

Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie chronique : quelles en sont les composantes efficaces, et sous quelles modalités est-elle efficace ?

Référence

Furukawa Y, Masatsugu S, Yamamoto R, et al. Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2024;81:357-65.
DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2023.5060

Analyse de

Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quelle est l'efficacité des différentes composantes de la thérapie cognitivo-comportementale pour obtenir une rémission de l'insomnie chronique chez l'adulte, et sous quelles modalités est-elle efficace ?

Contexte

L'insomnie chronique se caractérise par des symptômes persistants (> 3 mois) concernant l'endormissement, le maintien du sommeil et le réveil précoce qui ont des répercussions sur les activités quotidiennes (1). On estime que 6 à 14,8% de la population adulte d'Europe occidentale souffre d'insomnie chronique (2). Les méta-analyses montrent que la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) est associée à une amélioration de la qualité du sommeil chez les personnes souffrant d'insomnie chronique (3,4). Une analyse de Minerva a déjà traité de l'efficacité et de la rentabilité d'une thérapie de restriction du sommeil dispensée par une infirmière en soins primaires ayant bénéficié d'une formation spécifique, par comparaison avec des conseils concernant l'hygiène du sommeil plus les soins usuels (5,6). Minerva a également publié une analyse d'une étude randomisée contrôlée (RCT) montrant une amélioration plus importante de la qualité du sommeil avec une forme simplifiée de thérapie comportementale cognitive appliquant la restriction de sommeil qu'avec des recommandations relatives à l'hygiène du sommeil seules (7,8). Cependant, on ne savait pas bien quelle était la pertinence clinique de cet effet ni quelle était sa durée. La restriction de sommeil est une des composantes de la TCC-I. On ignore cependant quelles autres composantes particulières de la TCC-I sont efficaces, et on ne sait pas non plus quelles modalités de TCC-I sont efficaces (en groupe ou individuellement, en ligne ou en face à face...). En savoir plus à ce sujet pourrait permettre de commencer à développer des traitements plus efficaces et à les mettre en œuvre (9).

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique avec méta-analyse en réseau par composantes.

Sources consultées

- PubMed, registre Cochrane des essais contrôlés (*Cochrane Central Register of Controlled Trials*, CENTRAL), PsycInfo, jusqu'au 21 juillet 2023
- la plateforme internationale d'enregistrement des essais cliniques (*International Clinical Trials Registry Platform*, ICTRP) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
- listes de références des études incluses
- pas de restriction quant à la date de publication et au statut de publication
- limitée aux études comportant suffisamment de données en anglais.

Études sélectionnées

- critères d'inclusion :
 - études randomisées contrôlées comparant la TCC-I à une autre forme de TCC-I ou à une situation de contrôle (liste d'attente, absence de traitement, psychoéducation (éducation

- sur l'hygiène du sommeil), attention ou contrôle psychologique placebo, soins usuels) pour le traitement de l'insomnie chronique chez l'adulte, diagnostiquée formellement ou sur la base de l'augmentation des scores à un questionnaire d'auto-évaluation validé)
- la TCC-I était définie comme une intervention psychothérapeutique comportant une ou plusieurs composantes cognitives ou comportementales (restructuration cognitive, pensée constructive, pleine conscience et thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT), restriction du sommeil, contrôle des stimuli, intention paradoxale, relaxation)
- des personnes souffrant de comorbidité psychiatrique ou physique ont également été incluses, de même que d'autres traitements pharmacologiques ou psychologiques (complémentaires), leur répartition devant être uniforme entre les différents groupes de l'étude
- finalement, inclusion de 241 études publiées entre 1980 et 2023 ; les études portaient sur la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie comportementale, la thérapie cognitive, la thérapie de relaxation, la psychoéducation, l'attention ou le contrôle psychologique placebo, les soins habituels, l'absence de traitement ou une liste d'attente.

Population étudiée

- finalement, inclusion de 31452 participants (n = 4 à 946 par groupe de l'étude), ayant en moyenne 45,4 ans (ET : 16,6 ans) ; 67% de femmes ; dans 180 des 241 études (75%), les participants avaient des comorbidités ; le score moyen à l'**index de sévérité de l'insomnie (*Insomnia Severity Index*, ISI)** en début d'étude était de 16,8 (ET : 4,8), ce qui correspond à une insomnie modérément sévère ; 21% des participants prenaient des somnifères.

