



HAL
open science

Apports d'une intervention psycho-éducative de groupe dans la prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte, en soins primaires : étude prospective en cabinet de médecine générale

Safinati Soilihi

► To cite this version:

Safinati Soilihi. Apports d'une intervention psycho-éducative de groupe dans la prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte, en soins primaires : étude prospective en cabinet de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01297358

HAL Id: dumas-01297358

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297358>

Submitted on 4 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2016

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

SOILIH I Safinati

Née LE 17 juin 1985 À Champigny-sur-Marne

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 MARS 2016

**APPORTS D'UNE INTERVENTION PSYCHO-ÉDUCATIVE DE
GROUPE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE
CHRONIQUE DE L'ADULTE, EN SOINS PRIMAIRES :
ÉTUDE PROSPECTIVE EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur HERMIL Jean-Loup

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur THIBERVILLE Jean

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur WEBER Jacques

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur LEVESQUE Hervé

Table des matières

LISTE DES ENSEIGNANTS MÉDECINE-PHARMACIE 2015/2016.....	3
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	14
REMERCIEMENTS.....	15
1 INTRODUCTION :.....	22
1. Première partie : Prise en charge thérapeutique des patients insomniaques.....	25
1.1 Prise en charge non médicamenteuse.....	25
1.1.1 Thérapie cognitive et comportementale (TCC) (11, 12, 13).....	25
1.1.1.1 Hygiène de sommeil.....	26
1.1.1.2 Contrôle des stimuli.....	27
1.1.1.3 Restriction du sommeil.....	28
1.1.1.4 Les techniques de relaxation.....	29
1.1.1.5 La thérapie cognitive.....	30
1.1.1.6 L'intention paradoxale.....	31
1.1.1.7 La désensibilisation systématique.....	31
1.1.2 La luminothérapie.....	31
1.1.3 L'acupuncture.....	32
1.2 Prise en charge médicamenteuse.....	32
1.2.1 Benzodiazépines hypnotiques et apparentés (z-drugs).....	36
1.2.2 Antihistaminiques H1 sédatifs.....	37
1.2.3 Mélatonine.....	38
1.2.4 Phytothérapie (29).....	39
1.2.5 Autres.....	39
1.2.5.1 Benzodiazépines hors AMM.....	39
1.2.5.2 Antidépresseurs sédatifs hors AMM.....	40
1.2.5.3 Antipsychotiques sédatifs hors AMM.....	40
1.2.5.4 Homéopathie.....	40
1.2.6 Recommandations.....	41
2. Deuxième partie : étude d'une intervention psycho-éducative de groupe, dans la prise en charge ambulatoire de l'insomnie.....	42
2.1 Matériels et méthodes :.....	42
2.1.1 Objectifs de l'étude.....	42
2.1.1.1 Objectif principal.....	42
2.1.1.2 Objectifs secondaires.....	42
2.1.2 Méthodes de recrutement des participants.....	42
2.1.2.1 Critères d'inclusion.....	43
2.1.2.2 Critères de non-inclusion.....	43

2.1.3 Critères d'évaluation.....	43
2.1.3.1 Critère principal.....	43
2.1.3.2 Critères secondaires.....	43
2.1.4 Différentes étapes de l'étude.....	44
2.1.4.1 Schéma de l'étude.....	44
2.1.4.2 Préparation des supports de l'étude.....	45
2.1.4.3 Diagnostic éducatif.....	46
2.1.4.4 Déroulement de la première séance :.....	46
2.1.4.5 Déroulement de la deuxième séance :.....	47
 2.2 RÉSULTATS :.....	 48
 3. DISCUSSION :.....	 68
3.1 DISCUSSION sur la MÉTHODE :.....	68
3.2 DISCUSSION sur les RÉSULTATS :.....	71
3.3 DISCUSSION SUR LES PERSPECTIVES :.....	76
 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	 83
 ANNEXES.....	 87
Annexe 1 : Affiche salle d'attente.....	88
Annexe 2 : PSQI.....	89
Annexe 3 : Index de Sévérité du Sommeil (ISI).....	95
Annexe 4 : ECAB.....	96
Annexe 5 : Diaporama.....	97
Annexe 6 : Agenda du sommeil.....	113
Annexe 7 : Une bonne hygiène de sommeil.....	115
Annexe 8 : Sources des illustrations des documents pédagogiques.....	117
 LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	 119

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MÉDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Épidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie

Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Épidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique

Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Épidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGRÉGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIÉ

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHÉS TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Merci aux membres du jury, de me consacrer une partie de votre temps et d'avoir accepté de juger mon travail.

Veillez croire en ma profonde reconnaissance.

À mon Directeur de thèse, monsieur le docteur Thiberville,

En dépit de la charge de travail qui vous incombe, vous avez accepté et cru en ce projet, vous l'avez soutenu et m'avez aidé à cheminer tout au long de mon parcours.

Soyez assuré de ma profonde considération.

Au Président du jury, monsieur le professeur Hermil,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant d'être le président du jury de ma thèse.

Vous avez été notre tuteur durant ces 3 années d'internat et vous nous avez accompagnés dans l'apprentissage de la médecine générale, dans la mise en place de notre projet professionnel et dans la résolution de problèmes rencontrés au cours de notre cursus.

Votre investissement dans la formation des internes et la valorisation de la médecine générale m'ont permis d'avoir accès à un cursus de qualité.

Veillez accepter l'expression de mon estime et de ma reconnaissance.

À monsieur le professeur Weber,

À monsieur le professeur Levesque,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse et je vous en remercie.

Veillez trouver le témoignage de mon profond respect.

À tous ceux qui m'ont aidé à mener à bien ce travail.

Merci aux patients ayant accepté de participer à cette étude, sans vous, ce travail n'aurait pas pu exister, je vous en remercie.

Aux médecins du cabinet de groupe de Maromme : mesdames les Docteurs Cottin, Gourvil, Ryckewaert et messieurs les Docteurs Thiberville, Raulin.

Je vous remercie tout d'abord de m'avoir accueillie si chaleureusement dès mon quatrième semestre, c'est un plaisir de travailler à vos côtés et de m'enrichir de vos expériences.

Je vous suis très reconnaissante de la liberté et de la confiance que vous m'avez accordée qui ont contribué au bon déroulement de ce projet.

À madame Sylvie Vasseur, psychologue, tu as été d'une aide précieuse.

Merci d'avoir d'emblée montré de l'intérêt pour ce travail et de l'avoir accepté sans réserve, lors qu'il y a un an, je t'ai parlé pour la première fois de mon projet de thèse.

À Christine et Annick, les deux secrétaires de choc, je vous remercie de l'aide que vous m'avez apporté dans la mise en œuvre de ce projet.

Merci pour votre implication, pour ces bons moments passés à papoter entre 2 patients, pour votre bonne humeur et votre gentillesse.

À mes relecteurs Nadiya, Soraya, Haïssa et Rafik, vous avez eu le courage et la patience de lire ce travail, merci pour vos remarques judicieuses, vos conseils, le temps passé à m'aider et merci à mon frère l'anglais pour sa traduction.

Merci aux équipes médicales, paramédicales, à mes co-externes et à mes co-internes, pour la découverte du travail en équipe, dans la bonne humeur (le plus souvent). Je ne me risque pas à citer tous les prénoms de peur d'en oublier. J'ai passé de très bon moments avec vous tous et j'en garderai un excellent souvenir.

Merci de m'avoir transmis vos expériences et vos savoirs. Vos accompagnements pendant mes stages ont façonné le médecin que je suis aujourd'hui.

À mes maîtres de stage, mesdames les docteurs Gourvil, Boutin et messieurs les docteurs Bunel, Chauvet, Achte, Dero,

Merci de m'avoir accueillie en stage dans votre cabinet durant mon internat et de m'avoir fait découvrir les différentes manières d'exercer la médecine générale.

Soyez assurés de toute ma gratitude.

À l'équipe des urgences adultes du Havre, j'ai débarqué chez vous un peu perdue lors de mon premier semestre d'internat et vous m'avez aidé à trouver ma place d'interne.

À l'équipe de diabétologie et médecine interne du Havre, ça a été un réel plaisir de travailler avec vous, j'ai beaucoup appris dans cette équipe pluridisciplinaire.

À l'équipe des urgences pédiatriques du Havre pour qui j'ai une tendresse toute particulière, j'ai tellement aimé travailler avec vous que j'ai remis ça.

À l'équipe de gynécologie de Dieppe, auprès de laquelle j'ai appris énormément.

Je souhaite également remercier les médecins généralistes que je remplace, qui me confient leurs patients et leurs cabinets.

Merci à tous. Merci de m'avoir donné le goût de la médecine.

J'entame maintenant l'une des parties difficiles de la rédaction d'une thèse.

Je préfère m'excuser dès à présent auprès des personnes dont le nom n'apparaît pas ici, mais qui compte quand même.

En tout cas, n'y voyez aucun irrespect de ma part, mais plutôt un manque de place. (6 pages de remerciements !!! Il y a un moment où il faut s'arrêter, non ?)

À ma famille de fou (oui, je l'ai dit, hahaha!). Cette famille, qu'on ne choisit pas mais que j'aurais choisi sans l'ombre d'un doute pour leur folie. Impossible de s'ennuyer avec eux ! Merci d'être là, tout simplement, parce que c'est kiffant une grande famille.

Je suis ravie de partager ce moment important de ma vie avec toute cette belle et folle famille qui est la mienne.

Je compte bien partager encore beaucoup de moments familiaux avec vous, in sha Allah. C'est si rassurant de savoir que quoi qu'il arrive je pourrai toujours compter sur vous.

À mes Parents, Echata et Hassani, alias maman et papa Rafik.

Grâce à qui je suis devenue celle que je suis. Rien n'aurait été possible sans vous. Merci pour les sacrifices que vous avez faits sans hésiter pour vos enfants.

Merci pour les valeurs que vous nous avez transmises et pour m'avoir guidé et montré l'exemple tout au long de ma vie.

Merci pour votre bienveillance, vos attentions permanentes, vos encouragements constant et votre accompagnement. Je suis honorée d'être votre fille, je ne cesserai de tout faire pour vous rendre heureux et fiers de moi.

Pour tout le bonheur que vous m'apportez, pour tout votre amour, et votre éducation qui ont fait le docteur et la femme que je suis aujourd'hui. Je vous dédie ce travail avec toute mon affection.

À mes frères Rafik, Omar et Abdillah,

À mes sœurs Nadiya, Haïssa et Chaïma,

À ma cousine et mes cousins , euh non ma petite cousine et mes petits cousins, bref mes (presque) frères et sœur, Wassila, Alfayed et Alwade.

Notre fratrie est essentielle dans ma vie.

Merci pour toutes ces années de bonheur à vos côtés, pour notre enfance délirante, pour notre complicité, pour tous ces bons moments passés ensemble, pour les liens qui nous unissent, les souvenirs d'enfants en commun qui me donnent encore le sourire chaque fois que j'y repense, pour votre soutien sans faille durant ces longues années d'études, pour s'être chargé de mes tâches administratives quand je manquais de temps en P1, pour les photocopies, pour m'avoir prêté une voiture, pour la livraison de repas lors de mes gardes à Monod, pour avoir été parfois mon psy gratuit, parfois un bon public pour toutes mes histoires de médecine drôle ou moins drôle ...

Dans une vidéo de famille (un dossier, comme on dit chez nous, vu par quelques privilégiés), l'anniversaire de Rafik, je crois, quand papa me demande « qu'est ce que tu veux faire quand tu seras grande ? », j'ai répondu « vendeuse d'habits », j'ai changé d'avis depuis c'est pas mal aussi médecin.

Après 10 ans, vous pouvez enfin m'appeler Docteur ! Enfin !!!

À ma belle-sœur Soraya, merci de rendre heureux mon frère. Le mot « belle » est presque de trop, sauf pour dire qu'elle est belle ma sœur Soraya.

À mon neveu Ayden, qui m'appelait docteur tata Safina, alors que je n'étais qu'une interne, ça y est mon pote, c'est officiel.

À mes nièces et neveux, Owaïss, Kayla et Jahid, et ceux qui viendront après (avec 6 frères et sœurs, je ne prend pas trop de risque, en le disant), pour leur sourire et la joie qu'ils nous apportent, vous voir grandir est un véritable bonheur !

À mes tatas, tontons, cousins et cousines, au sens large, très large. Je ne peux malheureusement pas citer tout le monde, les remercier tous prendrait plus que l'ensemble de cette thèse.

Je vous remercie tous pour le soutien et les bons moments passés ensemble.

À tous mes amis d'hier et d'aujourd'hui, sans qui la vie n'aurait pas le même saveur !

Aux futurs moments tous ensemble, maintenant que je n'ai plus à bosser ma thèse !

Profitons de chaque instant, la vie passe si vite.

À Amira, sans toi mes études de médecine n'auraient pas été les mêmes, merci pour les bons moments passés ensemble qui m'ont rendu toutes ces années de faculté plus agréables. Grâce à moi, tu sais que les Comores existent et que ça se trouvent dans l'océan Indien.

À Yasmina, merci pour l'investissement personnel dont tu as fait preuve et qui me touche énormément, les photocopies, le vidéo-projecteur... À Yasmina (encore une fois, sacrée Yas !), à ses collègues et tous ceux qui ont aidé à la préparation du buffet.

À Séverine et à tous nos « déjeuners d'affaires » . Courage pour ta thèse, ça va le faire. Bientôt on pourra manger sans parler thèse !

À tous mes amis plus anciens, ceux de la maternelle Sergent Goubin, de l'école et du collège Eugène Varlin et du Lycée Robert Schuman. Eh oui, on a grandi ! Merci d'avoir été là à toutes les étapes.

Et à tous ceux que je ne cite pas sur le papier, mais dont je n'oublie pas le soutien pour autant.

À tous ceux qui nous ont quitté mais que je n'oublierai jamais.

Merci à vous et à tous les autres, prenez soin de vous

Merci pour tous les bons moments partagés, passés... et à venir, in sha Allah !!!

*« Souffrant d'insomnie, j'échangerais un matelas de plumes
contre un sommeil de plomb. »*

Pierre Dac

INTRODUCTION :

L'insomnie est un motif typique de recours en soins primaires. Les études françaises et internationales s'accordent toutes sur une haute prévalence de l'insomnie chronique dans la population générale. Ce chiffre est variable étant donné les différences méthodologiques des études ainsi que l'hétérogénéité de la définition de l'insomnie.

Dans une recherche bibliographique des articles parus entre 1980 et 2009 sur l'épidémiologie de l'insomnie en France et en utilisant la classification DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version 4), la prévalence de l'insomnie concernait entre 15 et 20 % de la population. (1)

En 2010, 15,8 % des 15-85 ans déclarent des symptômes suggérant une insomnie chronique, 19,3 % de femmes et 11,9 % d'hommes ($p < 0,001$). (2)

En pratique générale, l'insomnie toucherait globalement la moitié des consultants en médecine générale et se répartirait en 15 à 17 % d'insomnies légères, 12 à 17 % d'insomnies modérées et 19 à 23 % d'insomnies sévères. (3)

Il s'agit d'un problème de santé important tant par sa fréquence que par ses répercussions physiques, psychologiques, sociales et économiques. (3)

D'un point de vue médical, elle peut influencer la survenue de certaines maladies ou leur aggravation telles que l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les troubles cognitifs et psychiatriques. (4)

Il a été mis en évidence que les insomniaques chroniques étaient plus souvent hospitalisés ; qu'ils souffraient plus de maladies et avaient plus de traitements (notamment des traitements cardiovasculaires et anti-infectieux) ; qu'ils étaient plus sujets aux accidents du travail et à l'absentéisme que "les bons dormeurs".

L'insomnie chronique est responsable d'une fatigue chronique, qui peut être logiquement à l'origine du développement de pathologies organiques ou psychiatriques, si elle n'est pas traitée. Les principaux risques sont le développement d'une pathologie anxieuse et/ou dépressive et les troubles coronariens.

L'insomnie peut conduire à un abus thérapeutique désordonné et impulsif préoccupant.

D'un point de vue socioprofessionnel, elle peut retentir non seulement sur les patients, mais également sur leur environnement (famille et collègues), entraînant une baisse de la qualité de vie, un fort taux d'absentéisme, une baisse de productivité, des accidents du travail, des

accidents de la voie publique et des difficultés relationnelles. (5)

Les benzodiazépines, molécules fréquemment consommées au long cours constituent le traitement le plus utilisé malgré le fait qu'aucune étude n'a montré le maintien d'une efficacité à long terme. En effet, le bénéfice-risque devient rapidement défavorable lors d'une consommation de benzodiazépine au long cours, en particulier dans un contexte d'insomnie chronique.

Les raisons de cette consommation sont multiples (médicalisation du mal de vivre, forte demande du patient pour un soulagement immédiat, manque de temps médical, défaut de formation des médecins, résignation des médecins face à la difficulté, manque d'accès à une psychothérapie adaptée...).

En 2010, 48,2 millions de boîtes d'hypnotiques dérivés ou apparentés aux benzodiazépines ont été vendues en ville. Ces médicaments ne sont pas destinés à un traitement chronique, ils sont indiqués dans les cas de « troubles sévères du sommeil dans les insomnies occasionnelles ou transitoires » pour de courtes périodes en accord strict avec les indications autorisées, la durée de prescription pouvant aller de quelques jours à 4 semaines maximum. Or, dans 73,9 % des cas, la durée d'un traitement est supérieure à 3 mois. La durée d'exposition moyenne constatée pour un hypnotique est de 7,2 mois. 19,4 % des patients ont une posologie journalière estimée supérieure à celle recommandée par l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). (6)

Face à des plaintes récurrentes de patients insomniaques, le médecin généraliste doit être en mesure de répondre par une stratégie thérapeutique claire, efficace et adaptée à l'exercice actuel de la médecine générale.

La majorité des patients essaie de résoudre seuls leur problème d'insomnie et font appel à un service médical en ultime recours. Le médecin généraliste est le plus souvent sollicité en première intention (7). Il est recommandé d'avoir une approche « active » devant une plainte d'insomnie (3). Dans l'enquête de l'organisation Gallup publiée en 1991, 69 % des sujets indiquant avoir des troubles du sommeil n'en avaient jamais parlé à leur médecin, 26 % leur en avaient parlé à l'occasion d'une visite pour un autre motif et 5 % seulement les avaient consultés spécifiquement pour ce trouble (8). D'où la nécessité d'adopter par le médecin généraliste, une approche active de la question du sommeil lors des consultations.

Les techniques cognitivo-comportementales sont recommandées dans le traitement de l'insomnie chronique (9). Aujourd'hui, en France, elles sont peu développées, donc peu accessibles, et ne constituent dans ce contexte qu'une alternative assez théorique (3). Pourtant, ces alternatives au traitement médicamenteux, qui relèvent du registre éducatif ou cognitivo-comportemental sont connues des professionnels de santé pour être efficace.

En Juin 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) publient un guide thérapeutique intitulé "Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques". Ce guide a pour objectif de proposer un cadre méthodologique aux professionnels de santé, aux organisations professionnelles et aux associations de patients pour favoriser le développement de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et la mise en place de programmes structurés d'ETP pour les patients qui ont une maladie chronique.

L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. (10)

En raison, des difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge du patient atteint d'insomnie chronique primaire, nous avons élaboré la problématique suivante : Quel est l'intérêt et la place d'une éducation thérapeutique de groupe sur la prise en charge de l'insomnie de l'adulte par le médecin généraliste ?

Nous avons émis l'hypothèse qu'une éducation thérapeutique de groupe pouvait être responsable d'une amélioration de la qualité du sommeil et d'une intention de diminution partielle ou totale de la consommation en hypnotique.

La première partie de cette thèse constituera un rappel sur la prise en charge thérapeutique des patients insomniaques.

La deuxième partie présentera l'étude d'une intervention psycho-éducative de groupe dans la prise en charge de l'insomnie, en soins primaires.

1. Première partie : Prise en charge thérapeutique des patients insomniaques

Ces stratégies impliquent en général non seulement la prescription de traitements, pharmacologiques ou non, mais aussi l'établissement d'un programme de suivi comportant l'évaluation périodique des effets des traitements et un soutien psychologique constant. (3)

1.1 Prise en charge non médicamenteuse

1.1.1 Thérapie cognitive et comportementale (TCC) (11, 12, 13)

La TCC est une thérapie brève. Appliquée à l'insomnie, elle est conçue pour aider les patients à reprendre le contrôle de leur sommeil et à changer leurs mauvaises habitudes. Cette thérapie comporte deux composantes : l'élément cognitif vise à modifier les croyances, les attitudes, les attentes et les craintes du patient relatives à l'insomnie; tandis que l'élément comportemental vise à corriger ses mauvaises habitudes de sommeil et à régulariser l'horaire du sommeil. Elle s'appuie sur des techniques concrètes qui permettent de travailler directement sur le symptôme.

Le principe est que le symptôme traduit un comportement inadapté qu'il faut modifier. Le patient va apprendre à changer son comportement en déployant de nouvelles stratégies plus adéquates.

De façon plus concrète, le principe de la TCC est de se débarrasser des mauvaises habitudes de sommeil et des pensées erronées, de réduire l'activation physiologique et cognitive au coucher et de promouvoir une meilleure hygiène de sommeil.

Les principales interventions cognitivo-comportementales sont : l'apprentissage de l'hygiène du sommeil, le contrôle des stimuli, la restriction de sommeil, la relaxation et la thérapie cognitive. D'autres techniques sont proposées mais peu utilisées : l'intention paradoxale et la désensibilisation systématique.

Plusieurs méta-analyses et revues, incluant de nombreux essais randomisés et contrôlés de méthodologie indiscutable, étudient l'efficacité de ces méthodes dans l'insomnie chronique,

primaire ou secondaire. En résumé, l'ensemble de ces travaux converge et permet de conclure à :

- une amélioration au moins modérée du délai d'endormissement, du maintien du sommeil, des performances diurnes et de la qualité de vie, sans changement notable du temps total de sommeil

- un effet prolongé de cette efficacité, constaté de 6 mois à 2 ans après la fin du traitement, bien que contestée pour la relaxation seule

- une aide à la diminution de la consommation de psychotropes, en particulier chez les personnes âgées. (5)

1.1.1.1 Hygiène de sommeil

L'hygiène du sommeil vise à fournir à l'individu des règles de base sur le sommeil et l'insomnie, ainsi que sur les facteurs environnementaux et les habitudes de vie, pouvant nuire au sommeil.

Ces règles peuvent être recommandées à tous les individus, qu'ils aient ou non des problèmes de sommeil. Elles sont simples et ne requièrent pas, de la part du clinicien, de formation professionnelle particulière.

Dans le traitement cognitivo-comportementale de l'insomnie, l'hygiène du sommeil est le plus souvent utilisée comme une technique adjuvante, associée à d'autres interventions.

Les principales recommandations concernant l'hygiène du sommeil sont :

- Limiter sa consommation de stimulants comme le thé, le café, les boissons gazeuses caféinées dans les 4 à 6 heures qui précèdent le coucher.

- La nicotine doit être évitée au coucher et au cours des éveils nocturnes. C'est un stimulant qui retarde l'endormissement, augmente les réveils nocturnes et rend le sommeil plus léger.

