire l'**association lit = sommeil** en réservant le lit et la chambre à cet usage. Six règles concrètes :

- 01 **Ne se coucher que somnolent(e).** Paupières lourdes, bâillements répétés. La fatigue mentale ne suffit pas.
- 02 **Le lit est réservé au sommeil** (et à la vie intime). Pas de lecture prolongée, pas de télévision, pas de téléphone, pas de travail au lit.
- 03 **Si l'on n'a pas dormi après ~20 minutes**, on se lève, on quitte la chambre, on fait une activité calme à lumière tamisée jusqu'à ce que la somnolence revienne.
- 04 **Recommencer aussi souvent que nécessaire** dans la même nuit, sans s'en agacer. C'est l'application répétée qui reconstruit l'association.
- 05 **Heure de lever fixe**, sept jours sur sept, même après une nuit difficile. C'est la règle la plus puissante.
- 06 **Pas de sieste** les premières semaines, ou très courte (20 min, avant 15 h).

02 • La restriction de sommeil

C'est l'outil **le plus puissant** de la TCC-I — et le plus exigeant les deux premières semaines. Le principe : **réduire volontairement le temps passé au lit** au temps réel de sommeil, pour **concentrer le sommeil** et restaurer un endormissement rapide.

EXEMPLE CHIFFRÉ

Une personne qui dort 5 h mais reste 9 h au lit

Avant : couchée à 22 h, levée à 7 h (9 h au lit), endormissement long, réveils fréquents, 5 h de sommeil effectif.

Efficacité du sommeil = $5/9 = 55\%$ (l'objectif est $> 85\%$).

Restriction (2 semaines) : couchée à 1 h 30, levée à 7 h (5 h 30 au lit). Très inconfortable au début, mais le sommeil devient rapidement **compact** et profond. Efficacité $> 85\%$ en 7 à 10 nuits.

Élargissement progressif : chaque semaine, on ajoute 15 à 30 minutes au lit tant que l'efficacité reste élevée.

Objectif final : 6 h 30 à 7 h de sommeil consolidé, en se sentant reposé(e).

La restriction est mise en place **en consultation**, sur la base de votre agenda du sommeil. Elle est **temporaire** et **fortement encadrée** : nous l'ajustons ensemble chaque semaine.

03 • La restructuration cognitive

Repérer les croyances vues au chapitre 03, les **mettre à l'épreuve des faits** (votre agenda du sommeil sert de preuve concrète), puis les remplacer par des pensées plus réalistes. Cela dédramatise les nuits difficiles et réduit l'anxiété d'anticipation au moment du coucher.

04 • La relaxation et les techniques de détente

Cohérence cardiaque, relaxation musculaire progressive de Jacobson, pleine conscience, training autogène : ces techniques aident à **abaisser le niveau d'éveil** en soirée. Elles ne remplacent pas les autres outils, mais les complètent utilement — surtout pour les personnes très anxieuses ou hyperéveillées en fin de journée.

05 • L'hygiène du sommeil

Les règles de bon sens vues au chapitre 04 : caféine, écrans, horaires, environnement de la chambre. Elles sont **nécessaires mais pas suffisantes** à elles seules pour traiter une insomnie chronique — c'est leur combinaison avec les autres outils qui fait la différence. À elles seules, elles ne suffisent presque jamais.

CHAPITRE 06

Trois choses à mettre en place dès cette semaine

En attendant la prochaine consultation, voici les trois gestes qui posent les fondations de votre programme.

- 01 Fixer une heure de lever stable**, 7 jours sur 7 — même après une mauvaise nuit, même le week-end. C'est le geste qui change le plus de choses, parce qu'il réaligne votre horloge biologique. Choisissez une heure réaliste, que vous pouvez tenir **tous les jours**.
- 02 Ne se coucher qu'en cas de somnolence réelle** (bâillements, paupières lourdes), pas par habitude ni par anticipation. Si le sommeil ne vient pas après ~20 minutes, on se relève et on fait une activité calme dans une autre pièce.
- 03 Tenir l'agenda du sommeil** de la page suivante pendant deux semaines et l'apporter à la prochaine consultation. C'est sur cette base que sera adapté votre programme personnalisé.

