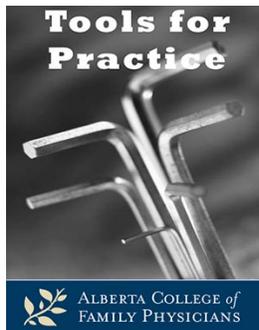


**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP), organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 500 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. [www.acfp.ca](http://www.acfp.ca)

Le 29 mai 2017



## Difficulté d'endormissement? Sortez du lit!

**Question clinique : Pour les gens qui souffrent d'insomnie primaire (non liée à d'autres affections médicales), la méthode de restriction du temps de sommeil est-elle efficace?**

**Conclusion : Grâce à la méthode de restriction du temps de sommeil (MRTS), il faut 12 minutes de moins pour tomber endormi, et la durée du sommeil pendant que la personne est au lit est prolongée de 5 à 10 %. La restriction du temps de sommeil améliore le sommeil pour un patient sur deux à six, comparativement aux seules mesures d'hygiène du sommeil.**

### Données probantes

Deux revues systématiques : certaines études ont été exclues, et les revues ne portent pas sur des interventions combinées<sup>1, 2</sup>.

- Sept essais cliniques randomisés (ECR)<sup>3-9</sup> ont été menés auprès de 20 à 179 patients (l'âge moyen des sujets est de 62 ans; dans l'ensemble, 35 % d'entre eux sont des hommes), avec suivi après quatre à 24 semaines. Dans la plupart des cas, la MRTS a été comparée aux mesures d'hygiène du sommeil<sup>4-6, 8, 9</sup> et la plupart des patients ont autoévalué les résultats. Constatations :
  - Efficacité du sommeil (durée du sommeil pendant la période passée au lit) — dans quatre études sur six, la MRTS a donné lieu à une amélioration statistiquement significative par rapport aux groupes témoins :
    - Endormissement atteint dans 79 à 87 % des cas avec la MRTS, comparativement à 68 à 79 % des cas pour les groupes témoins.
  - Latence d'endormissement (temps mis à s'endormir) — dans trois études sur six, la MRTS a donné des résultats statistiquement significatifs :
    - Endormissement plus rapide de 6 à 19 minutes que chez les groupes témoins.
  - Autres résultats :
    - En général, la durée totale du temps de sommeil n'est statistiquement pas différente de celle des groupes témoins<sup>3, 4, 6</sup>, mais elle peut être légèrement inférieure avec la MRTS pendant les huit premières semaines<sup>9</sup>.

- Taux de réponse, de rémission ou « amélioration » (définitions variées)<sup>3-5, 8</sup> : le nombre de sujets à traiter (NST) va de 2 pour une amélioration<sup>8</sup> à 6 pour une rémission<sup>3</sup>.
- Cessation de la prise d'hypnotiques<sup>6</sup> : 53 % dans le cas de la MRTS contre 15 %; NST=3.
- Pas d'effets indésirables signalés.
- Les bienfaits ont duré pendant six à douze mois<sup>3, 4, 6</sup>.
- Résultats du meilleur ECR (excellente qualité et ECR mené auprès de patients des soins primaires) — les 97 patients ont reçu des conseils sur les mesures d'hygiène du sommeil, et la moitié ont été randomisés pour suivre la MRTS<sup>4</sup>.
  - La MRTS incluait une prescription de sommeil par un omnipraticien et une consultation de suivi (le traitement était ensuite autoadministré).
  - Les résultats sont semblables à ceux mentionnés ci-dessus, avec les ajouts suivants :
    - La cote de qualité du sommeil (échelle de 0 à 21; cote moyenne de 10,4) s'est améliorée de 3,9 dans le cas de la MRTS, comparativement à 2,2 pour le groupe témoin (la différence clinique significative est de 3).
    - Il y a eu une amélioration de 18 % de la cote de fatigue par rapport au groupe témoin.
    - Effets nocifs : accidents – 14 % avec la MRTS, contre 29 % pour le groupe témoin, aucune différence statistiquement significative.
- Problèmes multiples (exemples) : études qui manquent d'efficacité statistique<sup>5-9</sup>, beaucoup de résultats analysés<sup>3, 4, 6-9</sup>, manque d'équilibre dans les caractéristiques de base<sup>3, 8, 9</sup>.