- Limiter sa consommation d'alcool. Même si l'alcool peut favoriser l'endormissement, il cause également une fragmentation du sommeil en deuxième partie de nuit.

- Éviter les repas trop copieux le soir, mais ne pas se coucher en ayant faim.

- En journée, une activité physique est recommandée, le sport favorise l'endormissement, diminue les éveils nocturnes et augmente le sommeil à ondes lentes qui est le plus

réparateur. Toutefois, il ne doit pas être pratiqué dans les 4 heures qui précèdent le coucher (stimulation des systèmes d'éveil).

- Faire de sa chambre un environnement calme propice au sommeil. Limiter le bruit et la lumière. Maintenir une chambre aérée, fraîche et une température agréable (18-19°C). Disposer d'une literie de bonne qualité.

- Placer son réveil de manière à ne pas le voir. L'observation des heures qui passent favorise l'angoisse et la frustration.

1.1.1.2 Contrôle des stimuli

Le principe du traitement par le contrôle des stimuli repose sur l'hypothèse que les insomniaques ont développé une association négative entre, d'une part, l'environnement ou les situations propices au sommeil et, d'autre part, la difficulté à s'endormir ou à rester endormi.

Le point de départ est un stimulus neutre (le lit par exemple), combiné à une stimulation perçue comme négative (rester éveillé). Après 3 semaines, ce stimulus devient le signe annonciateur d'une situation négative. Dans ces conditions, la chambre à coucher ou le lit deviennent des stimuli contribuant à rester éveillé. Les personnes éprouvent surtout des difficultés à s'endormir ou à retrouver le sommeil s'ils se réveillent au cours de la nuit.

Les patients insomniaques ont souvent développé des comportements inappropriés au moment du coucher qui entretiennent l'insomnie. Il peut s'agir de stimulations extérieures, telles que regarder la télévision, écouter de la musique, travailler dans son lit ou bien ruminer les problèmes de la journée.

En limitant le temps passé au lit éveillé, on fait en sorte d'amener l'individu à réassocier le lit et l'environnement de la chambre à coucher avec le sommeil, plutôt qu'avec la frustration causée par l'incapacité de dormir ou à rester endormi.

Le contrôle des stimuli repose des consignes principales :

- Se lever tous les matins à la même heure, y compris les week-ends, quelle que soit l'heure du coucher et le nombre d'heures de sommeil de la nuit.

- Favoriser les activités relaxantes au moins 1 heure avant le coucher pour préparer le sommeil (lecture, musique, télé). Mettre de côté les problèmes de la journée. La détente physique et morale favorisera l'endormissement.

- Se coucher seulement lorsque le sommeil se fait sentir.
- Utiliser le lit et la chambre à coucher seulement pour le sommeil et l'activité sexuelle. Exclusion de toute autre activités, en particulier regarder la télévision au lit ou y travailler.
- Si le sommeil ne vient pas en 20 à 30 minutes, se lever et aller dans une autre pièce pour effectuer une activité calme, délassante ou ennuyeuse, mais néanmoins utile (préparation d'une boisson chaude, lecture facile, écoute de musique douce, ...). Retourner se coucher uniquement lorsque le sommeil se fait sentir. Répéter cette procédure aussi souvent que nécessaire.
- Éviter les siestes longues (supérieures à 30 minutes) et trop tardives (après 16 heures), afin de ne pas diminuer la pression de sommeil le soir.

Cette méthode apparaît accessible dans l'exercice du médecin généraliste. Elle agit essentiellement sur le délai d'endormissement.

1.1.1.3 Restriction du sommeil

Augmenter le temps passé au lit est une stratégie courante chez les mauvais dormeurs pour tenter de récupérer le sommeil. Les personnes souffrant d'insomnie peuvent passer un temps important au lit dans un état d'éveil, s'efforçant de récupérer le sommeil perdu. L'insomniaque peut se mettre au lit plus tôt simplement afin de s'assurer qu'il sera endormi à l'heure désirée, rester au lit tard le matin pour compenser la perte de sommeil ou faire des siestes le jour dans le but d'obtenir la part de sommeil qui lui revient. Cette durée excessive de temps passée au lit contribue à fragmenter le sommeil et à maintenir l'insomnie.

La restriction du sommeil consiste à limiter le temps passé au lit afin qu'il soit le plus près possible du temps réel de sommeil. Il s'agit d'abord de déterminer une fenêtre de sommeil. Le patient ne pourra dormir qu'à l'intérieur de cette fenêtre et à aucun autre moment (week-end et congés y compris). L'heure de lever est définie en fonction de l'heure habituelle de réveil et des impératifs de la journée (horaire d'arrivée au bureau). Elle doit être constante.

L'efficacité du sommeil est définie par : $[\text{temps total de sommeil} / \text{temps passé au lit}] \times 100$

On vise à obtenir un coefficient d'efficacité du sommeil égal au moins à 85 %

On considère qu'une efficacité du sommeil supérieure ou égale à 85% correspond à un sommeil moins fractionné et donc de meilleure qualité. Cette méthode est proposée au

patient dont l'efficacité du sommeil est inférieure à 80%.

La tenue d'un agenda du sommeil, pendant au moins 15 jours, avant la mise en place de la restriction du sommeil, est nécessaire afin de pouvoir prescrire le temps passé au lit. Le patient devra continuer à tenir son agenda du sommeil, pendant l'application de cette mesure afin de pouvoir adapter le temps passé au lit en fonction de l'amélioration ou non de l'efficacité du sommeil. La durée passée au lit est déterminée à l'avance, grâce à l'agenda du sommeil, et doit correspondre à la durée moyenne du sommeil enregistrée. Elle sera ajustée périodiquement sur une base hebdomadaire, selon l'indice d'efficacité du sommeil. Les modifications se font sur l'heure du coucher, une heure de lever fixe est à privilégier.

Ainsi, si l'efficacité du sommeil est inférieure à 80%, nous réduisons la durée passée au lit, en retardant l'heure du coucher par tranches de 15 minutes, mais en maintenant constante l'heure du lever. Cela pour créer un léger état de privation de sommeil, afin d'amener le patient à ressentir de la somnolence au moment du coucher, de s'endormir plus rapidement et afin d'obtenir une meilleure continuité du sommeil. Entre 80 et 85%, la durée est inchangée. Si elle est supérieure à 85%, le temps de sommeil peut être augmenté progressivement, de 15 minutes en 15 minutes, en avançant l'heure du coucher.. A noter, que le temps passé au lit ne doit jamais être inférieur à 5 heures et les siestes diurnes sont proscrites.

Lorsqu'il n'y a plus d'augmentation du temps de sommeil, le temps passé au lit est alors stabilisé.

La restriction de sommeil apparaît plus complexe, et moins adaptée à la prise en charge de l'insomnie par le médecin généraliste, du fait qu'elle nécessite une analyse fine de l'agenda du sommeil et un suivi hebdomadaire très étroit du patient pour adapter le temps passé au lit. En début de traitement, il peut y avoir une somnolence diurne excessive qui peut nécessiter un arrêt de travail pour le patient.

1.1.1.4 Les techniques de relaxation

Un niveau d'activation cérébrale élevé peut constituer un obstacle important à la survenue et au maintien du sommeil. Cette hyper-activation plus couramment appelée « stress » ou « tension interne » peut se traduire dans différents champs : émotionnels (ex : anxiété), physiologiques (tensions musculaires) ou cognitifs (pensées intrusives, images mentales négatives répétitives).

Le recours à la relaxation repose sur l'idée que le patient insomniaque présente, au moment du coucher, des tensions physiques et ou psychiques incompatibles avec le processus d'endormissement. L'objectif de la technique n'est pas d'induire directement le sommeil, mais d'induire un état de détente propice à son apparition.

Toutes les techniques exigent néanmoins un entraînement régulier pendant plusieurs semaines.

Cette méthode devient spécialisée et donc moins accessible à tout omnipraticien, en dehors d'une formation spécifique.

1.1.1.5 La thérapie cognitive

Les fausses croyances, les attentes irréalistes à propos de ce que devrait être une bonne nuit ou les mauvaises attributions sur les causes et conséquences de l'insomnie maintiennent un niveau d'éveil élevé, favorisent une angoisse de performance par rapport à l'endormissement et engendrent l'entretien du cercle vicieux de l'insomnie.

Les principales croyances et attitudes erronées sont : allonger le temps passé au lit permet de dormir plus ; dormir au moins 8h la nuit est nécessaire ; si je ne dors pas, demain je serai incapable de fonctionner ; quand je suis irritable, anxieux ou déprimé, c'est parce que j'ai mal dormi la nuit précédente...

La thérapie cognitive consiste à repérer ces croyances et ces pensées, à les remettre en question et à amener le patient à envisager les choses différemment, en les remplaçant par des cognitions plus adaptées. La thérapie cognitive permet également de diminuer l'hyper vigilance qui caractérise certains insomniaques et de corriger certains facteurs de personnalité prédisposant.

La thérapie cognitive va aider le patient à :

- Réviser l'évaluation des causes de l'insomnie
- Garder des attentes réalistes concernant le sommeil.
- Ne pas considérer l'insomnie comme responsable de toutes les difficultés de la journée.
- Dédramatiser une mauvaise nuit de sommeil.
- Ne pas chercher à dormir à tout prix.
- Développer une certaine tolérance aux effets du manque de sommeil.

Parmi les traitements non pharmacologiques, les thérapies cognitives sont plus spécialisées

et nécessitent une formation spécifique, ce qui la rend difficilement accessible dans la pratique quotidienne. D'autant plus que leur utilisation nécessite un temps considérable pour le praticien et certaines de ces techniques sont peu accessibles en France (peu pratiquées et non remboursées).

1.1.1.6 L'intention paradoxale

Elle est fondée sur le fait que les efforts faits par le sujet pour s'endormir, entraînent une attente anxieuse qui rend le sommeil impossible. L'objectif de la méthode est donc de détourner l'attention du sujet en lui demandant de faire des efforts pour ne pas s'endormir. Le but est de dédramatiser l'insomnie, de réduire l'effort de sommeil et l'anxiété de performance générée par l'échec à se rendormir.

L'intention paradoxale est plus spécialisée et nécessite une formation spécifique.

1.1.1.7 La désensibilisation systématique

La désensibilisation systémique (ou exposition graduelle) est une technique consistant à exposer graduellement le patient au stimulus phobogène, soit en imagination, soit dans une situation réelle

Appliquée à l'insomnie, le postulat de base repose sur le fait que la situation de coucher est devenue un stimulus aversif provoquant une tension incompatible avec l'endormissement. L'objectif est de briser cette association et de créer l'association coucher-détente. Cette technique utilise la relaxation. Lorsque celle-ci est bien maîtrisée par le patient on peut appliquer la désensibilisation systématique en lui demandant d'imaginer la situation du coucher, de la visualiser et, peu à peu, grâce à l'utilisation de la relaxation, de diminuer l'anxiété qui y est liée.

La désensibilisation systématique est plus spécialisée et nécessite une formation spécifique.

1.1.2 La luminothérapie

La luminothérapie consiste à placer le patient devant une lampe diffusant une lumière blanche intense (généralement 10 000 lux), pendant environ deux heures par jour. Il importe que la luminothérapie ait lieu au bon moment, tôt dans la journée en cas de difficultés

d'endormissement ou en soirée en cas de réveil matinal précoce. Cela permet de renforcer le cycle éveil-sommeil en jouant sur la lumière, synchroniseur important.

L'efficacité de la luminothérapie dans l'insomnie n'a pas été prouvée par ailleurs.

1.1.3 L'acupuncture

L'acupuncture peut également être proposée dans la prise en charge de l'insomnie, pour les troubles mineurs.

Nous manquons actuellement de données cliniques de qualité pour nous informer sur l'efficacité et l'innocuité de l'acupuncture. (14)

1.2 Prise en charge médicamenteuse

Un hypnotique, appelé couramment somnifères est une substance qui provoque sur l'activité cérébrale une dépression suffisante pour induire le sommeil. (15)

Le mot somnifère est emprunté au latin "somnifer", formé de somnus (sommeil) et de ferre (apporter).

Diverses molécules ont des effets hypnotiques et sont indiquées dans le traitement de l'insomnie comme les benzodiazépines hypnotiques, les médicaments apparentés aux benzodiazépines (Z-drugs), les antihistaminiques H1 hypnotiques, la mélatonine et certains médicaments à base de plantes. D'autres sont prescrites pour les troubles du sommeil alors qu'elles n'ont pas cette indication (certaines benzodiazépines, des anti-dépresseurs sédatifs, des anti-psychose sédatifs).

L'hypnotique idéal :

- doit entraîner une induction rapide du sommeil, maintenir le sommeil pendant au moins 7 heures, respecter l'architecture du sommeil,
- ne doit pas avoir d'effet résiduel (au réveil, pendant la journée),
- ne doit pas induire d'accoutumance, de tolérance et de syndrome de sevrage,
- doit avoir une bonne marge de sécurité,
- ne doit pas avoir d'interactions médicamenteuses.

Aucun hypnotique ne réunit toutes ces propriétés : l'hypnotique idéal n'existe pas. (16)

	noms des médicaments commercialisés en France :	propriétés :	Effets indésirables : (17)
les benzodiazépines hypnotiques	<p><u>benzodiazépines d'action prolongée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - NITRAZEPAM : MOGADON* - ESTAZOLAM : NUCTALON* <p><u>benzodiazépines d'action intermédiaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - LOPRAZOLAM : HAVLANE* - LORMETAZEPAM : NOCTAMIDE* - TEMAZEPAM : NORMISON* 	<p>anxiolytiques, sédatives, hypnotiques et myorelaxantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - effets propres sur le sommeil : - diminution délai d'endormissement - diminution du nombre et la durée des réveils nocturnes - augmentation modeste de la durée totale de sommeil. <p>Un effet de tolérance peut apparaître avec la durée du traitement entraînant un estompement de ces effets propres sur le sommeil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En rapport avec la posologie et/ou la sensibilité individuelle : somnolence, difficultés de concentration, hypotonie, sensations ébrieuses, plus rarement réactions paradoxales (euphorie avec levée d'inhibitions et amnésie rétrograde, agressivité, excitation, confusion mentale, syndrome d'amnésie-automatisme) - En utilisation prolongée et/ou à forte dose : développement d'une tolérance et risque de dépendance physique et psychique pouvant entraîner à l'arrêt un syndrome de sevrage - Très rares : dysphagie, réactions cutanées allergiques - Surdosage : état ébrieux, somnolence, coma, dépression respiratoire
les apparentés aux benzodiazépines ou z-drugs	<ul style="list-style-type: none"> - ZOPICLONE Imovane* et génériques - ZOLPIDEM Stilnox* et génériques 	<p>myorelaxante, anxiolytique, sédative, hypnotique, anticonvulsivante, amnésiante</p> <ul style="list-style-type: none"> - demi-vie courte : cinq heures pour le Zopiclone et moins de trois heures et demie pour le Zolpidem. - augmente la durée et améliore la qualité du 	<p>Pour le ZOPICLONE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En rapport avec la posologie et/ou sensibilité individuelle : somnolence diurne, hypotonie musculaire, bouche sèche, céphalées, asthénie, amnésie antérograde, sensation ébrieuse, plus rarement réactions paradoxales d'irritabilité,

		<p>sommeil</p> <ul style="list-style-type: none"> - diminue le délai d'endormissement, le nombre de réveils nocturnes et de réveils précoces - prolonge le stade II, respecte ou prolonge les stades de sommeil profond (III et IV) et respecte le sommeil paradoxal. 	<p>d'agressivité, d'excitation, syndrome confusionnel ou confuso-onirique .</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensation de goût amer après la prise, réactions cutanées allergiques rares. - Possibilités de dépendance avec syndrome de sevrage à l'arrêt brutal du traitement - Surdosage : somnolence, coma et dépression respiratoire <p>Pour le ZOLPIDEM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En rapport avec la posologie et/ou sensibilité individuelle : sensations vertigineuses, somnolence diurne, céphalées, nausées et/ou vomissements, asthénie. - Très rares : syndrome d'amnésie-automatisme, somnambulisme, agitation nocturne, cauchemars, syndrome confusionnel transitoire, hallucinations visuelles, syndrome dépressif, diplopie, tremblements, démarche instable, ataxie, chutes, diarrhée. - Possibilités de dépendance avec syndrome de sevrage à l'arrêt brutal du traitement - Surdosage : troubles de la conscience modérés sans dépression cardio-respiratoire.
	<p>- ALIMEMAZINE : THERALENE*</p> <p>- PROMETHAZINE :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - diminue le nombre de réveils nocturnes - augmente la durée totale 	<ul style="list-style-type: none"> - effets résiduels : somnolence diurne (demi-vie longue), troubles de la

<p>les antihistaminiques H1 sédatifs</p>	<p>PHENERGAN* (certaines présentations sont disponible sans ordonnance), la durée du traitement est limitée à 2 à 5 jours, sauf avis médical contraire.</p> <p>- DOXYLAMINE : (DONORMYL*, LIDENE*, NOCTYL*) (disponible sans ordonnance), la durée du traitement est limitée à 2 à 5 jours, sauf avis médical contraire.</p>	<p>de sommeil (surtout stades III et IV, sommeil paradoxal plus ou moins modifié).</p> <p>- ALIMEMAZINE : demi-vie variable mais souvent prolongée</p> <p>- PROMETHAZINE : demi-vie comprise entre 10 et 15h</p> <p>- DOXYLAMINE : demi-vie de 10h environ</p>	<p>vigilance, troubles de l'équilibre, vertiges, baisse de la concentration, diminution des performances</p> <p>- effets atropiniques : bouche sèche, mydriase, troubles de l'accommodation, élévation de la pression intra-oculaire, constipation, rétention urinaire en cas d'obstacles uréthro-prostatique, poussée de glaucome aigu à angle fermé, tachycardie, palpitations cardiaques, hypotension orthostatique, confusion mentale, hallucinations</p> <p>- excitation paradoxale chez certains sujets</p> <p>- exceptionnellement troubles extrapyramidaux, génito-endocriniens, cutanés (allergiques ou par photosensibilisation), ictère, leucopénie, agranulocytose</p>
<p>la mélatonine</p>	<p>MELATONINE : CIRCADIN* 2 mg, sur ordonnance (Liste II), non remboursé</p>	<p>- améliore le sommeil chez des sujets souffrant de troubles du sommeil primaire par rapport au placebo.</p> <p>- réduit la latence endormissement, augmente le temps de sommeil total et améliore la qualité du sommeil globale par rapport au placebo à un degré statistiquement significatif</p> <p>- le bénéfice de la mélatonine par rapport au placebo est plus petit que</p>	<p>Peu fréquents : douleurs abdominales, nausées, céphalées, hyperactivité psychomotrice, vertiges, somnolence, irritabilité, insomnie, asthénie, prise de poids, hyperbilirubinémie, constipation, sécheresse buccale, hyperhidrose, crise convulsive.</p>

		pour les autres traitements pharmacologiques indiqué dans l'insomnie - rapport efficacité/tolérance favorable à court terme(18)	
phytothérapie	Spécialités les plus classiques : à base d'aubépine, passiflore, valériane, houblon . Non remboursé	Des extraits de valériane semblent avoir une certaine efficacité sur la qualité ressentie du sommeil : proche de celle d'un somnifère à dose faible	ne semblent provoquer aucun effet indésirable grave

1.2.1 Benzodiazépines hypnotiques et apparentés (z-drugs)

La balance bénéfices-risques à court terme des benzodiazépines et apparentés est plus favorable que celle des autres hypnotiques. Mais en raison d'une diminution de leur efficacité, d'un risque de dépendance et d'un rebond d'insomnie à l'arrêt du traitement, les benzodiazépines et apparentés ont le plus souvent une balance bénéfices-risques défavorable lors d'un traitement au long cours.

Utilisées à court terme, les benzodiazépines peuvent raccourcir le temps d'endormissement et prolonger la durée totale de sommeil, mais le bénéfice est plutôt limité. Le temps d'endormissement rapporté par les patients eux-mêmes diminuait de plus ou moins 15 minutes et la durée totale du sommeil était prolongée de 39 à 49 minutes. Si les résultats obtenus par la polysomnographie ne révèlent pas de bénéfice au niveau du temps d'endormissement, ils en montrent un au niveau de la durée totale de sommeil, qui est en moyenne de 62 minutes plus longue avec les benzodiazépines qu'avec le placebo (19).

Effets encore plus modestes chez le sujet âgé, puisque le bénéfice au niveau de la durée totale de sommeil par rapport au placebo est de 34 minutes (IC à 95% 16 à 53 minutes ; $p < 0,01$) , et la survenue de réveils nocturne est diminuée de 0.6 fois seulement (IC à 95 % 0,41 à 0,78 ; $p < 0,0001$) (20).

Bien que les benzodiazépines soient souvent utilisées sur de plus longues périodes par les patients insomniaques, les études disponibles sont toutes de courte durée (tout au plus 8

semaines) (21).

Aucune étude n'a montré le maintien d'une efficacité à long terme. Un échappement thérapeutique est possible au bout de quelques semaines de traitement (22). Subjectivement, les patients témoignent d'une efficacité persistante à long terme. Cette « surestimation » du sommeil sous benzodiazépines reste présente lorsque le médicament a perdu son efficacité, ce qui est peut-être dû à l'effet des benzodiazépines sur la mémoire immédiate, les patients oubliant leurs difficultés d'endormissement.

La prise de benzodiazépines expose plus spécifiquement le patient âgé à des chutes (grade B) et à leurs conséquences, ainsi qu'à des altérations cognitives (grade C) et à des accidents de la voie publique, notamment s'il conduit (grade C) (23).

L'effet clinique du ZOLPIDEM et celui du ZOPICLONE sont proches de celui des benzodiazépines avec une balance bénéfices-risques du même ordre. (24)

Aucune étude ne conclut de façon formelle à un bénéfice clinique significatif supérieur des z-drugs par rapport aux benzodiazépines (25).

À efficacité et tolérance comparables, le choix doit se porter sur le médicament le moins cher (3).

Lorsque l'on opte pour un traitement par des z-drugs, les mesures destinées à réduire le risque de tolérance et de dépendance aux benzodiazépines sont également d'application.

Les nouveaux hypnotiques non benzodiazépines ne présentent aucun avantage prouvé par rapport aux benzodiazépines classiques, en terme d'efficacité et d'innocuité. Au regard de leur prix plus élevé, leur profil d'effets indésirables et l'expérience d'utilisation moins longue, ces produits ne constituent qu'un second choix (26).

1.2.2 Antihistaminiques H1 sédatifs

Certaines antihistaminiques H1 bénéficient de l'indication « insomnie », sous réserve des contre-indications et précautions décrites (effets anticholinergiques ou adrénolytiques) et peuvent être utilisés chez l'adulte, mais sont à déconseiller chez le sujet âgé (effets atropiniques non négligeables).

Des études relativement anciennes (juillet 1987) (27) ont montré une efficacité modérée à court terme mais aucune étude n'a prouvé l'efficacité à long terme de ces molécules dans la prise en charge des insomnies.

Leur demi-vie de l'ordre de 10h, entraîne des effets résiduels non négligeables.

Les antihistaminiques H1 ne provoquent pas de dépendance, ni d'amnésie antérograde.