Mesure des résultats

- principal critère de jugement : effet du traitement, à savoir rémission, définie comme l'obtention d'un score satisfaisant au questionnaire d'auto-évaluation (de préférence un score ISI \leq 7) après le traitement
- critères de jugement secondaires :
 - abandon de l'étude (indicateur de l'acceptabilité de l'intervention)
 - continuité du sommeil autodéclarée (à l'aide d'un agenda du sommeil) : efficacité du sommeil, durée totale du sommeil, délai d'endormissement, délai d'éveil après l'endormissement (maintien du sommeil)
 - rémission à long terme
- pour comparer l'effet des différents traitements, on a utilisé une méta-analyse en réseau, exprimant les résultats sous forme de rapports de cotes avec la psychoéducation comme référence
- dans la méta-analyse en réseau par composantes, on a calculé les effets additionnels de composantes spécifique et de modalités de traitement particulières, en les exprimant sous forme de rapports de cotes supplémentaires.

Résultats

- résultats du critère de jugement primaire :
 - par rapport à la psychoéducation, la probabilité d'une rémission était statistiquement plus élevée avec la thérapie cognitivo-comportementale (OR de 3,79 avec IC à 95% de 3,21 à 4,47), suivie par la thérapie comportementale (OR de 2,50 avec IC à 95% de 1,93 à 3,24) et la thérapie cognitive (OR de 2,49 avec IC à 95% de 1,59 à 3,92), mais pas avec la thérapie de relaxation ($I^2 = 43\%$ avec IC à 95% de 34 à 52% ; pas de biais de publication ni de biais de notification)
 - l'ajout de la restructuration cognitive, de la pleine conscience et de l'ACT, de la restriction de sommeil, du contrôle des stimuli et du traitement en face à face donne une probabilité plus élevée de rémission, tandis que le fait d'être sur une liste d'attente est associé à une probabilité plus faible de rémission ($I^2 = 50\%$; avec IC à 95% de 42 à 57%) (*voir tableau*)

Tableau. OR supplémentaires (avec IC à 95%) de différentes composantes pour le principal critère de jugement.

Composantes	Nombre de groupes d'étude	OR supplémentaire (IC à 95%)
Composante éducative		
Éducation sur l'hygiène du sommeil	324	NS
Journal du sommeil	433	NS
Composante cognitive		
Restructuration cognitive	203	1,68 (1,28 à 2,20)
Pleine conscience/ACT	58	1,49 (1,10 à 2,03)
Pensée constructive	21	NS
Composante comportementale		
Restriction de sommeil	244	1,49 (1,04 à 2,13)
Contrôle des stimuli	249	1,43 (1,00 à 2,05)
Intention paradoxale	20	NS
Relaxation	174	0,81 (0,64 à 1,02)
Autres composantes		
Effet thérapeutique aspécifique	423	NS
Liste d'attente	102	0,64 (0,47 à 0,89)
Modalité		
Individuelle	228	NS
En groupe	100	NS
En face à face	287	1,83 (1,19 à 2,81)
Accompagnement thérapeutique en ligne	39	NS
Rappels fournis par un être humain dans le cadre d'une auto-assistance	49	NS
Rappels automatisés dans le cadre d'une auto-assistance	41	NS

- résultats des critères de jugement secondaires :
 - pas de résultats significatifs concernant les abandons de l'étude
 - probabilité plus élevée d'efficacité sur le sommeil lorsque l'on ajoute les composantes de restriction du sommeil (augmentation de 2,4% ; avec IC à 95% de 0,2 à 4,7%), de contrôle des stimuli (augmentation de 2,8% ; avec IC à 95% de 0,6 à 5,0%), d'intention paradoxale (augmentation de 3,6% ; avec IC à 95% de 0,3 à 7,0%) et de traitement en groupe (augmentation de 3,2 ; avec IC à 95% de 0,2 à 6,2)
 - amélioration du délai d'endormissement lorsque la composante a été ajoutée (7 minutes plus rapidement, avec IC à 95% de 3 à 11 minutes)
 - amélioration du maintien du sommeil lors de l'ajout de la composante de restriction du sommeil (11 minutes d'éveil de moins ; avec IC à 95% de -18 à -5 minutes) et du traitement en groupe (9 minutes de moins ; avec IC à 95% de -17 à -1 minute), tandis que les rappels automatisés ont réduit le maintien du sommeil (8 minutes d'éveil de plus ; avec IC à 95% de 0 à 16 minutes)
 - probabilité plus faible d'obtenir une rémission à long terme lorsque l'on ajoute la composante « liste d'attente » (OR de 0,57 ; IC à 95% de 0,33 à 0,99).

