



Assez de données probantes pour endormir : la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie

QUESTION CLINIQUE

À quel point la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCCi) est-elle efficace?

CONCLUSION

Environ 45 % des patients qui suivent une TCCi obtiennent une rémission par rapport à environ 10 % des membres du groupe témoin à six semaines, avec des effets qui durent pendant au moins six mois. Autoguidée ou en groupe, synchrone ou asynchrone, la TCCi à distance fonctionne, mais on ne sait pas avec certitude si elle est aussi bonne que les séances individuelles en personne. La TCCi est peut-être meilleure que les somnifères, mais les études sont trop petites pour constater des différences statistiques.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, à moins d'indication contraire.
- Focalisation sur les revues systématiques les plus récentes/exhaustives d'essais cliniques randomisés (ECR) présentant des résultats axés sur les patients (jusqu'à 36 ECR, 1 696 personnes participantes, environ six séances individuelles hebdomadaires en personne), groupe témoin : liste d'attente, soins habituels, éducation à l'hygiène du sommeil ou placebo¹⁻².

- À la fin du traitement (~ six semaines) :
 - Réponse¹ (amélioration d'au moins 8 points sur une échelle d'insomnie de 28) : 53 % par rapport à 10 % (groupe témoin), nombre de sujets à traiter (NST) = 3.
 - Rémission (selon les scores)¹ : 45 % par rapport à 9 %, NST = 3.
 - D'autres revues systématiques ont fait les mêmes constatations².
 - Indices du sommeil² :
 - Délai d'endormissement : 15 minutes plus court (exemple : ~ 23 minutes par rapport à 38 [groupe témoin]).
 - Durée totale du sommeil : 10 minutes de plus (328 minutes par rapport à 318 [groupe témoin]).
 - Durée du sommeil au lit : 8% de plus (88 % par rapport à 80 % [groupe témoin]).
 - Nombre de réveils : 0,3 de moins par nuit (0,8 par rapport à 1,1 [groupe témoin]).
- À ≥ 6 mois¹ : rémission : 42 % par rapport à 13 % (groupe témoin), NST = 4.
- Prestation à distance (autoguidée ou en groupe, synchrone ou asynchrone par téléphone, à l'aide d'un livre ou par Internet) :
 - Les résultats sont meilleurs avec la TCCi à distance que ceux obtenus par le groupe témoin¹⁻⁷.
 - Exemple¹ : rémission (6 semaines) : 28 % par rapport à 9 % (groupe témoin).
 - Prestation à distance par rapport à en personne : résultats incohérents^{1,2}.
 - Exemple : rémission (fin du traitement) : 45 % (séance individuelle en personne) par rapport à 28 % (Internet) selon une revue¹; aucune différence selon une autre².
- TCCi par rapport aux somnifères : 4 ECR, aucune méta-analyse :
 - La TCCi est numériquement meilleure, mais les différences statistiques sont incohérentes (possibilité de puissance insuffisante)⁸⁻¹⁰. Exemples :
 - Proportion de personnes passant > 85 % du temps endormies au lit (six mois) : 78 % (TCCi) par rapport à 40 % (zolpidem)⁸.
 - Proportion de personnes qui se sont endormies dans les 30 minutes durant le traitement : 50 % (TCCi) par rapport à 36 % (zolpidem), aucune différence statistique⁹.
 - TCCi et médicaments par rapport à la TCCi seule : résultats incohérents, puissance insuffisante dans de nombreux cas⁹⁻¹¹.

CONTEXTE

- La TCCi est constituée de quatre composantes principales : la thérapie de restriction du sommeil, le contrôle des stimuli, l'éducation à l'hygiène du sommeil et la thérapie cognitive.
 - La thérapie de restriction du sommeil seule est efficace, contrairement à l'éducation à l'hygiène du sommeil seule^{2,12}.
- Des ressources sont disponibles pour les patients et les cliniciens¹³.

RÉFÉRENCES

1. Takano Y, Okajima I, Osao M et al. Sleep Med Rev. 2025;84: 102204.
2. Edinger JD, Aneet JT, Bertisch SM et al. J Clin Sleep Med. 2021;17: 263-298.
3. Knutzen SM, Christensen DS, Cairns P et al. JMIR Ment Health. 2024;11:e58217.
4. Scott AM, Peiris R, Atkins T et al. J Telemed Telecare. 2025;31: 603-614.
5. Hwang JW, Lee GE, Woo JH et al. NPJ Digit Med. 2025;8(1):157.
6. Leite IPA, Kakazu VA, de Carvalho LAT et al. Clocks Sleep. 2025;7(4):69.
7. Huang Y, Yan Y, Kwok JYY et al. J Clin Nurs. 2026;35:61-84.
8. Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S et al. JAMA. 2006;295(24):2851-2858.
9. Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Arch Intern Med. 2004;164(17):1888-1896.
10. Morin CM, Colecchi C, Stone J et al. JAMA. 1999;281(11):991-999.
11. Morin CM, Vallières A, Guay B et al. JAMA. 2009;301(19):2005-2015.
12. Allan GM, Lindblad AJ, Varughese J. Can Fam Physician. 2017;63(8):e363-e364.
13. Mieux Dormir. Lien : <https://mieux-dormir.ca/>. Consulté le 8 juin 2026.

AUTRICES

Adrienne J Lindblad, B. Sc.
(pharmacie), ACPR, Pharm. D.
Jennifer Young, M.D., CCMF-MU

Jennifer Potter, M.D., CCMF

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à la page <https://cfpclearn.ca/tools-for-practice-library/?lang=fr>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.

Le présent numéro d'Outils pour la pratique a été rédigé par des êtres humains. L'intelligence artificielle peut avoir aidé à la révision ou au formatage, mais rien de plus.