Une efficacité modérée démontrée à court terme sur l'insomnie légère, des effets résiduels diurnes en rapport avec une demi-vie de l'ordre de 10h, des effets anticholinergiques susceptibles de se cumuler avec ceux d'éventuels autres produits psychotropes et une accoutumance rapide, de l'ordre de 3 à 7 jours, font que le rapport bénéfices/risques est défavorable (5).

Les hypnotiques antihistaminiques H1 ont une utilisation discutée dans les troubles du sommeil. Ils ne sont pas utilisés en première intention.

1.2.3 Mélatonine

En France, la mélatonine (Circadin®) est commercialisée et a obtenu une autorisation de mise sur le marché en juin 2007, pour le traitement à court terme de l'insomnie primaire caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité, chez les patients de 55 ans ou plus.

Dans sa commission de transparence, la HAS souligne une efficacité modeste de ce traitement (2mg/jour pendant 3 semaines) sur la qualité de sommeil, l'endormissement ou la qualité de réveil.

Les données cliniques de CIRCADIN sont en faveur d'un rapport efficacité/tolérance favorable à court terme. Néanmoins, les résultats cliniques obtenus sous CIRCADIN ne concernent pas la population gériatrique des personnes de plus de 65 ans poly-pathologiques ou très âgées, parfois poly-médicamentées.

La prudence s'impose lors de l'administration de la mélatonine chez l'insuffisant rénal. CIRCADIN est déconseillé chez l'insuffisant hépatique. Par contre, aucun phénomène de sevrage ou d'effet rebond n'a été mis en évidence au cours du développement du produit (28).

Les données cliniques ne permettent pas de présumer que CIRCADIN apporte un avantage clinique dans la prise en charge de l'insomnie primaire, le service médical rendu est faible. L'impact de la commercialisation de ce médicament sur la surconsommation des hypnotiques de type benzodiazépines ou apparentés et son intérêt en termes de santé publique restent à déterminer.

1.2.4 Phytothérapie (29)

En 1998, l'agence française du médicament a publié une liste de 19 plantes, à partir desquelles, il est licite, sur la base d'un dossier allégé d'AMM, d'élaborer des « médicaments à base de plantes » avec l'indication thérapeutique suivante : « traditionnellement utilisé dans le traitement symptomatique des états neurotoniques des adultes et des enfants, notamment en cas de troubles mineurs du sommeil ».

4 plantes sont en vente libre : mélisse, oranger, tilleul et verveine odorante. Elles n'ont aucune efficacité démontrée mais leur innocuité permet d'en conseiller l'emploi.

15 plantes relèvent en France du monopole pharmaceutique.

L'aubépine, le houblon et la passiflore (en vente en pharmacie seulement) ne semblent provoquer aucun effet indésirable grave, et peuvent être utilisés sans inquiétude.

La valériane est la plante la plus étudiée, mais les résultats ne sont pas univoques et les essais cliniques versus placebo sont très majoritairement de faible qualité méthodologique.

Si l'efficacité de ces substances reste incertaine, la phytothérapie peut rester une alternative intéressante (à titre de placebo), dans les insomnies légères, pour éviter la prescription d'hypnotique (3). Ainsi, la prise d'une infusion vespérale, en soutien à des actions comportementales, peut être le prétexte à ménager un moment de détente avant le coucher et favoriser la transition vers l'endormissement.

1.2.5 Autres

1.2.5.1 Benzodiazépines hors AMM

Des benzodiazépines peuvent être prescrites pour les troubles du sommeil alors qu'elles n'ont pas cette indication.

Le CLONAZEPAM (RIVOTRIL*) (traitement de l'épilepsie) est parfois prescrit hors AMM dans les troubles du sommeil.

La prescription de molécules dont l'AMM est « traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes », peut être retrouvée dans le traitement de l'insomnie avec présence d'anxiété (hors AMM), comme le LORAZEPAM (TEMESTA et génériques) et l'OXAZEPAM (SERESTA et génériques).

1.2.5.2 Antidépresseurs sédatifs hors AMM

Bien qu'aucun antidépresseur n'ait d'AMM en France dans les troubles du sommeil, ceux pourvus d'effets sédatifs ont parfois été préconisés à faible dose, même en l'absence de composante dépressive (5).

L'emploi des antidépresseurs dans le traitement de l'insomnie reste controversé, d'autant plus que leurs effets sur le sommeil s'accompagnent d'effets indésirables notables : effet anti cholinergique, toxicité cardiaque, hypotension orthostatique, retentissement sexuel, exagération des impatiences des membres inférieurs et des mouvements périodiques des membres chez certains sujets...

Il n'existe aucune preuve de l'efficacité de la prescription des antidépresseurs sédatifs dans les cas d'insomnie sans dépression sous-jacente (3). Vu leur toxicité potentielle, il serait préférable de les utiliser comme alternative chez les patients insomniaques dépressifs ainsi que chez les patients ayant des antécédents de dépendance.

1.2.5.3 Antipsychotiques sédatifs hors AMM

Les neuroleptiques sont les médicaments des symptômes psychotiques (agitation au cours des états maniaques, schizophréniques ...). Certains neuroleptiques ont une propriété sédatrice d'où leur emploi comme hypnotique.

Exemples de produits utilisés : CHLORPROMAZINE (LARGACTIL*), LEVOMEPRIMAZINE (NOZINAN*), CYAMEMAZINE (TERCIAN*).

Cependant leur emploi doit être réservé aux patients psychotiques. En effet les effets indésirables sont très importants : effets atropiniques, aménorrhée, galactorrhée, prise de poids, états dépressifs, dyskinésie, syndrome malin des neuroleptiques...

Nous ne pouvons pas recommander les antipsychotiques dans le traitement de l'insomnie en raison de l'absence d'études et de leur profil de risque négatif (26).

1.2.5.4 Homéopathie

L'homéopathie occupe une place particulière parmi les traitements. Aucune preuve n'est requise en préalable à la commercialisation des médicaments homéopathiques. Elle est rarement à l'origine d'effets indésirables (mieux vaut n'utiliser que de hautes dilutions).

Même si l'efficacité de l'homéopathie est controversée dans l'insomnie, elle peut être une alternative, dans les troubles mineurs du sommeil (insomnie légère). (30)

1.2.6 Recommandations

Les principales recommandations francophones sur la prise en charge de l'insomnie sont celles de la SFTG-HAS (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste-HAS) (3) et celles de la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale). (31)

Contrairement aux recommandations nord-américaines (États-Unis et Canada) qui placent aujourd'hui les TCC en traitement de première intention de l'insomnie primaire (32, 33), les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont plus contrastées.

En effet, la HAS reconnaît que les TCC sont efficaces et les placent en traitement préférentiel de première intention, dans la mesure du possible. Elles déconseillent l'usage des hypnotiques au long cours mais elles ne proposent pas de réelle alternative thérapeutique. En effet, selon leurs conclusions, les TCC ne constituent qu'une alternative assez théorique aux hypnotiques car aujourd'hui en France, elles sont peu développées et par conséquent peu accessibles.

La prescription d'hypnotiques, même justifiée, ne doit pas être banalisée, car si elle facilite le sommeil, elle ne règle pas réellement le problème de l'insomnie. Leur usage requiert des règles précises : dosage minimum utile, limitation dans le temps, information du patient, réévaluation programmée de la situation, modalités d'arrêt. (3)

2. Deuxième partie : étude d'une intervention psycho-éducative de groupe, dans la prise en charge ambulatoire de l'insomnie

2.1 Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique réalisée sur la période du 12 janvier au 11 juin 2015, auprès de 9 patients recrutés par les médecins généralistes d'un cabinet de groupe.

Ce cabinet médical de groupe est situé à Maromme et regroupe 5 médecins, 1 médecin remplaçant, 1 interne en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) et 2 secrétaires.

2.1.1 Objectifs de l'étude

2.1.1.1 Objectif principal

L'objectif principal est de déterminer la faisabilité d'une intervention psycho-éducative de groupe dans la prise en charge de l'insomnie, en soins primaires.

2.1.1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires concernent la satisfaction du patient pour cette alternative thérapeutique, l'amélioration de la qualité du sommeil, l'intention de sevrage des (éventuels) hypnotiques.

2.1.2 Méthodes de recrutement des participants

Les patients ont été informés de la réalisation de l'étude par leur médecin traitant lors d'une consultation et par des affiches dans les différentes salles d'attente (Annexe 1). Ils ont été inclus durant la période du 12 janvier au 21 mars 2015, après formulation d'un accord signé de participation à l'étude (note d'information + consentement éclairé).

2.1.2.1 Critères d'inclusion

- Être âgé de 18 ans et plus
- Être volontaire
- Prendre régulièrement un traitement médicamenteux de l'insomnie
- Comprendre et parler la langue française

2.1.2.2 Critères de non-inclusion

- pathologies psychiatriques grave, épilepsie traitée, antécédents de syndrome de sevrage, troubles cognitifs
- absence de suivi médical

2.1.3 Critères d'évaluation

2.1.3.1 Critère principal

La faisabilité du programme a été évalué en examinant le recrutement des patients (facilité de recrutement, refus, abandon), l'acceptabilité des professionnels (médecin, secrétaire, psychologue) et l'organisation (prise de rendez-vous, assiduité aux rendez-vous, lieu).

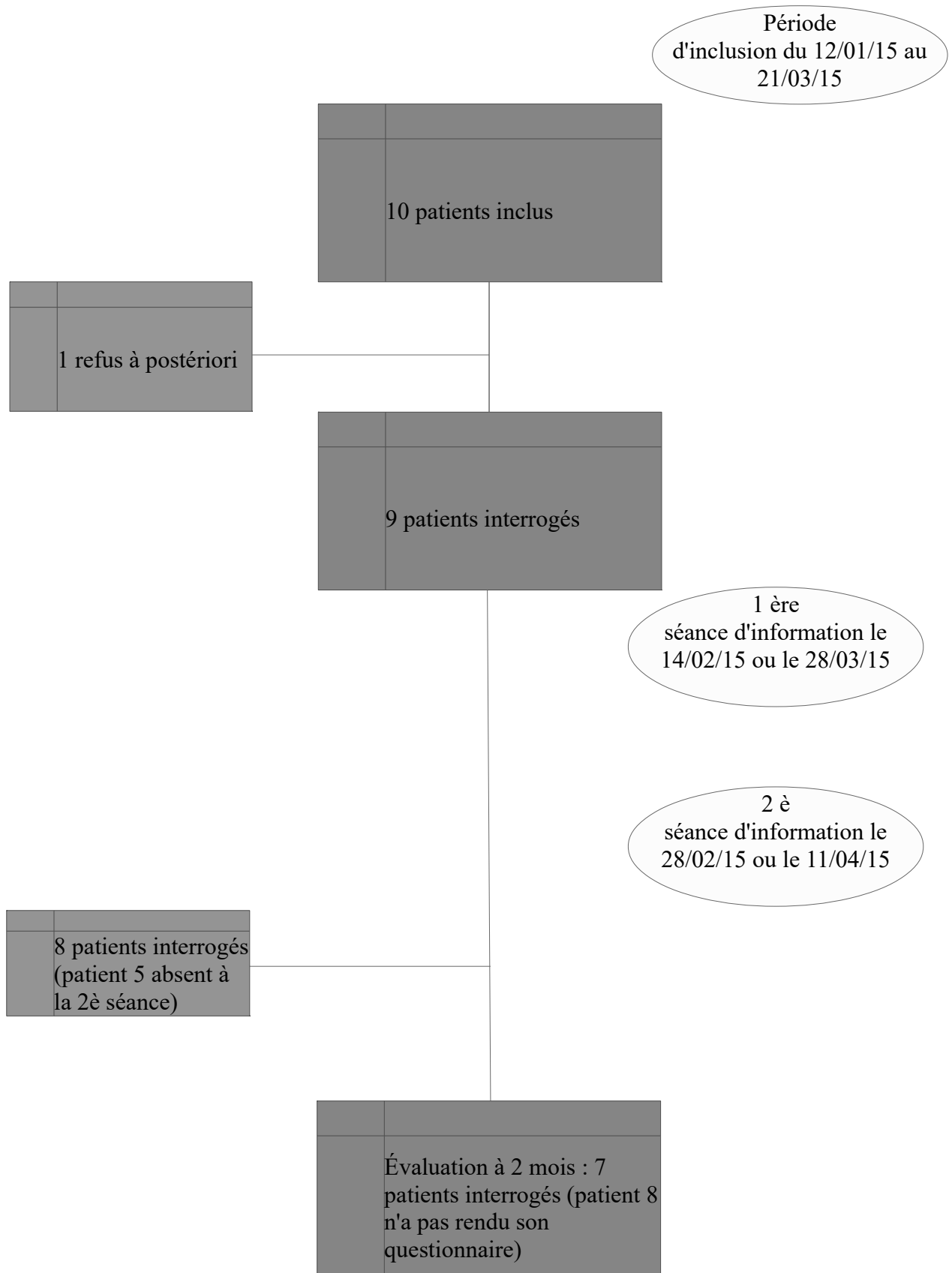
2.1.3.2 Critères secondaires

Les critères secondaires sont :

- satisfaction du patient pour cette stratégie d'éducation thérapeutique de groupe dans la prise en charge de l'insomnie.
- amélioration de la qualité du sommeil (agenda du sommeil, Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI), Index de Qualité de Sommeil de Pittsburgh (PSQI))
- modification du comportement vis à vis de leur traitement : intention de sevrage, Échelle Cognitives d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB)

2.1.4 Différentes étapes de l'étude

2.1.4.1 Schéma de l'étude



Cette étude s'est déroulée du 12 janvier au 11 juin 2015. Les patients ont été inclus durant la période du 12 janvier au 21 mars 2015. Ces patients devaient participer à 2 séances d'information sur le sommeil et l'insomnie.

La 1ère séance d'information a eu lieu le 14 février 2015, suivi d'une 2è séance, quinze jours plus tard, le 28 février 2015.

10 patients étaient initialement prévus, seul 6 ont participé à la 1ère séance du 14 février. Nous avons donc décidé de réaliser une 2è session (28 mars et 11 avril 2015) qui a inclut 3 patients supplémentaires.

A différents temps de l'étude, les patients devaient remplir 3 questionnaires et un agenda du sommeil.

Les résultats seront donc partiels pour 2 des 9 patients (les patients 5 et 8).

2.1.4.2 Préparation des supports de l'étude

La mise en œuvre de notre action éducative est basée sur l'organisation de 2 séances d'information sur les thèmes du sommeil, de l'insomnie et de sa prise en charge. Ces 2 séances ont espacées de 15 jours.

Les séances se sont déroulées dans une des salles d'examen du cabinet de groupe. Nous avons réalisé une présentation à l'aide d'un vidéo-projecteur, les patients pouvaient intervenir à tout moment, en effet nous souhaitons que cela puisse être l'occasion d'un échange.

Chaque séance durait entre 1h et 1h30.

Les séances étaient animées par un médecin généraliste (moi), avec en plus, lors de la 2è séance, l'intervention d'une psychologue (Me Vasseur).

Elles ont eu lieu le 14 février et le 28 février 2015. Une 2è session a été organisé le 28 mars et le 11 avril 2015.

Plusieurs mois de travail en amont ont été nécessaires avant la mise en place du programme. En effet nous avons conçu l'intégralité des outils présentés aux patients.

Les outils proposés dans ce travail de thèse (questionnaires, diaporama, fiche récapitulatif) sont destinés aux patients. Par conséquent, ils doivent présenter les différentes informations de manière claire et adaptée au patient, en prenant garde de ne pas utiliser un langage

médical inaccessible.

2.1.4.3 Diagnostic éducatif

Les patients inclus par les différents médecins du cabinet de groupe devaient se présenter au secrétariat pour récupérer des documents comportant :

- une fiche de présentation du projet
- un document de consentement éclairé
- un questionnaire initial permettant le diagnostic éducatif

Nous avons utilisé un questionnaire permettant de recueillir des informations utiles sur l'insomnie du patient et ses comportements de santé ou de non santé, et tenter de comprendre son vécu de la maladie.

Ce questionnaire comprenait également des échelles spécifiques pour mieux apprécier l'importance des troubles du sommeil :

Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI) (Annexe 2) :

Le centre de sommeil de Pittsburgh a développé un index, l'index de qualité du sommeil de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index = PSQI) dans le but d'avoir une mesure standard et valide de la qualité du sommeil, capable de discriminer les bons et les mauvais dormeurs. Il peut être utilisé pour apprécier l'évolution des troubles du sommeil d'un patient suivant une thérapie médicamenteuse ou non médicamenteuse.

Index de Sévérité de l'insomnie (ISI) (Annexe 3) :

Test conçu par Charles Morin (1993), échelle scientifiquement validée pour surveiller l'évolution de la sévérité des symptômes d'insomnie.

Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB) (Annexe 4) :

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0, 1 point est attribué en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux ».

Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

2.1.4.4 Déroulement de la première séance :

Les patients ont été accueillis dans une des salles d'examen du cabinet réaménagée pour

l'occasion.

La séance a débuté par une présentation du projet, des différents intervenants et du déroulement de la séance, puis la projection d'un diaporama. (Annexe 5)

Le diaporama a été présenté à l'aide d'un ordinateur et d'un vidéo-projecteur. Les diapositives ont pour but de capter l'attention des patients, de transmettre des informations et d'ouvrir à la discussion. Les patients étaient encouragés à intervenir à tout moment, pour poser des questions, faire des remarques ou éclaircir les points incompris.

- Physiologie du sommeil (rôle, effets d'une privation du sommeil, différents stades du sommeil, évolution en fonction de l'âge) : 21 diapositives
- Régulation du sommeil (processus circadien/homéostatique) : 4 diapositives. + explications orales de ces deux processus
- Petite pause détente par l'intermédiaire d'un quiz ludique : idées reçues sur le sommeil : 7 questions avec réponses par vrai ou faux.
- Insomnie (définition, cause) : 5 diapositives, discussion sur les causes de l'insomnie des patients participant au groupe.
- Traitement médicamenteux de l'insomnie (indications, effets, effets secondaires) : 7 diapositives. Les diapositives représentaient les traitements les plus utilisés dans la prise en charge de l'insomnie (benzodiazépine et Z-drugs). Les autres traitements médicamenteux de l'insomnie ont été expliqué oralement. Les patients ont ensuite été invité à discuter de leurs traitements actuels et passés.
- Agenda du sommeil : 1 diapositive, explication orale sur le rôle de l'agenda et la façon de le remplir.

En fin de séance, un agenda du sommeil (Annexe 6) a été donné au patient, avec pour consigne de le rapporter lors de la prochaine séance. Nous avons discuté du déroulement de la deuxième séance et de la présence de la psychologue.

2.1.4.5 Déroulement de la deuxième séance :

- Accueil des patients
- Récupération des agenda du sommeil remplis par les patients, recueil des impressions, remarques et éventuelles questions
- Règles d'hygiène du sommeil et introduction aux thérapies cognitivo-comportementales : 11 diapositives. Nous avons uniquement évoqué les règles

d'hygiène de sommeil, le contrôle des stimuli et la relaxation, des techniques qui apparaissent accessible dans l'exercice de la médecine générale.

La restriction du sommeil et la thérapie cognitive sont plus spécialisées et nécessitent une formation spécifique, ce qui les rendent difficilement accessibles dans la pratique quotidienne.

- Correction des idées reçues sur le sommeil (quiz) : 15 questions-réponses
- Intervention de la psychologue : rôle d'un psychologue dans la prise en charge de l'insomnie (10 min), séance de relaxation (10 min)
- Distribution d'un support papier qui récapitule les messages clés (Annexe 7)
- Évaluation des séances par le patient à l'aide d'un questionnaire à remplir (3 minutes)
- Discussions permettant d'échanger nos opinions sur le vécu de cette expérience avec médecin, secrétaire, psychologue et patients, autour d'un petit pot amical

2.2 RÉSULTATS :

Acceptabilité des professionnels :

Tous les professionnels du cabinet de groupe (médecin, remplaçant, interne et secrétaires) ont participé à la réalisation de cette étude. Les médecins ont donné leur accord pour sa conduite auprès de leur patientèle et ont participé à la phase de recrutement.

La psychologue (Me Vasseur) exerce quelques heures par semaines, de manière indépendante au sein du même cabinet. Nous lui avons exposé le projet et elle a immédiatement accepter d'y participer.

Recrutement :

Suite à l'accrochage des affiches (Annexe 1) dans les salles d'attentes de nombreux patients ont été intéressés et se sont renseignés auprès des médecins ou des secrétaires. En particulier, des patients ayant des troubles du sommeil mais ne prenant pas de traitement médicamenteux, donc ne rentrant pas dans nos critères.

Le recrutement a été difficile. Les principales causes de refus de participation évoquées par les patients étaient :

- problème d'agenda, impossibilité d'assister à une ou aux deux séances
- remplissage de questionnaires et de l'agenda du sommeil jugé contraignant
- satisfaction du traitement actuel

Un des patients a été inclus alors qu'il n'était pas connu du cabinet. En effet, il a été orienté par sa fille (patiente du cabinet médical), alertée par les affiches de la salle d'attente.

Assiduité :

Sur les 10 patients ayant signé le formulaire de consentement, 9 ont assisté à la première séance. En effet, les secrétaires ont appelé les patients quelques jours avant pour confirmer leur présence. Le patient 10 a averti qu'il ne serait pas là, il a préféré se retirer du projet car il avait changé d'avis.

Sur les 9 patients restants, 8 ont participé à la deuxième séance.

L'un des patients est arrivé en retard de quelques minutes car il avait oublié le rendez-vous, mais après l'appel de la secrétaire, le matin même de la séance, il s'est excusé et est rapidement arrivé.

Le patient 5 a prévenu qu'il avait un empêchement, mais qu'il souhaiterait participer à une éventuelle deuxième session. La date de la deuxième séance de la session 2 lui a été communiqué, mais il n'était malheureusement pas disponible.

Recueil des questionnaires :

9 patients sur 9 ont retourné le questionnaire initial rempli

6 patients sur 9 ont rendu l'agenda du sommeil complété

8 patients sur 8 ont rempli le questionnaire d'évaluation des séances

7 patients sur 8 ont rendu le questionnaire final, d'évaluation à 2 mois. Le patient 8 n'a pas rendu le questionnaire malgré les nombreuses relances de la secrétaire.