### Contexte

- Les résultats autoévalués sont souvent pires que ceux qui proviennent de l'actigraphie<sup>3, 4</sup>.
- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (à composantes multiples) est très efficace pour contrer l'insomnie<sup>10</sup>.
  - Par exemple, la TCC améliore de 10 % l'efficacité du sommeil.
    - Par comparaison indirecte, les médicaments Z (hypnotiques)<sup>11</sup> n'améliorent l'efficacité du sommeil que d'environ 5 %.
- La MRTS limite le temps passé au lit au temps de sommeil. On peut obtenir tous les détails de cette technique dans des documents à l'intention des patients<sup>12, 13</sup> ou des médecins (documents qu'ils doivent remplir avec les patients)<sup>13-15</sup>.

### Auteurs

G. Michael Allan, M.D., CCMF, Jobin Varughese, M.D., CMD, CCMF (SPA)

### Divulgateion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

### Références

1. Kyle SD, Aquino MR, Miller CB, *et al*, *Sleep Med Rev*, 2015, 23:83-88.
2. Brasure M, MacDonald R, Fuchs E, *et al*, AHRQ Publication No. 15(16)-EHC027-EF, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, décembre 2015, <https://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/search-for-guides-reviews-and-reports/?pageaction=displayproduct&productid=2164> (consulté le 19 avril 2017).
3. Epstein DR, Sidani S, Bootzin RR, *et al*, *Sleep*, 2012, 35: 797-805.
4. Falloon K, Elley CR, Fernando A (III), *et al*, *Br J Gen Pract*, 2015, 65:e508-515.
5. Fernando A, Arroll B, Falloon K, *J Prim Health Care*, 2013, 5(10):5-10.
6. Taylor DJ, Schmidt-Nowara W, Jessop CA, *et al*, *J Clin Sleep Med*, 2010, 6:169-175.

7. Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, *et al*, J Consult Clin Psychol, 2001, 69:227-239.
8. Edinger JD, Sampson WS, Sleep, 2003, 2:177-182.
9. Friedman L, Benson K, Noda A, *et al*, J Geriatr Psychiatry Neurol, 2000, 13:17-27.
10. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, *et al*, Ann Intern Med, 2015, 163:191-204.
11. Lindblad A, Allan GM, Tools for Practice, [https://www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1435963457\\_126zdrugsfv-fr.pdf](https://www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1435963457_126zdrugsfv-fr.pdf) (consulté le 6 avril 2017).
12. Sleep restriction therapy, Kaiser Permanente Thrive, [https://thrive.kaiserpermanente.org/care-near-you/northern-california/sanjose/wp-content/uploads/sites/7/2015/10/sleep-restriction-rev2\\_tcm28-557887.pdf](https://thrive.kaiserpermanente.org/care-near-you/northern-california/sanjose/wp-content/uploads/sites/7/2015/10/sleep-restriction-rev2_tcm28-557887.pdf) (consulté le 7 mars 2017).
13. Insomnia management toolkit: Bedtime restriction therapy, Drug and Alcohol Services South Australia, <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/b4ccb7004033fe2599bcbbd30eb2c8cd/7+-+Bedtime+Restriction+Therapy-DASSA-April2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b4ccb7004033fe2599bcbbd30eb2c8cd> (consulté le 7 mars 2017).
14. Sleep restriction (document à distribuer), [http://supp.apa.org/books/Pediatric-Sleep-Problems/Sleep\\_Restriction.pdf](http://supp.apa.org/books/Pediatric-Sleep-Problems/Sleep_Restriction.pdf) (consulté le 7 mars 2017).
15. Gofreed DL, Insomnia: Sleep Restriction Treatment (document à distribuer), Arlington Sleep Medicine, [http://www.arlingtonsleepmedicine.com/pdf\\_files/ASM%20Sleep%20Restriction%20Therapy.pdf](http://www.arlingtonsleepmedicine.com/pdf_files/ASM%20Sleep%20Restriction%20Therapy.pdf) (consulté le 7 mars 2017).

**Tools for Practice** est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et de l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, ce qui garantit le respect de normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Vous pouvez consulter les articles archivés sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.