MOTIVATION

Un point important à garder en tête

Les premières semaines de TCC-I peuvent être **plus fatigantes** avant d'aller mieux. C'est normal, et c'est même **le signe que cela fonctionne** : le sommeil se « recomprime », il devient plus profond et plus efficace. Les bénéfices se confirment à partir de la **2^e-3^e semaine**. **Ne lâchez pas.**

Comment se déroule la prise en charge

Un programme de TCC-I classique comprend **4 à 8 séances**, espacées d'une à deux semaines, organisées schématiquement ainsi :

- **Séance 1 — bilan.** Évaluation détaillée de votre insomnie, remise de la fiche d'agenda du sommeil, premières consignes (hygiène + horaires).
- **Séance 2 — analyse de l'agenda.** Mise en place du contrôle du stimulus et de la restriction de sommeil personnalisée.
- **Séances 3 et 4 — ajustements.** Évaluation de l'efficacité, élargissement progressif, travail sur les croyances.
- **Séances suivantes — consolidation.** Relaxation, prévention des rechutes, sevrage éventuel des somnifères.

CHAPITRE 07

Auto-évaluation et agenda du sommeil

Deux outils à remplir avant la prochaine consultation.

Index de sévérité de l'insomnie (ISI)

Cochez la case correspondant à votre situation des deux dernières semaines. Échelle : **0 = pas du tout**, **1 = légèrement**, **2 = moyennement**, **3 = beaucoup**, **4 = extrêmement**.

Au cours des 2 dernières semaines	0	1	2	3	4
Difficulté à m'endormir le soir					
Difficulté à rester endormi(e) (réveils nocturnes)					
Réveils trop précoces le matin					
Insatisfaction vis-à-vis de mon sommeil actuel					
Retentissement sur ma vie quotidienne (fatigue, humeur, attention)					
Mon entourage remarque-t-il les conséquences ?					
Inquiétude / détresse liée à mes troubles du sommeil					

Total /28 : _____ (0-7 = pas d'insomnie · 8-14 = légère · 15-21 = modérée · 22-28 = sévère)

CHAPITRE 08

Questions fréquentes

Les interrogations qui reviennent le plus souvent en consultation.

— Je prends des somnifères depuis dix ans. Est-il encore possible d'en sortir ?

Oui, dans la très grande majorité des cas. La TCC-I est particulièrement indiquée chez les utilisateurs chroniques de somnifères. Le sevrage se fait **progressivement** (jamais brutal), encadré par votre médecin, et toujours **après** la mise en place des outils comportementaux. Comptez en général **3 à 6 mois**.

— En combien de temps verrai-je une amélioration ?

Les premières améliorations apparaissent en général entre la **2^e et la 4^e semaine**. La première quinzaine peut être plus difficile, notamment si une restriction de sommeil est mise en place. **Tenez bon** — c'est le passage obligé.

— Puis-je faire la TCC-I en parallèle d'un autre traitement (antidépresseur, anxiolytique) ?

Oui, sans problème. La TCC-I est **compatible** avec tous les traitements médicamenteux. Elle améliore souvent l'effet des antidépresseurs sur le sommeil. Aucune modification de vos traitements habituels n'est nécessaire sans avis médical.

— Que faire si j'ai une nuit blanche pendant le programme ?

Vous lever à l'heure prévue, comme tous les autres jours, même si c'est très difficile. **Ne pas faire de sieste, ne pas se coucher plus tôt le soir**. La nuit suivante sera presque toujours meilleure — c'est précisément ce que l'on cherche à reconstruire.

— Et si je travaille en horaires décalés (nuit, postés) ?

Les principes restent valables mais sont adaptés à votre rythme professionnel. Parlez-en en consultation : nous construirons un agenda spécifique. Le travail posté augmente la vulnérabilité à l'insomnie, mais ne l'empêche pas de se traiter.

— La mélatonine peut-elle remplacer la TCC-I ?

Non. La mélatonine est utile dans certaines situations très spécifiques (décalage horaire, retard de phase, insomnie de l'enfant ou de la personne âgée), mais elle n'a pas montré d'efficacité solide dans l'insomnie chronique de l'adulte. La TCC-I reste le traitement de référence.

— Mon insomnie est liée à des douleurs / à mon anxiété. La TCC-I marche-t-elle quand même ?

Oui. La TCC-I a fait preuve d'efficacité même quand l'insomnie est **secondaire** à une autre pathologie (douleur chronique, anxiété, dépression, SAOS traité). Le traitement de la cause et la TCC-I sont **complémentaires**, non concurrents.

Quand consulter sans attendre

- Pensées noires ou idées suicidaires associées à l'insomnie
- Somnolence diurne dangereuse (au volant, au travail)
- Ronflements importants avec pauses respiratoires constatées par l'entourage
- Mouvements anormaux des jambes la nuit, douleurs incoercibles
- Aggravation rapide en quelques jours/semaines.

Dans ces situations, contactez votre médecin sans attendre la prochaine consultation programmée.

Cette fiche est un support pédagogique. Elle ne remplace pas votre consultation, mais la prolonge. Notez vos questions au fil de la lecture — nous y reviendrons ensemble.