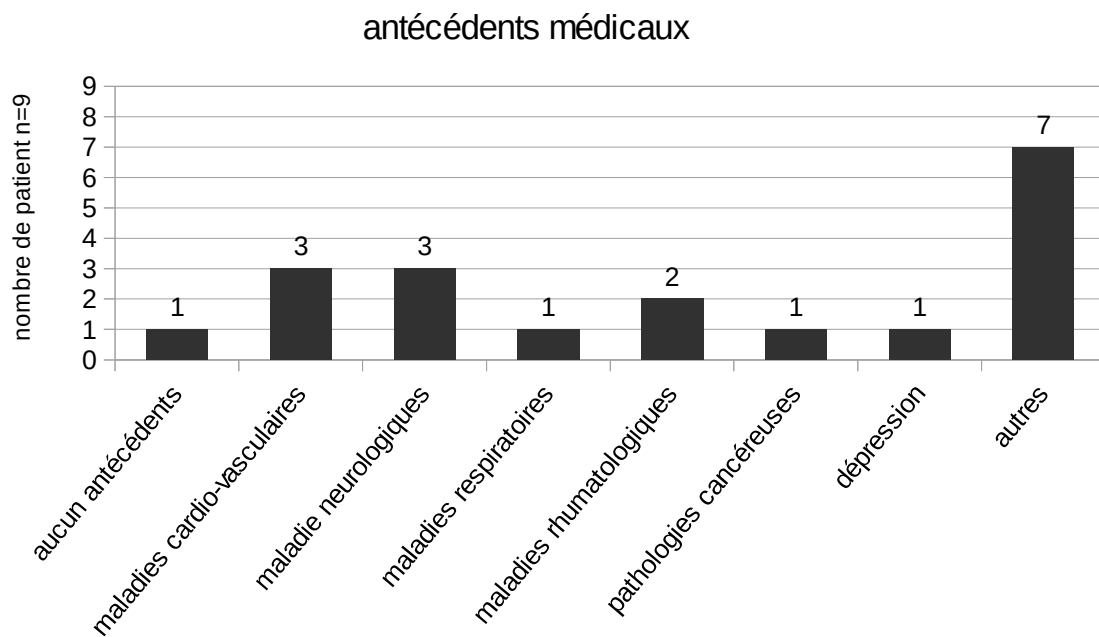
Caractéristiques de la population :

Caractéristiques patients	Patients n=9
<u>Sexe :</u>	
femmes	4
hommes	5
<u>Situation professionnelle :</u>	
retraités	5
actifs	3
sans emploi	1

Âge :

Les patients étaient âgés de 51 ans à 76 ans.

Antécédents médicaux :



Pathologies associées au sommeil :

1 patient présente un trouble du sommeil lié à la respiration : un syndrome d'apnée du sommeil

1 patient présente un trouble dû à une affection médicale générale : acouphènes

Début des troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil durent depuis 2 mois à 40 ans selon les patients.

1 patient présente des troubles du sommeil depuis 2 mois

3 patients depuis 10 ans

1 depuis 18 ans

2 patients depuis 30 ans

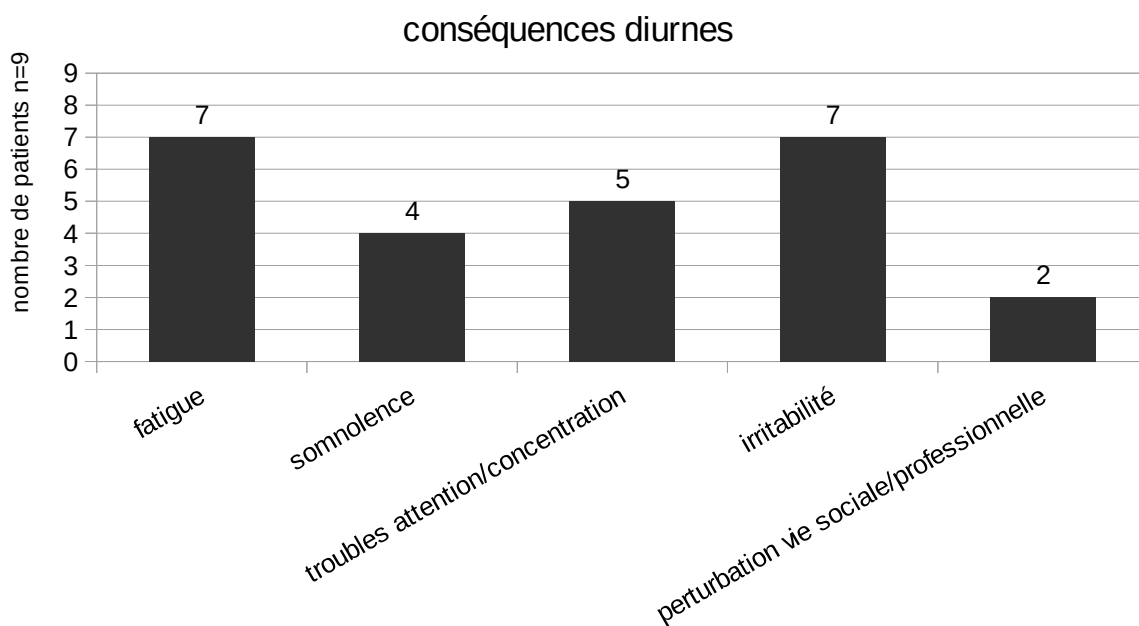
1 depuis 35 ans

1 depuis 40 ans

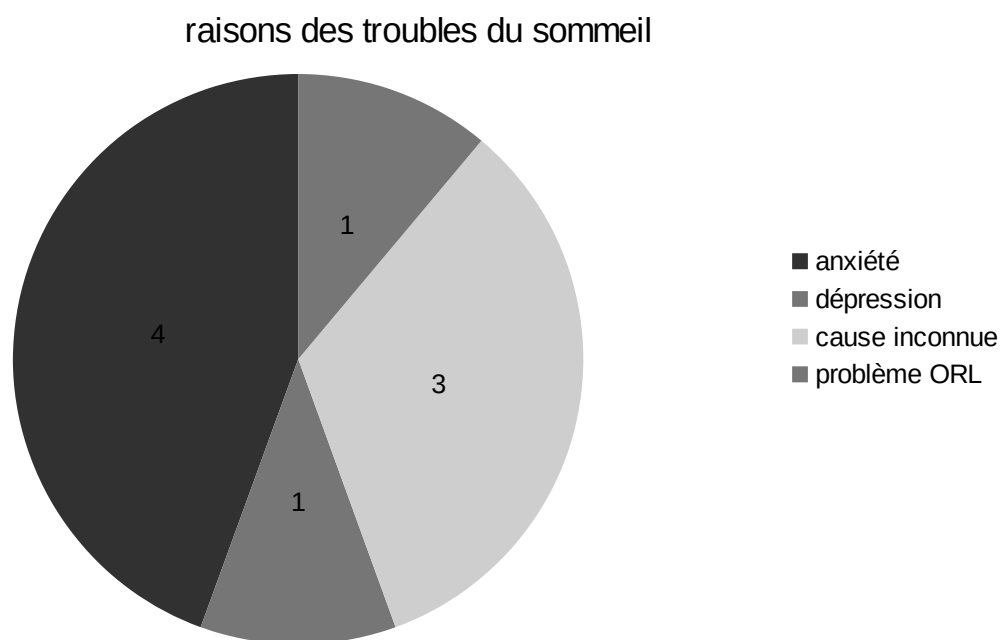
Description des troubles du sommeil :



Conséquences diurnes :



Raisons des troubles du sommeil :

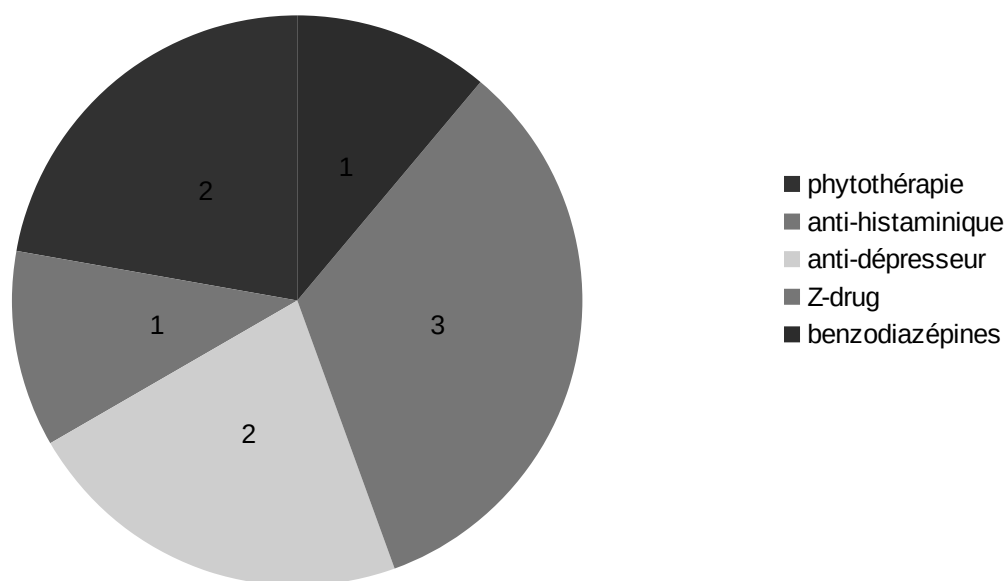


La raison la plus fréquemment évoquée par les patients en ce qui concerne ses troubles du

sommeil, est l'anxiété, avec notamment des soucis liés à la famille, les enfants. 1 seul patient évoque un problème ORL (acouphènes).

Traitements de l'insomnie utilisés par les patients :

traitements de l'insomnie utilisés par les patients



1 patient utilise une benzodiazépine : BROMAZEPAM, +/- associé à de la phytothérapie ETIFOXINE CHLORHYDRATE (STRESAM*)

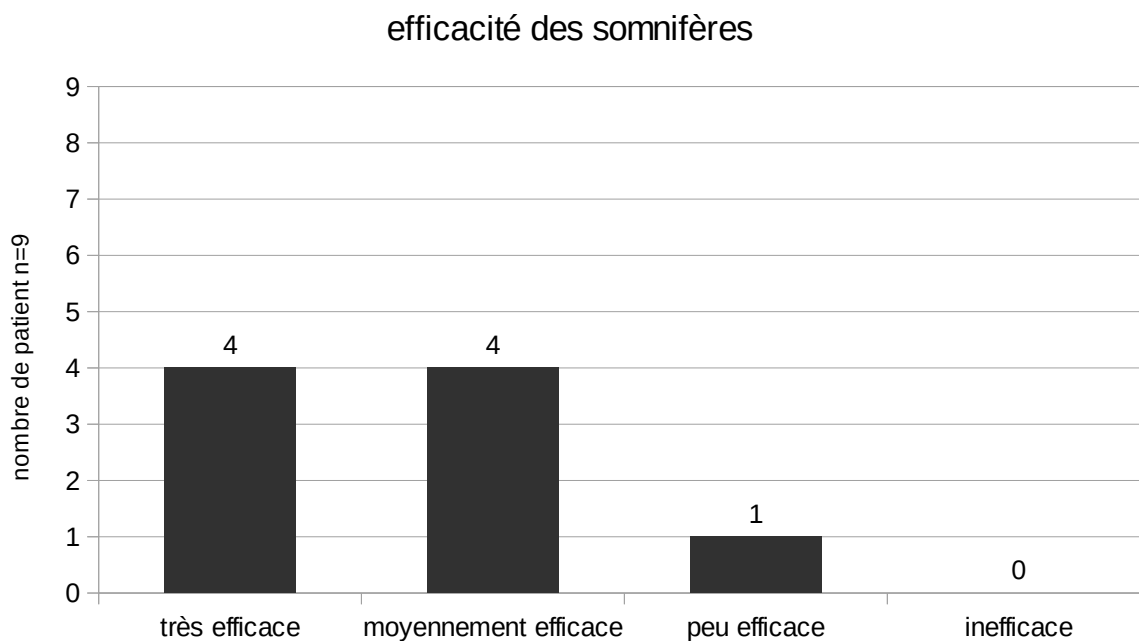
1 patient utilise un anti-histaminique H1 : HYDROXYZINE

2 patients utilisent de la phytothérapie seule : ISYDORMYL / ETIFOXINE CHLORHYDRATE

2 patients utilisent un anti-dépresseur : MIANSERINE / AMITRIPTYLINE

3 patients utilisent des Z-drugs dont 1 patient pouvant lui associer un anti-histaminique H1 et 1 autre un complément alimentaire à base de mélatonine : ZOPICLONE / ZOPICLONE + CHRONOBIANE / ZOLPIDEM + HYDROXYZINE

Efficacité des somnifères :



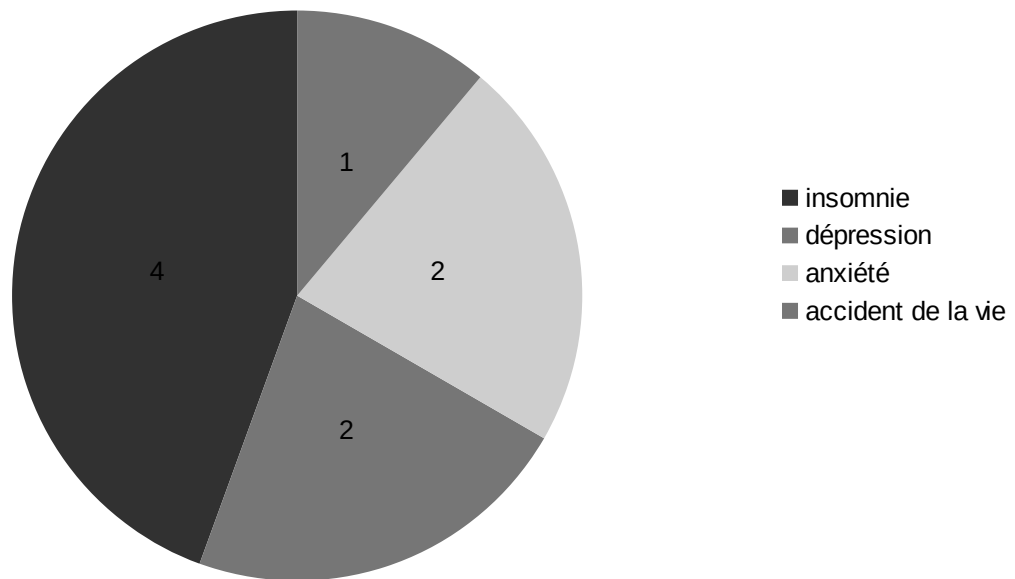
Parmi les 9 patients :

- 3 patients pensent que l'efficacité actuelle du traitement est comparable à celle de son instauration
- 1 pense que l'efficacité est moindre
- 5 patients ne savent pas

Prescription initiale :

8 fois sur 9, le traitement a été initié par le médecin traitant. Une seule fois seulement, le premier prescripteur a été un neurologue.

motif de la prescription initiale



Rediscussion de l'indication du traitement :

L'indication du traitement a toujours été rediscuté par le médecin traitant sauf dans 2 cas. Le premier cas concerne un patient sous anti-histaminique H1 depuis 2 mois et un autre sous phytothérapie.

Sevrage :

3 patients ont tenté et réussi un sevrage : 1 patient, de lui-même, avec passage d'une benzodiazépine à de la phytothérapie, 1 autre à l'aide de son médecin, avec passage d'une Z-drug à de la phytothérapie et le dernier à l'aide de son médecin avec passage d'une Z-drug à un anti-dépresseur

3 patients ont tenté un sevrage mais sans efficacité.

3 patients n'ont pas tenté de sevrage.

Consultation spécifique dédié aux troubles du sommeil :

Tous les patients ont consulté leur médecin traitant, spécifiquement pour leur problème

d'insomnie. Une patiente a également été suivie par un ORL et une autre a consulté dans un centre du sommeil, d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

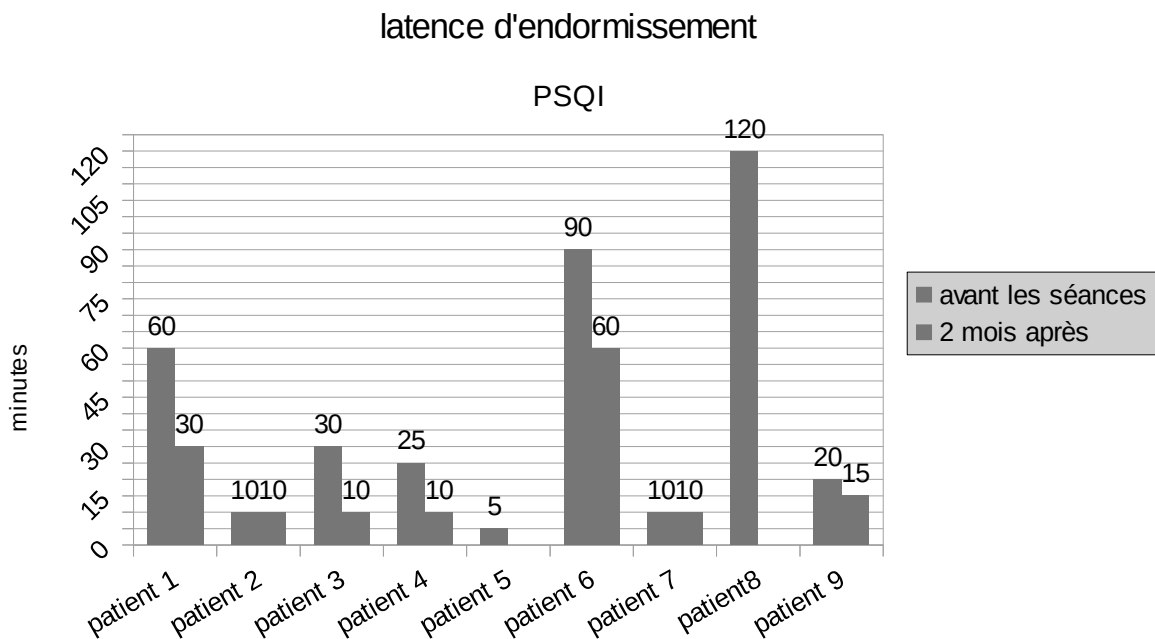
Le Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Qualité subjective du sommeil :

	Avant les séances	2 mois après
Patient 1	Assez bonne	Assez bonne
Patient 2	Assez bonne	Assez mauvaise
Patient 3	Assez bonne	Assez bonne
Patient 4	Assez bonne	Assez bonne
Patient 5	Très mauvaise	
Patient 6	Assez mauvaise	Assez bonne
Patient 7	Assez bonne	Assez mauvaise
Patient 8	Assez mauvaise	
Patient 9	Assez bonne	Assez bonne

Latence d'endormissement :

Après les séances d'information, le nombre de minutes nécessaire pour s'endormir a diminué ou est resté stable.

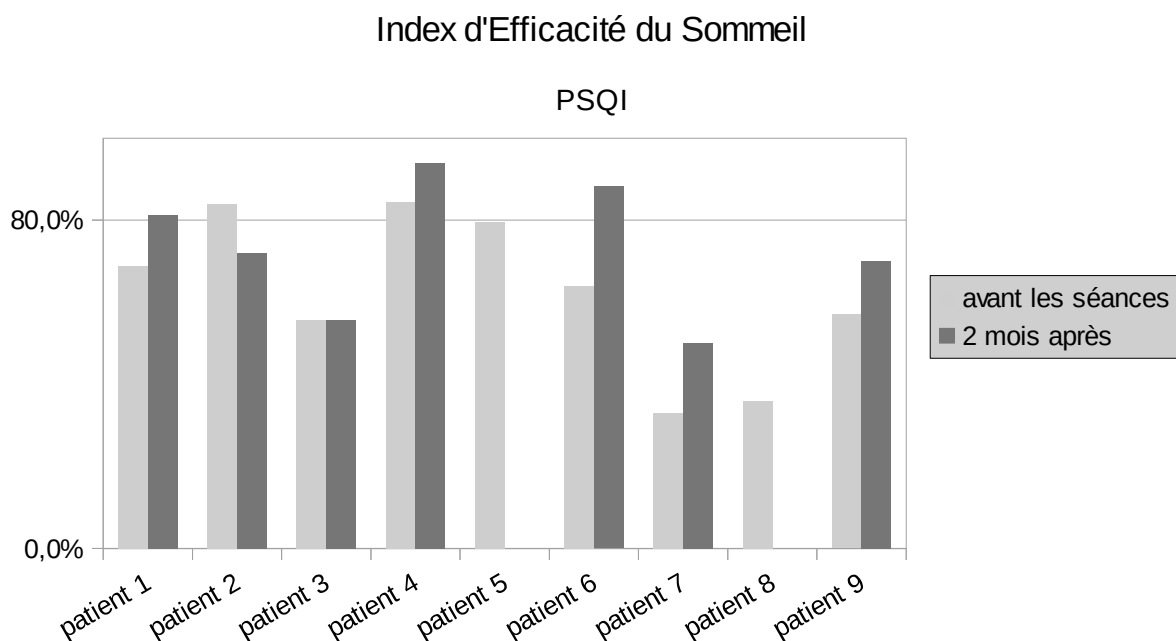


La fréquence à laquelle les patients n'ont pas pu s'endormir en moins de 30 minutes, a :

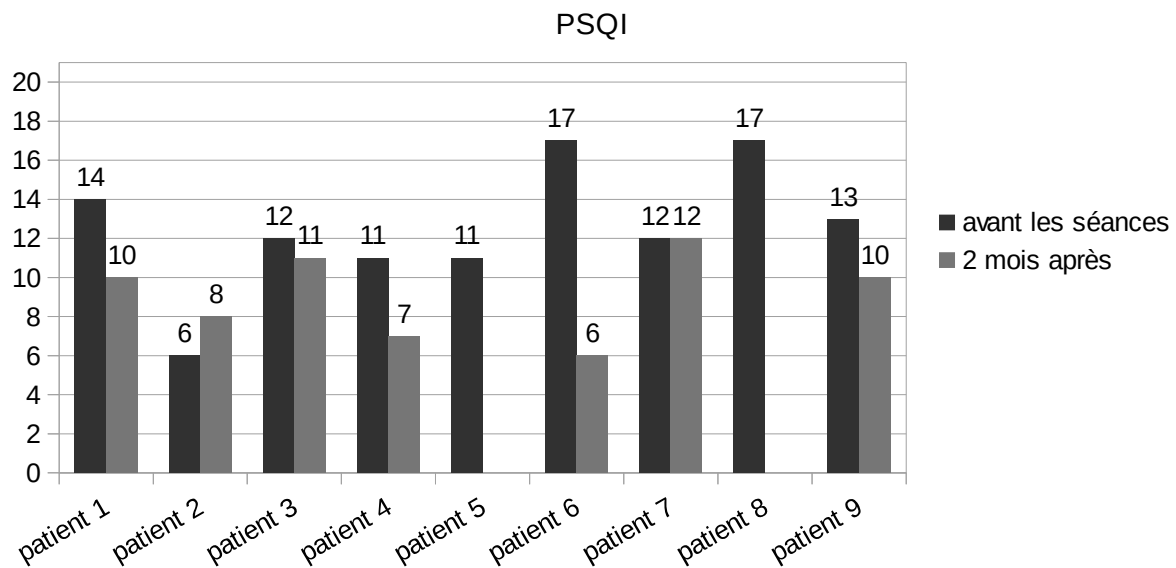
- baissé pour 3 patients sur 7. (Patient 1 : de 3 à 4 fois par semaine à moins d'une fois par semaine, patient 4 et 9 : de moins d'une fois par semaine à pas au cours du dernier mois).
- stagné pour 2 patients sur 7. (Patient 3 : pas au cours du dernier mois, patient 6 : 3 à 4 fois par semaine).
- augmenté pour 2 patients. (Patient 2 : de pas au cours du dernier mois à moins d'une fois par semaine, patient 7 : de pas au cours du dernier mois à 3 à 4 fois par semaine).