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que les composantes de restructuration cognitive, de pleine conscience et d'ACT, de restriction de sommeil, de contrôle des stimuli et de traitement en face-à-face font partie des traitements par TCC-I qui sont efficaces. Toutefois, il est possible que des interactions non détectées compromettent les résultats. D'autres études à grande échelle et bien conçues sont nécessaires pour confirmer la contribution des différentes composantes du traitement dans la TCC-I.

Financement de l'étude

En partie grâce à des subventions de l'Agence japonaise pour la recherche médicale et le développement et de la Société japonaise pour la promotion de la science.

Conflits d'intérêt des auteurs

Six autres auteurs déclarent avoir reçu des subventions universitaires et gouvernementales et des honoraires (de conseil) de sociétés pharmaceutiques (Pfizer, Boehringer, Angelini Pharma) et autres (Sony, Panasonic) ; un auteur a rédigé des protocoles de traitement et des livres sur la TCC-I, enseigne la TCC-I et est le fondateur de Hypknowledge, LLC.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

Cette synthèse méthodique a été réalisée sur la base d'un protocole publié au préalable, et elle a été rapportée selon les directives PRISMA. Les composantes de la TCC-I qui font l'objet de l'étude sont également clairement définies et décrites à l'avance. La recherche bibliographique était vaste, et les termes de recherche clairement rendus. La sélection des études a été effectuée par deux chercheurs indépendants, de même que l'extraction des données ainsi que l'évaluation de la qualité méthodologique. Les désaccords ont été résolus en concertation avec un troisième chercheur. Le rapport fait état de la fiabilité inter-évaluateurs pour la sélection ($k = 0,70$ avec IC à 95% de 0,66 à 0,74 avec 85,1% d'accord) et pour l'évaluation des biais ($k = 0,33$ avec IC à 95% de 0,20 à 0,45 avec 53,4% d'accord). L'évaluation du risque de biais a été réalisée à l'aide de l'outil Cochrane « Risque de biais ». Les résultats de cette démarche ne sont rapportés que de manière limitée dans l'article lui-même : le risque de biais est élevé pour 35% ($N = 85$), modéré pour 56% ($N = 135$) et faible pour 9% ($N = 21$). Le risque de biais pour chaque étude est mentionné dans le supplément, mais il manque un résumé des principales sources de biais. Les funnel plots n'indiquent pas de biais de publication ni de biais de notification. Cependant, comme les résultats avec les études de petite taille étaient systématiquement différents de ceux obtenus avec les études plus vastes, les auteurs ont effectué une analyse de sensibilité. Celle-ci a donné des résultats comparables. En outre, des analyses de sensibilité ont également été effectuées lorsque les abandons d'étude étaient importants et que le risque de biais était élevé, mais, ici aussi, les résultats ont chaque fois été confirmés. Des analyses post hoc ont également été effectuées sur un certain nombre de sous-groupes en fonction de l'âge, du sexe, de la prise de somnifères, des comorbidités et de la gravité de l'insomnie au début de l'étude. Ces facteurs étaient sans influence sur l'effet thérapeutique relatif des différentes composantes.

En ce qui concerne l'effet du traitement, les chercheurs ont défini la rémission comme l'obtention d'une valeur seuil prédéfinie à un questionnaire d'auto-évaluation validé sur le sommeil. Bien que l'expérience subjective de la qualité du sommeil soit importante pour estimer la gravité de l'insomnie, des mesures objectives du sommeil auraient pu constituer un complément utile. Lors de l'interprétation des résultats, nous devons également garder à l'esprit que certaines des composantes étudiées étaient peu présentes dans les études incluses. Cela pourrait avoir contribué à un manque de puissance pour un certain nombre de comparaisons de la méta-analyse en réseau par composantes.