Index d'efficacité du sommeil :

L'index d'efficacité du sommeil est au-dessus de 90% chez le sujet normal. On considère qu'une insomnie est objectivée quand cet index est inférieur ou égal à 80%.



Score global au PSQI



Analyse de l'agenda du sommeil :

Seul un patient avait déjà rempli un agenda du sommeil, dans le cadre d'un suivi dans un centre du sommeil, dans un CHU.

L'agenda permet une étude de certaines données fournies par le patient plus précise que le PSQI (existence de sieste et de leur durée, du nombre d'éveil nocturne et de leur durée, l'appréciation de l'état de forme au réveil).

6 patients sur 9 ont rendu l'agenda du sommeil rempli, mais seul 5 étaient interprétables.

2 patients sur 9 ont trouvé contraignant le remplissage de l'agenda du sommeil, mais l'ont tout de même rempli et rendu. Parmi ceux pour qui cela n'était pas une contrainte (7 patients), seul 4 patients ont rempli et rendu l'agenda.

Au total, la moitié des patients ont trouvé le remplissage de l'agenda du sommeil contraignant ou n'ont pas rempli cet agenda.

Les erreurs sur l'agenda du sommeil :

- le nombre de jour (idéalement 14 jours) :

Le nombre de jour rempli est compris entre 5 jours et 14 jours.

- le nombre et la durée des éveils nocturnes :

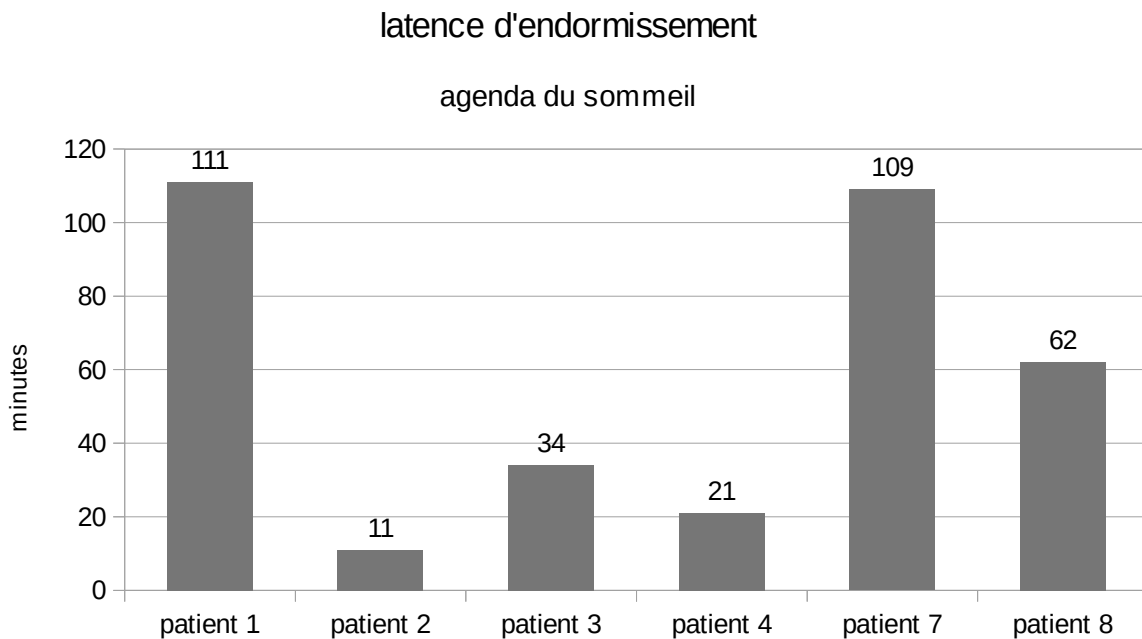
Un des patients a eu beaucoup de mal à déterminer le nombre d'éveils nocturnes et leur

durée, se plaignant d'une impression de nuit blanche plusieurs nuit par semaine.

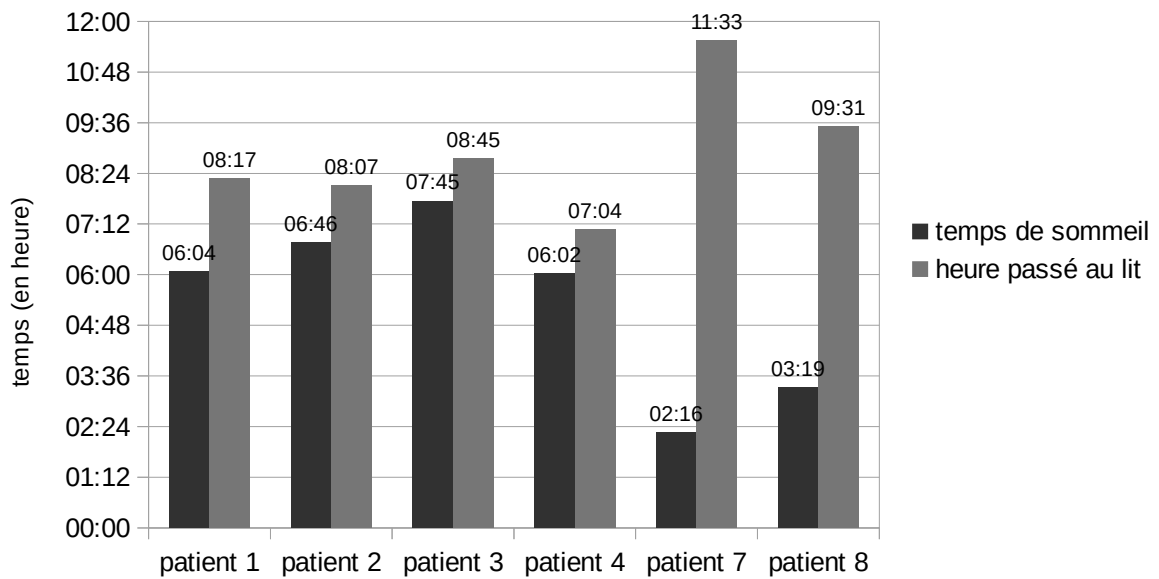
Lors qu'on s'intéresse aux 5 patients ayant remplis correctement cette partie de l'agenda du sommeil, on constate que le nombre d'éveils nocturnes était compris entre 0,36 et 2,5 éveils par nuit. La durée de ces éveils était comprise entre 10 min et 3h30.

Les agenda ont mis en évidence des erreurs en termes d'hygiène de sommeil :

- siestes trop longue (2 patients)
- Rester coucher le matin après le réveil (4 patients)
- se coucher trop tôt le soir (3 patients)

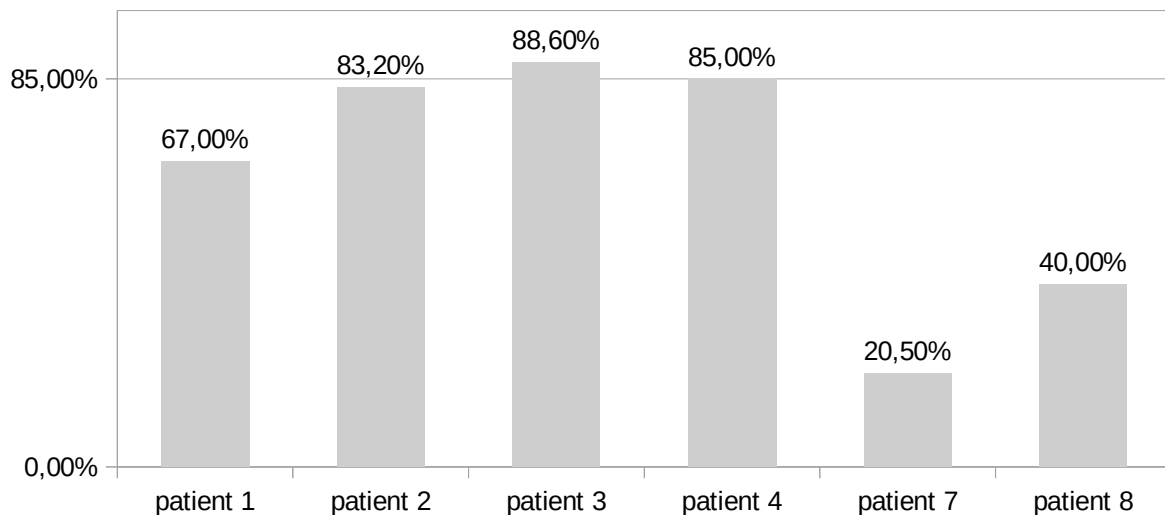


temps passé au lit / temps de sommeil réel



index d'efficacité du sommeil

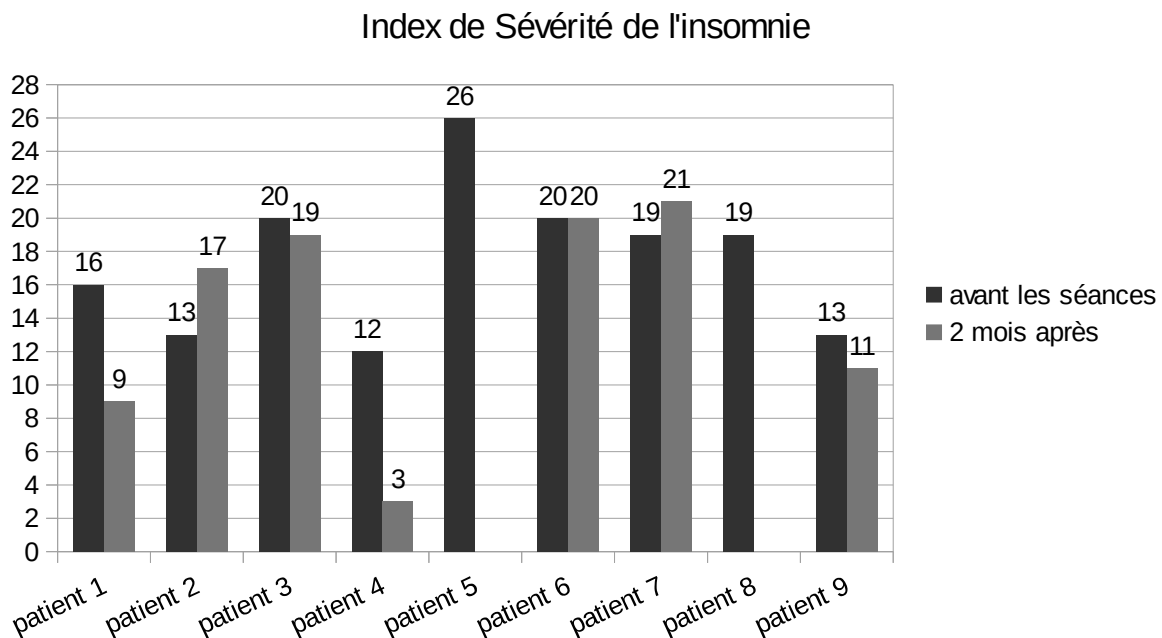
agenda du sommeil



Parmi les 6 patients ayant rempli l'agenda du sommeil :

- 1 patient était en général fatigué au réveil, les 5 autres avaient un niveau de forme moyen.
- en moyenne, 4 patients avaient un sommeil de qualité, 2 patients un sommeil agité.

Index de sévérité de l'insomnie :



Intention d'arrêter les somnifères :

Suite à la 2^e séance collective, sur les 8 patients évalués, 5 patients ont l'intention d'arrêter ou de réduire leur traitement, 2 ne le souhaitent pas et 1 patient est indécis.

– Traitement des patients ayant l'intention d'arrêter ou réduire :

anti-histaminique H1 : HYDROXYZINE

phytothérapie seule : ISYDORMYL

anti-dépresseur : MIANSERINE

Z-drug + anti-histaminique H1 : ZOLPIDEM + HYDROXYZINE

Z-drug + complément alimentaire à base de mélatonine : ZOPICLONE + CHRONOBIANE

- Traitement des patients n'ayant pas l'intention d'arrêter

phytothérapie seule : ETIFOXINE CHLORHYDRATE (STRESAM*)

Z-drug : ZOPICLONE

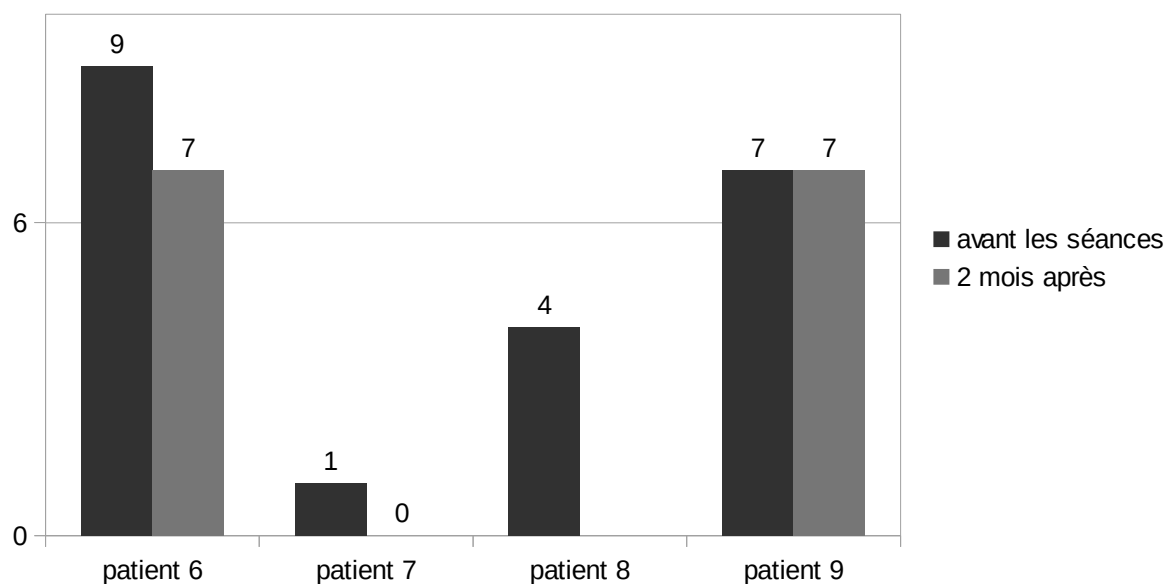
- Traitement du patient indécis

benzodiazépine +/- associé à phytothérapie : BROMAZEPAM, +/- ETIFOXINE CHLORHYDRATE (STRESAM*)

Les raisons le plus souvent invoquées chez les patients désirant se sevrer sont le désir de retrouver un sommeil naturel et le fait que les traitements médicamenteux de l'insomnie ne sont pas une solution à long terme.

ECAB :

Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines



Sur les 4 patients sous benzodiazépines ou apparentés, 2 sont dépendants (ECAB \geq 6) avant la participation aux séances (les patients 6 et 9) et sont restés dépendants après.

Pour 2 patients, on constate une diminution de l'attachement et pour 1 patient une

stagnation.

L'évolution de l'attachement des benzodiazépines n'est pas disponible pour un patient (patient 8).

Avis sur les somnifères :

2 mois après la 2^e séances collectives, 4 patients sur 7 pensaient encore que les somnifères étaient incontournables. Seules 3 personnes sur 7 pensaient que l'on pouvait s'en passer.

Évolution du traitement :

- le patient sous benzodiazépine (LEXOMYL) a commencé une décroissance progressive avec ajout d'un traitement homéopathique (passiflora compose).
- le patient sous anti-histaminique (ATARAX) a arrêté son traitement hypnotique.
- les 2 patients sous phytothérapie et un des patients sous anti-dépresseur (MIANSERINE) continuent leur prise quotidienne
- les 2 patients prenant des Z-drugs n'ont pas modifié leur traitement, même si le patient 9 a tenté une décroissance, sans succès.
- les patients 5 et 8 n'ont pas été interrogé à ce sujet

Données de satisfaction ou d'insatisfaction :

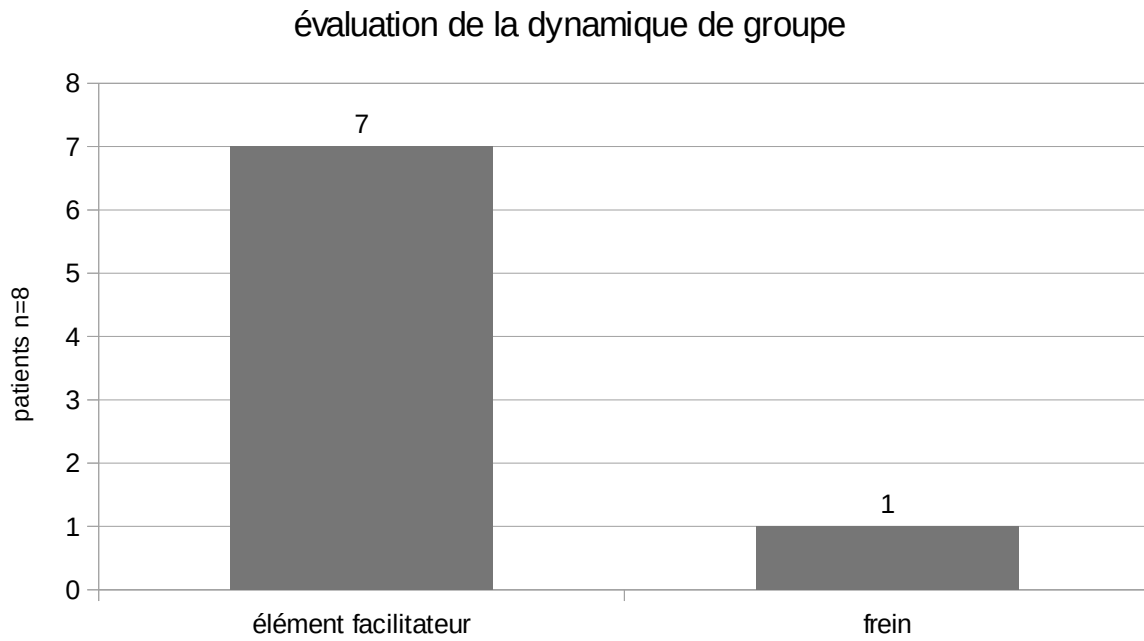
- Séances d'information sur le sommeil :

	Patient n=8
Très satisfait	1
Satisfait	6
Peu satisfait	1
Non satisfait	0

- La clarté des informations était Très Satisfaite (3 patients) ou Satisfaisante (5 patients).

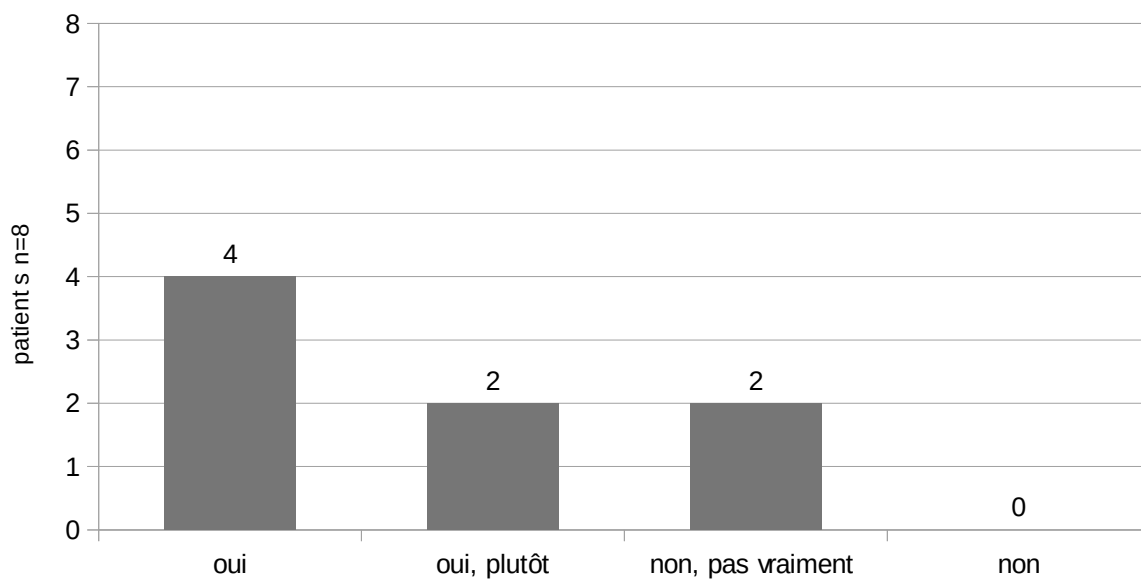
- L'ambiance générale était Très Satisfaisante (3 patients) ou Satisfaisante (5 patients).

- Les méthodes d'enseignement étaient Très Satisfaisante (3 patients), Satisfaisante (4 patients) ou Peu Satisfaisante (1 patient).



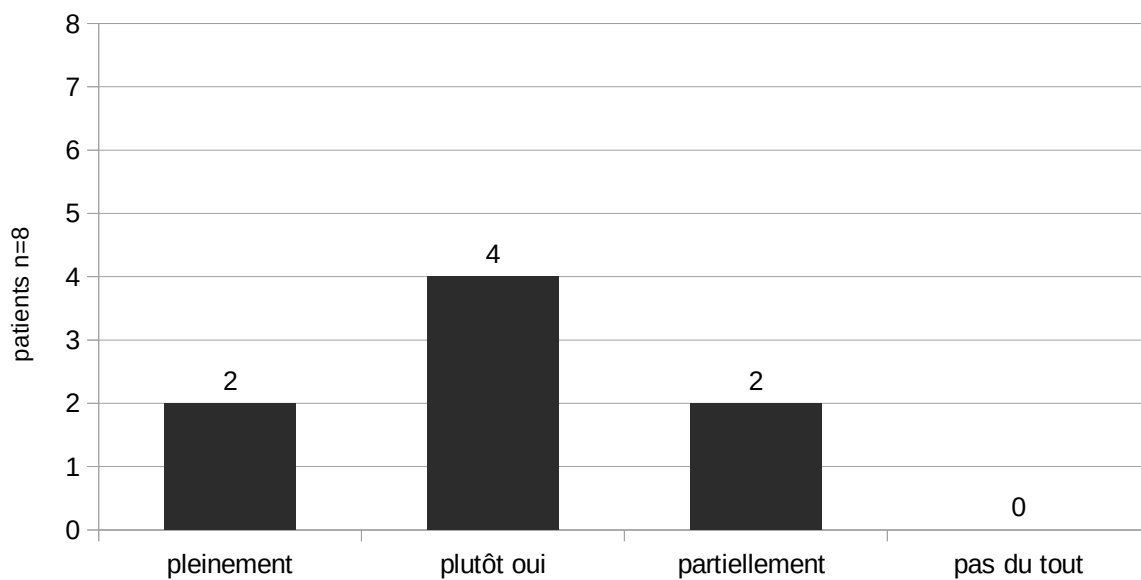
- 100 % des patients pensent que les méthodes enseignées seront applicables dans la vie quotidienne

apport de nouvelles connaissances



- 50 % des patients ont l'intention de reconsulter leur médecin suite à ses séances d'information pour discuter de leur insomnie. Les 50 % restant, n'en ont pas l'intention car ils l'ont déjà fait.

séances d'information : réponse à vos attentes



Recommandation à des proches :

6 patients sur 7 auraient aimé avoir ces informations sur le sommeil plus précocement.

Seul une personne ne recommanderait pas ces séances à un proche souffrant d'insomnie.

5 patients sur 7 pensent que ce type de séances d'information seraient utile pour d'autres problèmes de santé (nutrition-diététique, prévention des maladies cardio-vasculaires, problèmes liés au vieillissement).

Apport du psychologue :

A la suite des séances d'information, une patiente a reconsulté la psychologue pour continuer la prise en charge.

5 patients sur 7 ont suivi les conseils de la psychologue, en particulier, concernant les techniques de relaxation.

Attente des patients vis-à-vis de leur médecin :

5 patients sur 7 attendent, avant tout, des conseils de leur médecin traitant.

4 patients sur 7 déclarent attendre de leur médecin traitant un traitement médicamenteux pour les aider dans la prise en charge de leur insomnie. Ils recherchent tous un traitement ayant le moins d'effets indésirables possible.

2 patients sur 7 veulent que leur médecin traitant leur accorde plus de temps.

Sieste :

Avant les séances d'informations 2 patients faisaient régulièrement des siestes mais parfois trop longues ou trop tardives. Après l'intervention, les siestes étaient plus adaptées (durée, horaire, lieu).

Sport :

Parmi les 9 patients, 3 pratiquent régulièrement du sport au moins 2x/semaines (natation, marche, cyclisme, danse).

A la suite de l'intervention, 2 personnes supplémentaires ont introduit l'activité physique et sportive dans leurs habitudes.

Consommation d'excitants :

La consommation quotidienne d'excitants de ces patients est assez limitée.

- Consommation de café : 2 patients sur 9, 1 à 3 tasses par jour
- Consommation de thé : 2 patients sur 9, 1 à 2 tasses par jour
- Consommation d'alcool : 3 patients sur 9, 1 à 2 verres par jour
- Il n'y avait pas de fumeurs parmi ces patients et personne ne consommait de soda au cola ou de boissons énergisantes
-

Non respect des règles d'hygiène de sommeil suite au séance :

- Téléviseur / ordinateur dans la chambre : avant l'intervention 3 patients possédaient une télévision dans leur chambre et déclaraient regarder la télévision ou se servir d'un ordinateur portable au lit.
Il n'y a pas eu de modification deux mois après les séances d'information.
- Rituel d'endormissement : 5 patients sur 7, ne se préparent pas au sommeil et n'ont pas de rituel d'endormissement.
- Rester au lit lors des réveils nocturnes : 5 patients sur 7 continuent à rester dans leur lit lors des réveils nocturnes supérieurs à 20-30 min.

3. DISCUSSION :

Nous avons mis en évidence qu'une intervention psycho-éducative de groupe dans la prise en charge de l'insomnie est faisable en ambulatoire. Cette alternative thérapeutique est appréciée par les patients (7 patients sur 8 sont satisfaits ou très satisfaits) et 5 patients sur 8 ont l'intention de réduire ou d'arrêter leur traitement hypnotique.

3.1 DISCUSSION sur la MÉTHODE :

Le recueil des données et la réalisation des séances d'éducation ont été réalisés, dans des conditions similaires, le contenu des séances étant semblable. Les séances, le suivi, les questionnaires ont été effectués par une seule personne pour l'ensemble des participants. De ce fait, nous pouvons considérer que le recueil des données s'est effectué dans de bonnes conditions de reproductivité.

Il s'agit des déclarations des participants sur leur pratique, leur ressenti. C'est donc parfois leur vision personnelle qui est recueillie et non pas leur pratique réelle. De plus, l'enquête de satisfaction est uniquement subjective et certains patients ont pu manquer de franchise par crainte d'émettre un jugement négatif envers le médecin ou le psychologue.

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) :

Si l'ETP est bien définie et a fait preuve de son efficacité pour certaines pathologies chroniques telles que l'asthme, le diabète ou encore l'insuffisance cardiaque, les programmes d'ETP concernant l'insomnie pourtant considérée comme une maladie chronique ne sont pas encore totalement consensuels.

L'ETP est un processus qui ne peut se résumer à la délivrance d'une information. En effet, des méta-analyses d'études contrôlées randomisées concernant l'asthme, la polyarthrite rhumatoïde, la prise au long cours d'anti-vitamines K ont montré que l'information seule ne suffit pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien. Une information orale ou écrite, un conseil, un message de prévention, peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions mais n'équivalent pas à de l'ETP. Il en est de même de l'information sur les traitements, en vue d'une participation du patient à la prise de décision.

(10)

Pour informer et éduquer, le médecin et le psychologue doivent absolument adapter leur langage au niveau de compréhension des patients. Tout le travail effectué en amont pour réaliser les supports éducatifs et préparer les séances collectives, ajouté à mon expérience professionnelle ont permis de réaliser cette étude de manière satisfaisante, malgré mon absence de formation dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient.

Néanmoins, je pense qu'une formation spécifique m'aurait permis de développer des compétences pour la mise en place, la gestion et l'évaluation de ce programme d'ETP. En effet, ce travail ne répond pas à tous les critères d'un programme d'éducation thérapeutique. De plus, tout programme d'éducation thérapeutique doit être validé par l'ARS (Agence Régionale de Santé) avant sa réalisation, étape non réalisée dans cette étude expérimentale rentrant dans le cadre d'une thèse.

En effet, tous les programmes d'éducation thérapeutique doivent, à ce jour, faire l'objet d'une demande d'autorisation, qu'ils soient conduits dans les établissements de santé, en médecine de ville, dans un réseau de santé, dans une association, etc. sous peine de sanctions financières prévues par l'article L.1162-1 du code de la santé publique à l'encontre du promoteur fonctionnant sans autorisation. L'autorisation accordée n'induit pas obligatoirement un financement.

Une offre d'ETP s'adapte en termes de moyen et de durée aux besoins d'éducation du patient. Elle comprend :

- une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif ou son actualisation pour identifier les besoins et les attentes du patients, formuler avec lui les compétences à acquérir et les priorités d'apprentissages ;
- des séances d'éducation thérapeutique collectives ou individuelles ou en alternance pour l'acquisition de compétences d'adaptation, et leur maintien ;
- une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises, des changements mis en oeuvre par le patient dans sa vie quotidienne et du déroulement du programme individualisé
- une coordination des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique autour et avec le patient.

Dans notre étude, le diagnostic éducatif a été réalisé à l'aide d'un questionnaire.

Nous n'avons pas fait de "réel" contrat éducatif, nous avons seulement déterminé avec le patient, lors de la première séance collective, les compétences qui lui seront utiles

d'acquérir.

Dans l'ETP, les objectifs ne doivent pas être fixés unilatéralement par le soignant, mais doivent être discutés et déterminés ensemble par le patient et le soignant de manière à être réalistes et répondre aux souhaits du patient. Le médecin et le patient s'accordent sur les objectifs éducatifs et les choix thérapeutiques.

Nous aurions peut-être pu réaliser le diagnostic éducatif lors d'une séance initiale de prise de contact entre patients, médecin et psychologue. Cela nous aurait permis de mieux évaluer les connaissances du patient, ses compétences, ses croyances sur sa maladie et sa prise en charge et de connaître ses attentes. Ainsi nous aurions pu négocier et co-construire avec le patient les objectifs éducatifs, les modalités du programme éducatif et définir avec lui les compétences à acquérir, et comment les prioriser.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :

Les TCC sont efficaces et recommandées dans le traitement de l'insomnie chronique (9). La pratique de TCC en cabinet libéral est rare. Une thèse réalisée à Rouen en 2009 a recherché les professionnels pouvant proposer une thérapie cognitivo-comportementale à leurs patients. En 2009, 4 psychiatres, 3 psychologues et un médecin généraliste pratiquaient la TCC dans l'agglomération rouennaise. (34).

Certaines techniques de TCC sont abordables en ambulatoire par le médecin généraliste, même sans formation spécifique. Dans notre étude, les méthodes de TCC n'ont été utilisées que partiellement (hygiène du sommeil, contrôle des stimuli, relaxation).

La thérapie cognitive nécessitant une formation spécifique n'a pas été pratiquée, nous avons seulement levé certaines fausses croyances concernant le sommeil, les traitements de l'insomnie, les attentes irréalistes à propos de ce que devrait être une bonne nuit ou les mauvaises attributions sur les causes et conséquences de l'insomnie.

La restriction du temps de sommeil n'a pas été utilisée dans cette étude, sa pratique nécessitant une analyse spécialisée du sommeil et un suivi étroit du patient.

L'évaluation des compétences acquises et des changements mis en oeuvre par le patient dans sa vie quotidienne, a été réalisée à l'aide d'un questionnaire, deux mois après la deuxième séance collective. Il aurait été souhaitable de pouvoir rencontrer les patients quelques mois plus tard afin d'évaluer l'impact de la démarche sur leur sommeil et la gestion de leur traitement.

Il aurait été judicieux de faire une synthèse écrite pour transmettre aux professionnels de santé concernés une analyse des difficultés rencontrées par le patient et une suggestion des

actions pour les résoudre.

3.2 DISCUSSION sur les RÉSULTATS :

Faisabilité :

Ce travail démontre que la prise en charge de l'insomnie de l'adulte, par des alternatives au traitement médicamenteux, qui relèvent du registre éducatif ou cognitivo-comportemental, est efficace et tout à fait réalisable en médecine libérale de ville.

Cette conclusion est partagée par différents travaux.

Un confrère a réalisé en 2009, un travail très intéressant sur l'impact d'une conférence débat sur les troubles du sommeil et leur prise en charge. Cinq médecins généralistes ont participé à cette expérience. Il y a eu 2 conférences, de contenu identique, à 2 mois d'intervalle, réunissant 82 participants. Sur les 55 patients suivis, à 3 mois, 20% des participants avaient consulté spécifiquement leur médecin traitant ; 56% des consommateurs de somnifères avaient entrepris une réduction ou un arrêt de leur traitement ; 84% des participants ayant appliqué les conseils et les thérapies cognitives et comportementales avaient constaté une amélioration partielle ou totale de leur trouble du sommeil. Cette étude a montré qu'un processus éducatif faisant intervenir les acteurs locaux et les médecins de famille d'un secteur géographique donné qui s'impliquent dans ce type de prise en charge permettait d'obtenir des changements de comportements et une amélioration de la qualité de sommeil chez les participants à moyen terme. (35)

De même, en 2011, une consœur a réalisé une thèse évaluant l'impact d'une intervention d'une éducation thérapeutique individuelle dans le sevrage des hypnotiques chez l'adulte en médecine générale, elle a montré que l'entretien motivationnel et l'implication du patient dans la prise en charge de ses troubles du sommeil entraînaient des changements de comportement. Sur les 15 patients inclus, 100% des patients ont appliqué les conseils de sommeil et une amélioration du sommeil a été observée chez 60% des patients. 80% des patients ont diminué leur consommation de somnifère à 3 mois, parmi eux, 7 patients (42%) ont réussi le sevrage de leur traitement. 100% des patients ont pris conscience des risques de leur traitement et sont convaincus de l'intérêt d'un sevrage. Cependant l'auteur a jugé, l'éducation en séance individuelle chronophage dans la pratique courante. (36)

Développer cette technique, dans la prise en charge de l'insomnie en médecine générale pourrait donc être une piste pour améliorer le traitement des patients insomniaques chroniques.

Lieu :

Les séances collectives ont eu lieu dans une des salles d'examen du cabinet de groupe. Cette salle est située, au rez-de-chaussée du bâtiment et est utilisée en cas d'urgence ou pour la consultation des personnes à mobilité réduite. Les séances ont ainsi pu se dérouler, en parallèle et sans déranger les consultations médicales prévues par les autres médecins du cabinet.

Nombre de patients :

Les résultats de cette étude de faisabilité devraient être interprétés avec précaution car l'étude étaient non-comparative et de taille modeste.

En effet, l'une des limites de l'étude a été le petit nombre de participants qui empêche de faire des statistiques précises et permet seulement une analyse descriptive et une orientation pour d'autres travaux de plus grande envergure. La représentativité des patients n'était pas recherchée car il s'agissait de tester une démarche, sa faisabilité et ses intérêts, en recueillant au décours de l'expérimentation les opinions des patients.

Nous avons pensé, dans un premier temps, inclure uniquement des patients prenant régulièrement des benzodiazépines à visée hypnotique. Le recrutement a été difficile car au sein du cabinet, le nombre de patients était peu important.

Pour faciliter le recrutement, nous avons décidé d'inclure tous les patients prenant régulièrement un traitement à visée hypnotique quel que soit (benzodiazépine, z-drug, anti-histaminique sédatif, anti-dépresseur sédatif, phytothérapie, homéopathie).

Il y avait une demande de patients présentant des troubles du sommeil mais ne prenant aucun traitement. Ne rentrant pas dans les critères, ces patients n'ont pas été inclus.

Néanmoins, ils pourraient bénéficier de ce traitement, dans le but d'améliorer la qualité de leur sommeil et d'éviter une primo-prescription.

La principale cause de refus de participer à l'étude était en rapport avec des contraintes organisationnelles (manque de temps, problème de garde des enfants, vacances, week-end). En effet, les 4 dates proposées pour la réalisation des séances de groupe correspondaient à des samedis, dont un tombé pendant les vacances d'hiver.

Étant médecin généraliste remplaçant, je suis amenée à travailler dans différents cabinets, le choix des dates a donc été difficile. Pendant toute la période de l'étude (12/01/2015 au 11/06/2015), je n'ai remplacé que pendant 9 jours, dans le cabinet de groupe où l'étude a été réalisé.

L'organisation aurait été plus aisée, si j'avais été un médecin de cabinet médical.

Les autres causes de refus qui ont été énoncées par le patient sont énumérées ci-dessous :

- intéressé par le projet mais peu ouvert au changement pour le moment
- la prise en charge existante a été jugée suffisante
- refus catégorique, sans justification

Il y a eu qu'un seul abandon au cours de l'étude. Le patient n'a pas pu se libérer pour assister à la deuxième séance en groupe. Les autres patients ont tous assisté aux 2 séances programmées, je pense que cette assiduité, est en partie liée au travail des secrétaires. Il me semble qu'elles sont indispensables à la réalisation d'un tel projet.

Données de satisfaction :

7 patients sur 8 sont satisfaits ou très satisfaits de cette alternative thérapeutique.

Le patient qui était peu satisfait, était le seul à penser que la dynamique de groupe était un frein. Néanmoins, il a pensé que la clarté de l'information était très satisfaisante, l'ambiance générale était satisfaisante et les méthodes utilisées applicables dans la vie quotidienne. Ces séances d'information ont partiellement répondu à ses attentes, mais il aurait préféré une "analyse plus personnelle".

Dans des études sur les préférences des patients, dans la prise en charge de l'insomnie chronique, les auteurs ont retrouvé que la plupart des patients insomniaques, soit après qu'ils aient reçu une information sur les mesures comportementales, soit après qu'ils aient bénéficié de ce type de traitement, estimaient que les thérapies comportementales et cognitives étaient plus acceptables et plus efficace sur le long terme que la prescription médicamenteuse. (37, 38)

Avis sur les somnifères et la qualité du sommeil :

Le patient a souvent une vision erronée de la qualité de son sommeil et de l'action de leur traitement. 8 patients sur 9, estimaient que leur traitement était très efficace ou moyennement efficace. Parmi eux :

- 2 patients ont jugé leur traitements (ZOLPIDEM + HYDROXYZINE / ZOPICLONE + CHRONOBIANE (mélatonine)) très efficace mais parallèlement ont estimé que la qualité de leur sommeil était assez mauvaise
- 1 patient a jugé son traitement (AMITRIPTYLINE) très efficace mais parallèlement a estimé que la qualité de son sommeil était très mauvaise

A l'inverse, le patient qui a jugé son traitement peu efficace, estime, tout de même, avoir un sommeil d'assez bonne qualité.

Toutes les études montrent qu'au bout d'un mois, les hypnotiques n'ont plus d'efficacité objective sur le sommeil, même si l'insomniaque est encore satisfait de l'hypnotique. En réalité, il n'a plus conscience de ses réveils nocturnes. (39)

A la suite des séances d'information, 4 patients sur 7 pensent encore que les somnifères sont incontournables. Ils souhaiteraient un traitement efficace mais sans effets indésirables.

Symboliquement, la prescription médicamenteuse semble légitimer l'état pathologique du patient. Elle confirme son statut de « malade » et témoigne de sa vulnérabilité et du bien-fondé de la plainte. (40)

Evolution de la qualité subjective du sommeil :

L'absence d'amélioration du sommeil ne signifie pas un échec de la prise en charge de l'éducation thérapeutique. Le patient peut malgré tout amélioré sa compréhension de la maladie, sa prise en charge, ses comportements de santé ou sa qualité de vie.

La qualité subjective du sommeil est globalement comparable avant et après l'intervention. Il y a eu une évolution pour 3 patients.

1 patient a constaté une amélioration de la qualité de son sommeil (passage de assez mauvaise à assez bonne). Les seules modifications survenues suite à notre intervention, a été la consultation avec le psychologue et l'application des techniques de relaxation.

2 patients ont évalué leur qualité de sommeil moins bonne (passage d'assez bonne à assez mauvaise). Le premier patient a arrêté son traitement (HYDROXYZINE), le deuxième a commencé une décroissance (BROMAZEPAM). De même, la fréquence à laquelle les patients n'ont pas pu s'endormir en moins de 30 minutes, a baissé ou stagner pour tous les

patients, sauf pour ces 2 même patients.

La surveillance en cours de sevrage est donc très importante pour éviter les risques d'échec sur le long terme. Un soutien psychologique renforcé est utile de la part du médecin traitant +/- du psychologue.

Règles hygiène du sommeil :

La raison des troubles du sommeil, la plus fréquemment évoquée par les patients est l'anxiété, alors que le non-respect des règles de sommeil (souvent en cause) n'est guère mentionné. De plus, certaines règles simples d'hygiène de sommeil (regarder la télévision au lit, ne pas se préparer au sommeil...) ne sont pas appliquées à 2 mois de ce suivi.

Il aurait été judicieux de mettre en place des séances collectives supplémentaires, dans le but de rappeler les règles d'hygiène de sommeil et de voir avec les patients leurs difficultés à modifier leurs habitudes.

En effet, les patients sont probablement assez sceptiques sur l'efficacité de l'application de ses règles ou pensent à tort avoir une bonne hygiène de sommeil. L'agenda du sommeil peut offrir à ces patients une possibilité d'auto-évaluation de leur trouble afin qu'ils le relativisent ou qu'ils s'impliquent à modifier des comportements inadaptés pour obtenir une bonne hygiène de sommeil.

Dans notre étude, les conclusions sur l'agenda du sommeil ont été données aux patients par écrit, le document devait être récupéré au secrétariat.

L'explication de ces conclusions lors d'une séance collective ou individuelle aurait peut-être pu favoriser l'implication du patient dans le projet de soin.

Attente du patient vis à vis de son médecin traitant :

La moitié des patients a l'intention de reconsulter leur médecin suite à ses séances d'information pour discuter de leur insomnie et prendre la suite de cette démarche d'information et d'éducation thérapeutique.

On peut s'interroger sur les raisons et les attentes des patients qui ne le souhaitent pas.

3.3 DISCUSSION SUR LES PERSPECTIVES :

Organisations complexes :

Nous nous sommes investies en consacrant du temps pour préparer, organiser et animer les séances. En effet, il a fallu recruter et convoquer les patients, organiser les séances collectives en tenant compte de l'emploi du temps des différents intervenants (patients, médecin, psychologue).

Le rôle des secrétaires a été essentiel tout au long du projet. En effet, elles ont :

- remis aux patients inclus dans l'étude : la fiche de présentation du projet, le document de consentement éclairé et le questionnaire initial permettant le diagnostic éducatif
- contacté chaque patient quelques jours avant les séances d'information pour confirmer leur présence
- récupéré le questionnaire final permettant l'évaluation à 2 mois

Financement :

Les professionnels ayant participé à cette étude (médecin, psychologue, secrétaire) n'ont pas été rémunéré. Lors de la mise en place d'un programme d'ETP, la question de la rémunération se pose. Et, en plus du travail, déjà réalisé, il faudrait trouver les financements nécessaires.

Or les médecins généralistes sont déjà très occupés par leur patientèle et les tâches administratives.

L'autorisation donnée par l'ARS, nécessaire à tout programme pour fonctionner, n'est assortie d'aucun financement institutionnel. C'est au promoteur de s'assurer du financement du programme avant de le soumettre à l'ARS.

Comment financer l'ETP ?

- les fonds FIR (Fond d'Intervention Régional) attribués par l'ARS
- les nouveaux modes de rémunération (NMR module 2) attribués par l'ARS.

- les organismes de protection social tels que le Régime Social des Indépendants (RSI), la Mutualité Sociale Agricole (MSA) etc. , les réseaux et associations

FIR :

Le FIR est conçu dans le but d'améliorer la performance du système de santé et d'optimiser la dépense.

Les missions du FIR sont :

- la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- le développement de la démocratie sanitaire

Le FIR permet donc le financement des actions en matière d'ETP.

NMR :

Les NMR sont testés depuis 2010 en vertu des lois de financement de la sécurité sociale 2008 puis 2012. Le 20 février 2015, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a annoncé la généralisation des Nouveaux modes de rémunération (NMR) pour les structures de soins de proximité : maisons de santé, pôles et centres de santé.

Le module n°2 des NMR est consacré aux nouveaux services aux patients dont fait partie l'ETP. Il consiste à favoriser le développement de l'ETP en ambulatoire en créant une rémunération forfaitaire des programmes.

Le montant du forfait par programme et par patient est fonction du nombre de séances proposées au patient :

- 250 euros pour le diagnostic éducatif, 3 ou 4 ateliers collectifs, y compris les éventuelles séances individuelles ;
- 300 euros lorsque le nombre d'ateliers est porté à 5 ou 6.

Pour bénéficier des financements, le programme doit concerner, à l'issue de la première année de fonctionnement, au minimum 50 patients. Ce nombre devra ensuite augmenter chaque année d'au moins 10 % pendant toute la durée de l'expérimentation.

Si la structure libérale est bénéficiaire des NMR, la transformation en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) est impérative depuis le 30 juin 2012. En effet, la loi prévoit que les NMR ne peuvent être versés qu'à une structure et non aux professionnels individuellement.

La SISA est un cadre juridique pour l'exercice regroupé des professionnels de santé libéraux en maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Son but est de :

- permettre le regroupement des professionnels de santé relevant de professions différentes;
- percevoir des financements publics et les redistribuer ces sommes entre ses membres;
- facturer certains actes à l'assurance maladie dans le cadre des nouvelles rémunérations prévues par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST);
- mettre à disposition des professionnels de santé un cadre fiscal et social sécurisé.

Pour qu'un programme d'ETP soit financé par l'ARS (FIR, NMR), il doit concerner, sauf exception répondant à un besoin particulier à expliciter, une ou plusieurs des affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (liste ALD 30) ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional. (41).

En France, 2 programmes d'ETP centrés sur l'insomnie ont été validés par les ARS :

- ARS de l'Île-de-France, hôpital Hôtel Dieu, Paris 4 (42)
- ARS Aquitaine, clinique Anouste, Bordeaux (43)

Selon l'ARS de Haute-Normandie, l'insomnie et ses conséquences constituent un véritable problème de santé publique, mais ne font pas partie des priorités régionales. Les pathologies prioritaires sur la région sont : asthme, obésité, maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers et maladies rares.