Évaluation des résultats

Les auteurs tentent de répondre à la question de savoir quelles composantes de la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie chronique (TCC-I) sont efficaces, et sous quelles modalités la TCC-I est efficace. Cette question nous semble pertinente pour la pratique clinique, mais la méta-analyse en réseau par composantes discutée ici apporte-t-elle des réponses fiables ? Une méta-analyse en réseau par composantes permet d'estimer l'efficacité des composantes d'une intervention sans les avoir étudiées séparément. C'est ce que nous abordons dans un article méthodologique dans ce numéro (10). Pour cela, il faut pouvoir définir clairement les composantes et les distinguer les unes des autres. Pour les interventions psychologiques, cependant, ce n'est pas toujours évident parce que de nombreux éléments de l'intervention peuvent se chevaucher. Par exemple, le contrôle des stimuli ou la restriction de sommeil se chevauchent partiellement avec la psychoéducation, malgré des définitions et des protocoles distincts.

Dans cette méta-analyse en réseau par composantes, l'hypothèse est que l'efficacité des composantes est purement additive. On pourrait s'attendre à ce que certains éléments se renforcent mutuellement. L'effet des interactions possibles a donc été vérifié dans une analyse de sensibilité post hoc. Mais on n'a pas pu montrer d'impact sur les résultats. Les composantes ont été estimées comme étant présentes ou absentes (binaires) sur la base des descriptions des interventions dans les études originales. Toutefois, cela ne tenait pas compte du contenu concret des techniques utilisées et de la mesure dans laquelle elles étaient effectivement utilisées. Cela complique l'extrapolation des résultats à la pratique clinique. Pour de nombreux composantes, on ne

constate aucun effet statistiquement significatif. Par exemple, les éléments d'éducation que sont l'intention paradoxale et la relaxation ne semblent pas contribuer de manière statistiquement significative à la rémission, bien qu'ils fassent très souvent partie de la TCC-I. Cela pourrait s'expliquer par un manque de puissance ou un chevauchement entre les composantes, entraînant une sous-estimation de l'effet additif.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Le guide de pratique clinique élaboré par le groupe de travail pour le développement des guides de pratique clinique destinés à la première ligne (*Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn, WOREL*) (11) sur Ebpracticenet met l'accent sur une approche par étapes lors du recours à des interventions non médicamenteuses dans l'insomnie : un journal du sommeil comme première étape, suivi d'une éducation et de conseils en matière d'hygiène du sommeil. Si cela ne suffit pas, on peut recourir à des techniques de réduction du stress, à des techniques cognitives, au contrôle des stimuli, à la restriction du sommeil et à l'exercice physique. Le guide de pratique clinique de la Société néerlandaise des médecins généralistes (NHG) (12) recommande de toujours fournir une éducation et d'appliquer un traitement comportemental (contrôle des stimuli, restriction de sommeil, exercices de relaxation et thérapie cognitive) et des exercices structurels dans les formes résistantes d'insomnie. Le traitement doit être individuel, axé sur l'auto-assistance (de préférence avec l'aide d'un conseiller) ou en groupe. Un nouveau guide de pratique européen sur l'insomnie (13) recommande la TCC-I comme traitement de première intention de l'insomnie chronique chez l'adulte (y compris en cas de comorbidités). En ce qui concerne la TCC-I, les principales composantes citées sont la psychoéducation, l'hygiène du sommeil, la thérapie de relaxation, la restriction de sommeil et le contrôle des stimuli. Selon les données disponibles, la restriction de sommeil, le contrôle des stimuli, la thérapie de relaxation et l'intention paradoxale sont efficaces, et la psychoéducation ou l'hygiène du sommeil semblent être moins efficaces.

Conclusion de Minerva

Cette méta-analyse en réseau par composantes a montré que la restructuration cognitive, la pleine conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement, la restriction de sommeil, le contrôle des stimuli et les modalités de traitement en face à face étaient les composantes les plus efficaces de la thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de l'insomnie chronique chez l'adulte. Malgré l'inclusion d'un grand nombre d'études, la prudence est de rigueur pour l'interprétation des résultats. Les composantes du traitement qui ont fait l'objet de l'étude sont souvent peu nombreuses, ne sont pas toujours clairement définies et se chevauchent fréquemment.

Références voir site web