L'absence de flexibilité dans les protocoles et thèmes à aborder, le financement faible et précaire peut décourager les professionnels à s'investir dans ce type de programme. Il conviendrait de proposer un système plus souple (par exemple, proratiser le financement au nombre de participant).

En dehors des dispositifs cités, il y a les "appels à projets", certaines collectivités territoriales utilisent ce moyen, pour mettre en place un programme, mais les thématiques sont souvent des priorités régionales.

Rôle du psychologue :

La France demeure le premier pays consommateur de somnifères, avec une consommation 3 à 5 fois plus importante que ses voisins européens. Cette consommation est particulièrement élevée et banalisée chez les personnes âgées. (44)

Dans notre étude, la raison la plus fréquemment évoquée par les patients en ce qui concerne ses troubles du sommeil, était l'anxiété. Tous les patients ont apprécié la séance d'initiation à la relaxation et 5 patients sur 7 ont suivi les conseils de la psychologue. Mais seul un patient a continué son suivi avec la psychologue.

Dans le système de soin français, les psychothérapies ne sont remboursées que lorsqu'elles sont réalisées par un psychiatre dans le cadre d'une consultation psychiatrique ou par un psychologue clinicien en établissement public (hôpital, Centre Médico-Psychologique).

L'accès au psychologue clinicien exerçant en libéral n'est pas remboursé, à l'exception de remboursement partiel par de rares forfaits de complémentaire santé.

On peut supposer que le remboursement des consultations avec un psychologue pourrait :

- faciliter l'accès à la thérapie (en particulier, pour ceux qui ne consultent pas pour des raisons économiques)
- améliorer la qualité de vie des patients
- permettre la diminution de la consommation de psychotrope

Formation des médecins :

Le médecin généraliste, étant le praticien soignant le plus de patients atteints de maladies chroniques, il serait intéressant qu'ils soient formés à l'éducation thérapeutique. Or pour ceux d'entre eux qui ont reçu une formation, il s'agit toujours d'une démarche individuelle et non pas d'une formation dans le cadre du cursus universitaire.

La Société française de santé publique recommande que les établissements universitaires intègrent à leurs programmes, la formation à l'éducation thérapeutique lors de la formation initiale des professionnels de santé afin que les futurs professionnels de santé soient en mesure d'adopter des postures éducatives.(45).

Or, cette formation est absente dans la plupart des facultés de médecines. Parmi les professionnels de santé, seul le cursus infirmier est concerné par une formation obligatoire en ETP. (46)

Dans notre étude, 5 patients sur 7 pensent que ce type de séances d'information seraient utile pour d'autres problèmes de santé (nutrition-diététique, prévention des maladies cardiovasculaires, problèmes liés au vieillissement).

On estime qu'en France, 15 millions de personnes sont atteintes d'au moins une maladie chronique, soit 20% de la population. Elles sont à l'origine de 60 % des décès, dont la moitié avant 70 ans. C'est le cœur du métier du médecin généraliste. (47)

Il convient donc d'accroître très notablement l'offre ambulatoire de proximité afin qu'un patient puisse accéder à un programme d'ETP à une distance raisonnable de son domicile et sans se rendre nécessairement dans un établissement de santé. Son médecin traitant devra avoir un rôle central dans l'orientation du patient vers le programme le plus adéquat et dans son suivi régulier pour lui proposer, le cas échéant, de participer à un programme de suivi. Ceci implique que les médecins soient régulièrement informés de l'offre existante. En outre, leur participation à la conception et à l'animation des programmes d'ETP doit être encouragée. (46)

Autres alternatives :

L'utilisation de méthodes innovantes telles que les traitements d'auto-assistance (self-help therapy), la télésanté, la thérapie de groupe, les cures thermales pour le sommeil, les TCC en ligne, peut-être une alternative intéressante dans le traitement de l'insomnie.

D'après une méta-analyse d'études contrôlées randomisées portant sur les effets des interventions d'auto-assistance pour l'insomnie, les effets de ces traitements (utilisant des livres, bandes audio ou internet) sont faibles à modérés. Néanmoins, ils pourraient constituer un complément utile aux options de traitement existantes en particulier lorsqu'ils sont

intégrés dans une approche de soins par paliers. (48)

Dans un essai randomisé contrôlé mené auprès d'adultes souffrant d'insomnie chronique, une thérapie cognitive et comportementale en ligne s'avérait plus efficace qu'un traitement placebo ou que les soins habituels, du moins à court terme. (49)

Plus d'études sont nécessaires, pour permettre d'intégrer ses nouvelles approches dans la pratique clinique.

J'ai tiré un très grand enrichissement personnel et professionnel de cette étude.

L'échange de points de vue avec les différents professionnels et les patients favorisent l'implication dans le projet et motivent à faire des recherches supplémentaires pour étendre nos connaissances.

Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent. Ils gèrent simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

La médecine générale ne peut se limiter uniquement à la prise en charge de la maladie présentée, mais souvent le médecin prend en charge des problèmes multiples. La plupart du temps, le patient consulte pour plusieurs affections, dont le nombre augmente avec l'âge. La réponse simultanée à plusieurs demandes implique nécessairement une gestion hiérarchisée des problèmes qui prend en compte les priorités du patient et celles du médecin. (50)

Pour prendre un exemple, comment trouver le temps nécessaire pour faire un renouvellement de prescriptions, analyser et expliquer des résultats biologiques au patient, prendre en charge la toux qui le préoccupe depuis quelques jours et permettre au patient de comprendre son insomnie et sa prise en charge. Idéalement, il faudrait demander au patient de revenir lors d'une consultation spécifique dédiée à cette pathologie. En effet, la prise en charge de l'insomnie chronique exige du patient (et du médecin) beaucoup d'effort et de patience, ce dont il vaut mieux discuter au préalable avec le patient. L'insomnie est un problème complexe qui nécessite plusieurs consultations spécifiques.

La participation à un tel programme m'a apporté une satisfaction professionnelle.

En effet, dans ces conditions nous disposons de plus de temps pour permettre au patient de comprendre sa maladie et sa prise en charge, dans le but d'améliorer sa santé et sa qualité de vie.

Il n'y a pas la même notion d'urgence que sur un planning serré de médecine libérale, ce qui est plaisant.

J'aimerais pouvoir mettre en place des projets similaires dans ma pratique médicale future.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. C. Chan-Chee, V. Bayon, J. Bloch, F. Beck, J.-P. Giordanella, D. Leger, Epidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. Revue d'épidémiologie et de santé publique Vol. 59, N° 6 (Décembre 2011) . - 409-22
2. INPES (Institut Nationale de Prévention et d'Éducation pour la santé), enquête de population générale sur 27 653 individus de 15 à 85 ans, dans le cadre du baromètre Santé 2010
3. SFTG, HAS, prise en charge du patient adulte se plaignant d'une insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. Décembre 2006
4. Giordanella J.-P. Rapport sur le thème du sommeil. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006. En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000899/0000.pdf>)
5. SFTG, HAS, prise en charge du patient adulte se plaignant d'une insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Décembre 2006
6. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise, janvier 2012, AFSSAPS
7. Morin CM, LeBlanc M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations and determinants of help-seeking behaviors. Sleep Med 2006;7(2):123-30
8. Gallup Organization Sleep in America. Princeton NJ : The Gallup Organization, 1991
9. AASM. Practice parameters for the psychological and behavioural treatment of insomnia : an update.s.l. : Sleep.pp.1415-1419
10. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. INPES, HAS, juin 2007
11. Lainey E. Traitement comportemental et cognitif de l'insomnie. Ann Méd Psychol 2002
12. Beaulieu-Bonneau S, Fortier-Brochu É, Morin CM. Prise en charge comportementale de l'insomnie chronique. Médecine du Sommeil 2007;4:4-10
13. Vallières A, Guay B, Morin CM. L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de

l'insomnie primaire. Le Médecin du Québec, 2004 ; 39 (10) : 85-96

14. Daniel KL Cheuk, Wing-Fai Yeung, KF Chung Virginia Wong. Acupuncture for insomnia. Published Online: 12 SEP 2012
15. Somnifère dans le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine "en ligne" – version 2015-2
16. Collège des enseignants de neurologie. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte. Abrégé de neurologie. Abrégés connaissances et pratique. Paris: Masson; 2008. p. 210–11.
17. DOROSZ, Ph. Guide pratique des médicaments. Paris, 32^e édition 2013, Maloine, 2012
18. Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. PloS One. 2013;8(5):e63773
19. Holbrook A.M., Crowther R, Lotter A et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. CMAJ 2000; 162:225-233
20. Glass J et coll. « Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits ». BMJ 2005;331:1169-73
21. Sateia MJ, Nowel PD. Insomnia. Lancet. 2004;364:1959-73
22. Thorndike FP, Ritterband LM, Gonder-Frederick LA, Lord HR, Ingersoll KS, Morin CM : A randomized controlled trial of an internet intervention for adults with insomnia: effects on comorbid psychological and fatigue symptoms. J Clin Psychol. 2013 Oct;69(10):1078-93
23. HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Octobre 2007
24. Plainte d'insomnie chez les adultes : traitement médicamenteux (hors phytothérapie), Idées-forces tirées de PRESCRIRE jusqu'au numéro 331 (mai 2011)
25. Minerva octobre 2006, volume 5, numéro 8, Sédatifs chez les personnes âgées insomniaques Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. BMJ 2005;331:1169-73
26. CBIP. Fiche de transparence - PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE - OCTOBRE 2010
27. Roth T, Roehrs T, Koshorek G, Sicklesteel J, Zorick F. Sedative effects of antihistamines. J Allergy Clin Immunol 1987;80 (1):94–8

28. HAS. Commission de la transparence. Avis sur Circadin®. 10 décembre 2008
29. Plainte d'insomnie. Une place pour la phytothérapie traditionnelle" Revue Prescrire. Août 2007 ; tome 27 (n°286) : 564-569
30. Homéopathie : toujours pas de preuve d'efficacité" Revue Prescrire 2012 ; 32 (344) : 446
31. De Clercq T, Rogiers R, Habraken H, et al. Insomnie : recommandation en première ligne de soins 2005. www.ssmg.be.
32. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M: Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults.J Clin Sleep Med 2008, 4:487-504.
33. Davidson JR. 2012. Treating chronic insomnia in primary care – Early recognition and management. Insomnia Rounds
34. DUMONT TABARY V. Thérapie cognitivo-comportementale : quelle offre de soins dans l'agglomération rouennaise ?, 26 janvier 2009, fac de Rouen
35. Hullar J. Impact d'une éducation thérapeutique de groupe mise en œuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte. Thèse Med : Université de Nancy I. 2009
36. Parisot E. Impact d'une intervention d'une éducation thérapeutique individuelle dans le sevrage des hypnotiques chez l'adulte. Etude prospective en cabinet de médecine générale. 6 décembre 2011
37. Norah V, Lionberg C. Treatment Preference and patient satisfaction in chronic insomnia. Sleep. 2001; 24(04):411-417
38. Morin CM, Gaulier B, Barry T, Kowatch RA. Patients' acceptance of psychological and pharmacological therapies for insomnia. Sleep. 1992; 15(4):302-305
39. LEGER D. Troubles du sommeil, éditeur DOIN, collection conduites, Paris, 2001
40. HAS, Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées - Rapport d'orientation – avril 2011
41. Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. BO

n°0019 du 23 janvier 2015

42. ARS Île-de-France. La liste des programmes ETP autorisés en Ile-de-France (mise à jour 11 août 2014). [en ligne]. <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Education-therapeutique-du-pat.179071.0.html> [consulté le 20/01/2016]
43. ARS Aquitaine. Liste des programmes d'éducation thérapeutique autorisés au 12/12/2014. [en ligne]. <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Education-therapeutique.124743.0.html> [consulté le 20/01/2016].
44. HAS. Questions / Réponses Troubles du sommeil : stop à la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées. 25 septembre 2012
45. Bourdillon. F, Collin JF. SFSP. Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France. 2008. Disponible sur : <http://www.sfsp.fr/manifestations/pdf/RecoETP.pdf>
46. Jacquat D. Education thérapeutique du patient. Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne [rapport]. Assemblée Nationale 2010. Disponible : URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf.
47. Collège de médecine générale (CNGE). Le livre blanc du collège de la médecine générale - Les maladies chroniques. Disponible sur: <http://www.lecmg.fr/livreblanc/sommaire.html>
48. van Straten A, Cuijpers P. Self-help therapy for insomnia: a meta-analysis. Sleep Med Rev 2009;13:61-71
49. Thorndike FP, Ritterband LM, Gonder-Frederick LA, Lord HR, Ingersoll KS, Morin CM : A randomized controlled trial of an internet intervention for adults with insomnia: effects on comorbid psychological and fatigue symptoms. J Clin Psychol. 2013 Oct;69(10):1078-93
50. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe 2002

ANNEXES

Annexe 1 : Affiche salle d'attente

Annexe 2 : PSQI

Annexe 3: ISI

Annexe 4 : ECAB

Annexe 5: Diaporama

Annexe 6 : Agenda du sommeil

Annexe 7: Une bonne hygiène de sommeil

Annexe 8 : Sources des illustrations des documents pédagogiques

Annexe 1 : Affiche salle d'attente



**Vous souffrez
d'insomnie et prenez
un médicament pour
dormir.**

**Vous désirez retrouver
un sommeil de qualité ?**

**Participez à nos 2 séances
d'information sur le sommeil.**

Samedi 14 et 28 février 2015

**Si vous êtes intéressés, parlez en à
votre médecin.**

Annexe 2 : PSQI

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS



Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance :/...../..... Date de ce jour :/...../.....

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez à toutes les questions.

1/ Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?

↪ Heure habituelle du coucher :

2/ Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?

↪ Nombre de minutes :

3/ Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ?

↪ Heure habituelle du lever :

4/ Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ? (Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

↪ Nombre d'heures de sommeil par nuit :

Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse. Répondez à toutes les questions.

5/ Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'1 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine
a) vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 mn				

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

b) vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin				
c) vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes				
d) vous n'avez pas pu respirer correctement				
e) vous avez toussé				
f) vous avez eu trop froid				
g) vous avez eu trop chaud				
h) vous avez eu de mauvais rêves				
i) vous avez eu des douleurs				
j) pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :				
Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons	Pas au cours du dernier mois	Moins d'1 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine

6/ Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

- Très bonne
 Assez bonne
 Assez mauvaise
 Très mauvaise

7/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?

- Pas au cours du dernier mois
 Moins d'1 fois par semaine
 1 ou 2 fois par semaine
 3 ou 4 fois par semaine

8/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?

- Pas au cours du dernier mois
 Moins d'1 fois par semaine
 1 ou 2 fois par semaine
 3 ou 4 fois par semaine

9/ Au cours du mois dernier, à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

- Pas du tout un problème
 Seulement un tout petit problème
 Un certain problème
 Un très gros problème

10/ Avez-vous un conjoint ou un camarade de chambre ?

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

- Ni l'un, ni l'autre
- Oui, mais dans une chambre différente
- Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit
- Oui, dans le même lit

11/ Si vous avez un camarade de chambre ou un conjoint, demandez-lui combien de fois le mois dernier vous avez présenté :

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'1 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	3 ou 4 fois par semaine
a) un ronflement fort				
b) de longues pauses respiratoires pendant votre sommeil				
c) des saccades ou des secousses des jambes pendant que vous dormiez				
d) des épisodes de désorientation ou de confusion pendant le sommeil				
e) d'autres motifs d'agitation pendant le sommeil				

Score global au PSQI :

Calcul du score global au PSQI

Le **PSQI** comprend **19 questions d'auto-évaluation** et **5 questions posées au conjoint ou compagnon de chambre** (s'il en est un). Seules les questions d'auto-évaluation sont incluses dans le score. Les 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner **7 "composantes" du score global**, chaque composante recevant un score de 0 à 3.

Dans tous les cas, un score de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères. Les 7 composantes du score s'additionnent pour donner un score global allant de **0 à 21 points**, 0 voulant dire qu'il n'y a **aucune difficulté**, et 21 indiquant au contraire des **difficultés majeures**.

Composante 1 : Qualité subjective du sommeil

↳ Examinez la **question 6**, et attribuez un score :

Très bonne = 0 Assez bonne = 1 Assez mauvaise = 2 Très mauvaise = 3

Score de la composante 1 =

Composante 2 : Latence du sommeil

↳ Examinez la **question 2**, et attribuez un score :

≤ 15 mn = 0 16-30 mn = 1 31-60 mn = 2 > 60 mn = 3

Score de la question 2 =

↳ Examinez la **question 5a**, et attribuez un score :

Pas au cours Moins d'1 fois 1 ou 2 fois 3 ou 4 fois
du dernier mois = 0 par semaine = 1 par semaine = 2 par semaine = 3

Score de la question 5a =

↳ Additionnez les scores des questions 2 et 5a, et attribuez le score de la composante 2 :

Somme de 0 = 0 Somme de 1-2 = 1 Somme de 3-4 = 2 Somme de 5-6 = 3

Score de la composante 2 =

Composante 3 : Durée du sommeil

↳ Examinez la **question 4**, et attribuez un score :

> 7 h = 0 6-7 h = 1 5-6 h = 2 < 5 h = 3

Score de la composante 3 =

Composante 4 : Efficacité habituelle du sommeil

- ↳ Indiquez le nombre d'heures de sommeil (**question 4**) :
 - ↳ Calculez le nombre d'heures passées au lit :
Heure du lever (**question 3**) :
Heure du coucher (**question 1**) :
Nombre d'heures passées au lit :
 - ↳ Calculez l'efficacité du sommeil : (Nb heures sommeil/Nb heures au lit) x 100 =
Efficacité habituelle (en %) \Rightarrow (...../.....) x 100 = %
 - ↳ Attribuez le score de la composante 4 :
> 85% = 0 75-84% = 1 65-74% = 2 < 65% = 3
- Score de la composante 4 =**

Composante 5 : Troubles du sommeil

- ↳ Examinez les **questions 5b à 5j**, et attribuez des scores à chaque question :
Pas au cours Moins d'1 fois 1 ou 2 fois 3 ou 4 fois
du dernier mois = 0 par semaine = 1 par semaine = 2 par semaine = 3
- Score de la question 5b = 5c = 5d = 5e = 5f =
5g = 5h = 5i = 5j =
- ↳ Additionnez les scores des questions 5b à 5j, et attribuez le score de la composante 5 :
Somme de 0 = 0 Somme de 1-9 = 1 Somme de 10-18 = 2 Somme de 19-27 = 3
- Score de la composante 5 =**

Composante 6 : Utilisation d'un médicament du sommeil

- ↳ Examinez la **question 7**, et attribuez un score :
Pas au cours Moins d'1 fois 1 ou 2 fois 3 ou 4 fois
du dernier mois = 0 par semaine = 1 par semaine = 2 par semaine = 3
- Score de la composante 6 =**

Composante 7 : Mauvaise forme durant la journée

↳ Examinez la **question 8**, et attribuez un score :

Pas au cours du dernier mois = 0	Moins d'1 fois par semaine = 1	1 ou 2 fois par semaine = 2	3 ou 4 fois par semaine = 3
-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Score de la question 8 =

↳ Examinez la **question 9**, et attribuez un score :

Pas du tout un problème = 0	Seulement un tout petit problème = 1	Un certain problème = 2	Un très gros problème = 3
--------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------	------------------------------

Score de la question 9 =

↳ Additionnez les scores des questions 8 et 9, et attribuez le score de la composante 7 :

Somme de 0 = 0 Somme de 1-2 = 1 Somme de 3-4 = 2 Somme de 5-6 = 3

Score de la composante 7 =

Score global au PSQI

↳ Additionnez les scores des 7 composantes :

Annexe 3 : Index de Sévérité du Sommeil (ISI)

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____

Date: _____

Pour chacune des questions, veuillez encircler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait
0	1	2	3	4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:

Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = _____

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)

Annexe 4 : ECAB

Échelle ECAB

Échelle ECAB		
Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (attribuer 1 point en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)		
Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments tranquillisants et/ou somnifères que vous prenez.		
Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.		
Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.		
Nom du médicament concerné :		
	Vrai	Faux
1.	Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
2.	Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
3.	Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
4.	J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
5.	J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
6.	J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
7.	Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
8.	Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
9.	Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
10.	Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

Annexe 5 : Diaporama

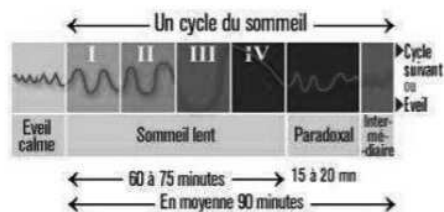


But du projet

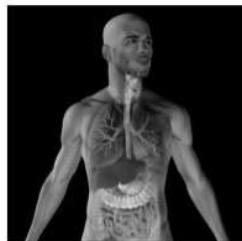
- Apprendre à connaître son sommeil
- Retrouver un sommeil plus naturel, récupérateur
- limiter la consommation de somnifères



Que se passe-t-il pendant notre sommeil ?



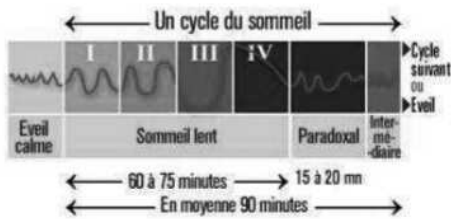
Que se passe-t-il pendant notre sommeil ?



Que se passe-t-il pendant notre sommeil lent ?

- récupération physique
- renforcement du système immunitaire
- augmentation de la fabrication des protéines : hormone de croissance, insuline ...

Que se passe-t-il pendant notre sommeil ?

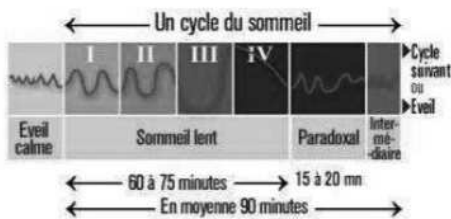


Que se passe-t-il pendant notre sommeil paradoxal ?

- expression des rêves

- fonction de mémorisation

Que se passe-t-il pendant notre sommeil ?

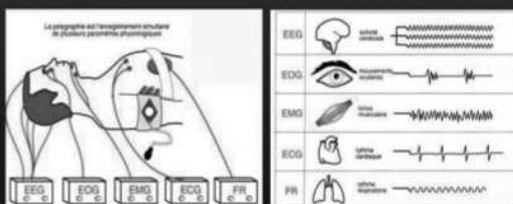


Effets de la privation de sommeil

Wikimedia Commons - Traduction française par Blazepetit

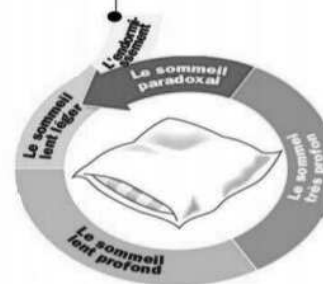
- Irritabilité
- Troubles cognitifs
- Troux et perte de mémoire
- Altération du jugement moral
- Boilements excessifs
- Hallucinations
- Troubles du déficit d'attention
- Affaiblissement du système immunitaire
- Risque de diabète de type 2
- Variabilité plus forte du rythme cardiaque
- Risque de maladie cardiaque
- Temps de réaction augmenté et précision réduite
- Tremblements
- Douleurs
- Autres :
 - Interruption de croissance
 - Risque d'obésité
 - Baisse de la température

Enregistrement du Sommeil

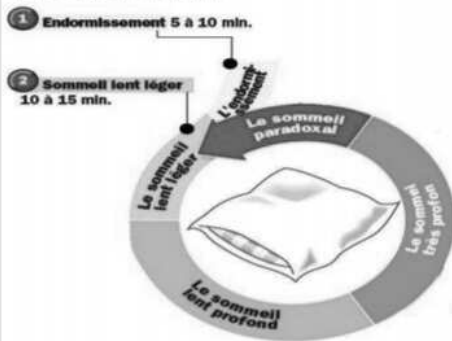


Le sommeil

1 Endormissement 5 à 10 min.



Le sommeil



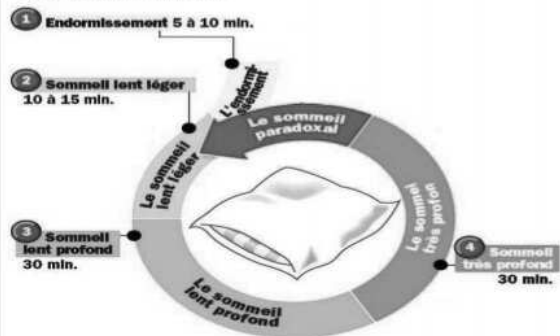
Sommeil lent léger : stade I

- moins de 10 % durée totale sommeil
- durée : 5 à 10 min
- somnolence

Sommeil lent léger : stade II

- 50 % durée totale sommeil
- sommeil confirmé mais ≈ 50 % des bons dormeurs et 80% des mauvais pensent être réveillés

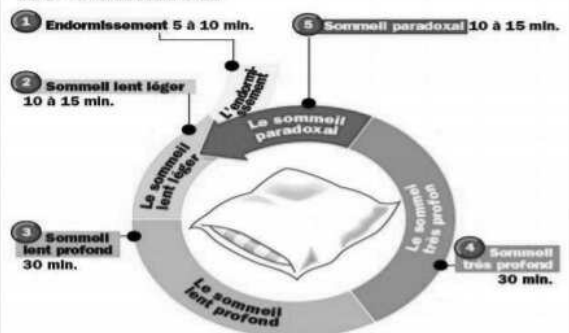
Le sommeil



Sommeil profond : stade III et IV

- 20 % durée totale sommeil
- activité cérébrale ralentie
- réveil très difficile

Le sommeil

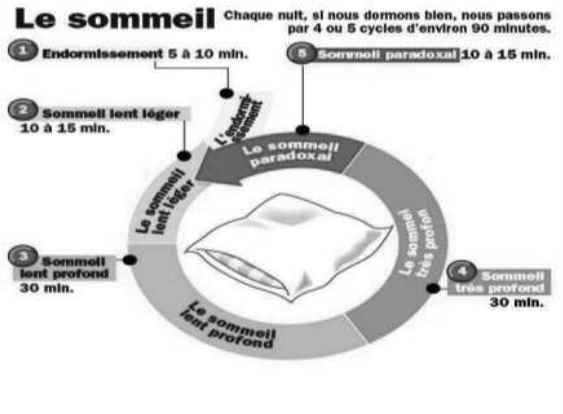


Sommeil paradoxal

- 25 % durée totale sommeil
- activité cérébrale intense / corps paralysé



PARADOXE



Durée du sommeil lent profond

- dépend de la durée et de la qualité de l'éveil précédent
- sport dans la journée = ↑ du sommeil profond
- sieste dans la journée = ↓ du sommeil profond
- priorité au sommeil profond (sur paradoxale)

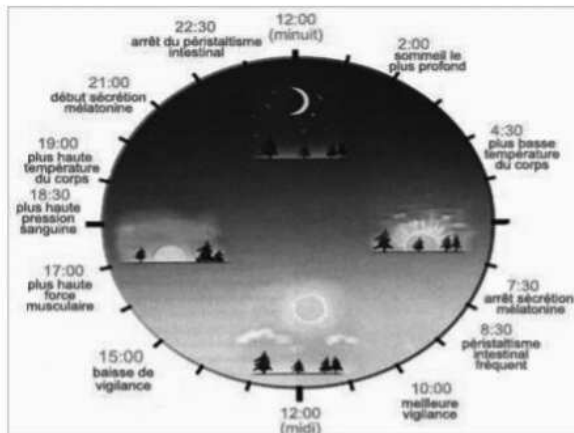
ÂGE	Durée moyenne du sommeil
Nouveau-né	De 16 à 20 heures par jour
1 mois	De 16 à 18 heures par jour
3 mois	De 9 à 12 heures, plus deux siestes (de 1 à 3 heures chacune)
6 mois	De 9 à 12 heures, plus deux siestes (de 1 à 3 heures chacune)
1 an	De 9 à 12 heures, plus deux siestes (1 à 2 heures chacune)
2 ans	10 à 12 heures, plus une sieste (de 1 à 2 heures)
3 ans	De 10 à 11 heures, plus une sieste (de 1 à 2 heures)
10 ans	Environ 10h00
16 ans	Environ 9h00
adulte	De 7 à 9 heures

Sommeil personne âgée

- sommeil lent profond ↓
- sommeil léger ↑
- insomnie ≠ impression de mauvais sommeil

Pourquoi dormons nous ?

- parce que j'en ai besoin
- parce que c'est l'heure !!!
- rythme veille-sommeil contrôlé par système circadien
- « circa diem » ou environ un jour



Mélatonine : hormone du sommeil

- sécrétée la nuit (pic entre 2h et 4h du matin)
- favorise l'endormissement
- production perturbée par la lumière

Grand dormeur – petit dormeur

- génétiquement déterminé durée moyenne du sommeil : 7h30
- grand dormeur : + de 9h par jour
- petit dormeur : - de 6h30 par jour



Il faut dormir 8h par nuit ?



Il faut dormir 8h par nuit ?



Un bon dormeur ne se réveille jamais la nuit ?



Un bon dormeur ne se réveille jamais la nuit ?



La somnolence après le déjeuner est liée à la digestion



La somnolence après le déjeuner est liée à la digestion



Si on a rêvé, c'est qu'on a bien dormi ?



Si on a rêvé, c'est qu'on a bien dormi ?



Quand ils sont bien supportés, il n'y a pas lieu d'arrêter les somnifères



Quand ils sont bien supportés, il n'y a pas lieu d'arrêter les somnifères



Les somnifères n'agissent que la nuit



Les somnifères n'agissent que la nuit



La durée de prescription maximale de la plupart des somnifères est de 4 semaines



La durée de prescription maximale de la plupart des somnifères est de 4 semaines



Insomnie

- 20 à 30 % des français

- 17 % se considèrent en dette de sommeil

- ¼ des 25-45 ans, ne se sentent pas reposés au réveil



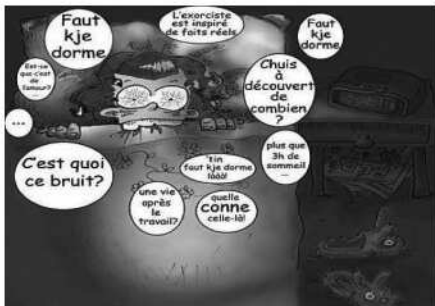
Définition insomnie

- quelqu'un qui se plaint de son sommeil
- avec des conséquences dans la journée
- ≠ pseudo insomnie / ≠ décalage de phase

Cause insomnie

- anxiété et dépression : 50 % des cas
- certaines maladies : douleur, hyperthyroïdie, asthme, RGO, cardiopathie, démence...
- médicament ou substances perturbant le sommeil
- hygiène de sommeil inadéquate

Insomnie psychophysiologique



Insomnie psychophysiologique

- cause courante d'insomnie
- insomnie « conditionnée » : peur de ne pas dormir
- cercle vicieux de l'insomnie



Somnifère idéale

- efficacité rapide – efficacité soutenue
- respect des cycles du sommeil
- sans accoutumance, ni dépendance
- pas effets résiduels diurnes
- pas d'interaction avec autres médicaments

Le somnifère idéale n'existe pas !!!

Effets (modestes) des somnifères

- ↓ temps d'endormissement ≈ 22 min
- ↑ quantité de sommeil ≈ 30 à 60 min
- mais efficace seulement pendant 30 à 45 jours

Effets secondaires

- effets résiduels diurnes : fatigue, ↓ vigilance, troubles humeurs, chute....
- ↓ sommeil lent profond et sommeil paradoxal
- ↑ sommeil lent léger (stade II)



Effets secondaires

- troubles cognitif : confusion, amnésie antérograde, accentuation du déclin cognitif lié à l'âge
- accoutumance
- dépendance : 23 % après 3 mois
- sevrage difficile



FR

Effets secondaires parfois grave

- surtout personne âgée
- chutes, fractures et conséquence
- accident de la route, accident du travail



« dépendance à faible dose »

- à doses thérapeutiques
- souvent diagnostic impossible avant tentative d'arrêt
- peu étudiée mais concerne des millions de personnes



Les somnifères en France

- championne d'Europe : consommation somnifères
- 3 à 5 fois plus importante que ses voisins
- environ 4 millions de consommateurs
- personnes âgées +++ (1/3 des + 65ans, 40 % des + 80 ans)



AS-CM (16/05)

Agenda du sommeil

NOM _____

Sensibilisé de _____

	Contrôle	AMBIENT	LUMIÈRE	SONS	TEMPÉRATURE	HYGIÈNE	STRESS
1. Heure, j'ai fait le dernier sommeil à _____ h (Noter l'heure du dernier sommeil)	120/10 à 124/10						
2. Heure, j'ai pris _____ mg de médicament contre _____ de l'insomnie pour dormir	5/100						
3. Je me suis réveillé à _____ h et j'ai dormi les heures à _____ h	7/10/15						
4. Après avoir éteint les lumières, je me suis endormi en _____ min.	40 min.						
5. Mon sommeil a été interrompu fois. Spécifiez le nombre d'éveils.	3						
6. Mon sommeil a été interrompu _____ min. Spécifiez la durée de chaque période d'éveil.	10						
7. Ce matin, je me suis réveillé à _____ h (Noter l'heure du dernier réveil)	6/15						
8. Ce matin, je me suis levé à _____ h (Noter l'heure)	10/10						
9. Au lever ce matin, je me sentais : 1 = épuisé, 2 = fatigué, 3 = normal, 4 = plutôt épuisé, 5 = épuisé	4						
10. Dans l'ensemble, mon sommeil a été : 1 = très mauvais, 2 = mauvais, 3 = moyen, 4 = bon, 5 = très bon	5						

CM-Maria - Planifier les sessions de sommeil SE de l'Université, Montréal (1997), Montréal, Paris (2000)



HYGIENE DE SOMMEIL THERAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE

Horaire de lever/coucher régulière

- effet synchroniseur sur le rythme veille-sommeil
- même le week-end
- attention au décalage de l'horloge biologique

La chambre idéale



- bruit : sommeil fragmenté, moins récupérateur
- lumière : réveil, téléphone, TV, ordinateur...
- température : agréable $\approx 18^{\circ}\text{C}$, bien aérer
- espace dédié au sommeil (+ à l'activité sexuelle)



Rituel d'endormissement



- à chacun son rituel : pyjama, lecture, dessiner, prière, brossage dent...
- éviter activités stimulantes : boulot, mail, sms...
- se relaxer : mettre de côtés les problèmes



Réveil dynamique



- si le réveil sonne \rightarrow lever vous
- s'exposer à la lumière
- petit déjeuner complet
- bouger : exercice physique



- éviter les boissons excitants 4 à 6h avant le coucher : café, thé, cola ...

- éviter alcool, tabac

- éviter les dîners trop copieux



La sieste

- courte (10 à 20min) et pas trop tard (avant 16h)

- plus en forme, plus vigilant

- éviter sa chambre, son lit

- déconseillée chez l'insomniaque



Exemple de sieste

- privation chronique de sommeil : 15 min

- lendemain de nuit blanche : 30 à 45 min

- prévention soirée exceptionnelle : 60 à 90 min

- travail de nuit : 2 à 3 heures



- se coucher dès les 1^{er} signaux de sommeil

- inutile de se coucher trop tôt

- se relaxer, lâcher prise

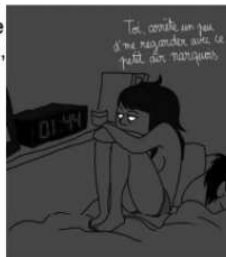


Éveils nocturnes

- si on dort pas au bout de 30 min → se lever

- activité calme en dehors de la chambre (lecture, sudoku, musique douce, tisane...)

- éviter grignotage, alcool, tabac, lumière vive



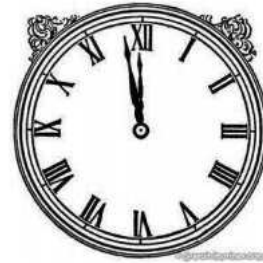
Pour rattraper une nuit blanche, il faut dormir double la nuit d'après !



Pour rattraper une nuit blanche, il faut dormir double la nuit d'après !



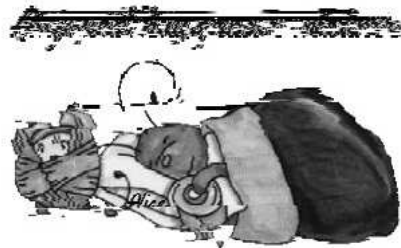
On récupère mieux avant minuit !



On récupère mieux avant minuit !



On peut récupérer grâce à une grasse matinée



On peut récupérer grâce à une grasse matinée



Chez l'insomniaque la sieste est déconseillée



Chez l'insomniaque la sieste est
déconseillée



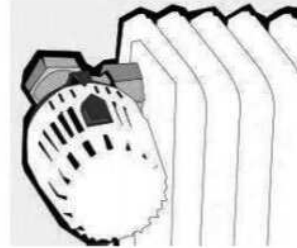
Il faut compter les moutons pour
s'endormir



Il faut compter les moutons pour
s'endormir



On dort mieux si on baisse le
chauffage dans la chambre



On dort mieux si on baisse le
chauffage dans la chambre



Prendre une douche chaude
favorise l'endormissement



Prendre une douche chaude favorise l'endormissement



Faire du sport avant 17h facilite le sommeil



Faire du sport avant 17h facilite le sommeil



Ne pas manger le soir facilite le sommeil



Ne pas manger le soir facilite le sommeil



Le lait chaud fait dormir



Le lait chaud fait dormir



Boire un thé n'empêche pas de dormir



Boire un thé n'empêche pas de dormir



Fumer avant de dormir ou lors des éveils nocturnes facilite l'endormissement



Fumer avant de dormir ou lors des éveils nocturnes facilite l'endormissement



L'alcool aide a bien dormir



L'alcool aide a bien dormir



La vitamine C empêche de dormir



La vitamine C empêche de dormir



Il ne faut pas mettre de plante dans une chambre



Il ne faut pas mettre de plante dans une chambre



Annexe 6 : Agenda du sommeil

Instructions pour le journal du sommeil

Afin de vous aider à mieux comprendre votre problème de sommeil, on doit connaître certains détails sur vos habitudes de sommeil.

L'agenda est à remplir chaque matin au lever, pour juger de la nuit qui vient de se dérouler et le soir avant de vous coucher pour évaluer comment s'est passée votre journée, pendant 1 à 2 semaines.

L'agenda du sommeil n'est pas un outil de précision ! Il ne faut pas regarder le réveil toute la nuit ! Les heures peuvent être notées avec une approximation de 15 min. Prenez 2 minutes tous les matins et tous les soirs pour remplir l'agenda selon vos souvenirs et vos impressions. Ne prenez pas de notes pendant la nuit ou la journée.

Pour illustrer la façon dont vous devriez tenir ce journal, à la première colonne, on vous donne un exemple et des explications pour chaque question.

1. Siestes.

Vous devriez noter toutes les siestes, même celles qui n'étaient pas intentionnelles. Par exemple, si vous vous êtes assoupi devant la télévision durant 10 minutes, il faut le noter. N'oubliez pas de spécifier si vous avez fait la sieste dans la matinée (a.m.) ou dans l'après-midi (p.m.).

2. Aides au sommeil.

Vous devriez inscrire tant les médicaments prescrits par un médecin que ceux qui sont en vente libre, ainsi que l'alcool que vous consommez pour essayer de mieux dormir.

3. Heure du coucher.

Il s'agit de l'heure à laquelle vous vous couchez et à laquelle vous éteignez les lumières. Si vous vous couchez à 22 h 45, mais que vous n'éteignez qu'à 23 h 15, vous devriez inscrire les deux.

4. Temps d'endormissement.

Estimez au mieux le temps que vous avez mis à vous endormir après avoir éteint l'éclairage dans l'intention de dormir.

5. Nombre d'éveils.

Il s'agit du nombre de fois où, selon vos souvenirs, vous vous êtes réveillé la nuit dernière.

6. Durée des périodes d'éveil.

Estimez au mieux le nombre de minutes que vous avez passées sans dormir pendant chaque période d'éveil. S'il vous est impossible de le faire, estimez le nombre de minutes que vous avez passées éveillé au total pendant toutes vos périodes d'éveil, sans compter le dernier réveil du matin, puisque cette information devrait être notée à la rubrique 7.

7. Réveil du matin.

Vous noterez ici l'heure de votre dernier réveil, le matin. Si vous vous êtes réveillé à 4 h et ne vous êtes plus rendormi, c'est l'heure qu'il vous faudra y inscrire. Cependant, si vous vous êtes réveillé à 4 h, mais que vous vous êtes rendormi ne serait-ce que pour un bref laps de temps (par exemple, entre 6 h et 6 h 20), alors vous devriez considérer que votre dernier réveil a eu lieu à 6h20.

8. Heure du lever.

C'est l'heure de la journée à laquelle vous êtes sorti du lit.

9. Impression au lever.

10. Qualité du sommeil.

AS:CM (06/01)

Agenda du sommeil

NOM: _____

Semaine du: _____ au _____

	Exemple	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
		/	/	/	/	/	/	/
1. Hier, j'ai fait la sieste entre ____ et ____ (Notez l'heure de toutes siestes).	13h50 à 14h30							
2. Hier, j'ai pris ____ mg de médicament et/ou ____ oz d'alcool pour dormir.	Starnoc 5 mg							
3. Je me suis couché à ____ h et j'ai éteint les lumières à ____ h.	22h45 23h15							
4. Après avoir éteint les lumières, je me suis endormi en ____ min.	40 min.							
5. Mon sommeil a été interrompu ____ fois. (Spécifiez le nombre d'éveils).	3							
6. Mon sommeil a été interrompu ____ min. (Spécifiez la durée de chaque période d'éveil).	10 5 45							
7. Ce matin, je me suis réveillé à ____ h (Notez l'heure du dernier réveil).	6h15							
8. Ce matin, je me suis levé à ____ h (Spécifiez l'heure).	6h40							
9. Au lever ce matin, je me sentais : 1 = épuisé, 2 = fatigué, 3 = moyen, 4 = plutôt reposé; 5 = reposé	2							
10. Dans l'ensemble, mon sommeil a été : 1 = très agité, 2 = agité, 3 = de qualité 4 = profond, 5 = très profond	3							

C.M. Morin . *Vaincre les ennemis du sommeil*. Ed. de l'homme, Montréal (1997). Marabout, Paris (2000).

Annexe 7 : Une bonne hygiène de sommeil



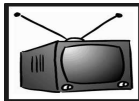
Une bonne hygiène de sommeil

- Établir un rituel routinier au coucher.
- Une heure avant le coucher, cesser toutes les activités exigeantes sur le plan physique et intellectuel. Il est souhaitable de relaxer le plus possible durant l'heure qui précède le coucher.

- Afin de faciliter la phase d'endormissement, on conseille de se coucher seulement au moment où les premiers signes de fatigue se font sentir et qu'on est prêt (e) à dormir.



- On recommande d'aller au lit uniquement pour dormir : ne pas regarder la télévision, ne pas lire, ne pas travailler, ne pas manger et ne pas se tracasser au lit.



- Réduire les stress autant que possible. Essayer de résoudre ses problèmes avant de s'endormir peut provoquer une tension nerveuse qui nuit à l'endormissement.

- Les heures du coucher et surtout du lever doivent être constantes. Se mettre au lit à une heure régulière. Se lever toujours à la même heure, même si on s'est couché tard, aide à acquérir un rythme de sommeil constant.

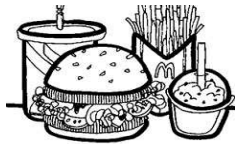
- Si on a déjà des problèmes d'endormissement, éviter les siestes pendant la journée.

- Si on ne dort pas au bout d'une demi-heure, ne pas rester au lit. Le sommeil fuit d'autant plus qu'on s'acharne à le trouver. Il vaut mieux se lever, aller dans une autre pièce et s'adonner à une activité (comme la lecture) jusqu'à ce qu'on s'endorme. Si on ne peut toujours pas dormir, il faut répéter cette étape aussi souvent que nécessaire.

Il vaut mieux bien dormir 3 heures que mal dormir 5 heures !



- Maintenir une atmosphère de détente dans la chambre. Il faut créer les meilleures conditions d'environnement : choisir un lit confortable, avoir une chambre bien aérée ayant une température d'environ 18°C. On dort mieux dans une pièce fraîche.
- Attention au bruit et à la lumière. Si vous avez un sommeil fragile, veillez à vous isoler le mieux possible du bruit, de la lumière extérieure ou des lumières de veille des appareils, électriques par exemple (portables, diodes, télévision...)
- Éviter les bains chauds et le sport avant d'aller se coucher. En revanche un bon bain chaud ou un exercice physique pratiqué à distance du sommeil (2 ou 3h avant) favorisent la survenue du sommeil lent profond et donc améliorent la qualité du sommeil.
- Écouter certaines musiques. La musique douce qui accompagne des exercices de relaxation peut procurer une détente qui facilite l'endormissement.
- La lecture: elle est un bon rituel d'endormissement, à condition qu'il n'y ait pas trop de suspense, ou de sujets angoissants, et qu'il n'y ait pas de gros efforts intellectuels à faire.
- On peut dire que tout ce qui apporte le calme et la sérénité, tout ce qui permet d'atténuer le stress et l'anxiété, est favorable au sommeil.



- Le repas du soir doit être sans excès (ni trop, ni trop peu), et suffisamment éloigné du coucher.

- L'alcool, la caféine et le tabac contiennent des stimulants qui peuvent troubler le sommeil. On recommande d'éviter le café et les produits qui contiennent de la caféine, comme le thé et les colas, six heures avant de se coucher, et d'éviter de fumer et de consommer de l'alcool au moins deux heures avant.
- Évitez les somnifères. Ne les prenez que sur avis médical et seulement après avoir recherché et tenté d'éliminer toutes les causes possibles des insomnies. Dans bien des cas, on peut améliorer grandement la qualité du sommeil sans avoir recours à une aide médicale.
- Exposez-vous à la lumière dès que vous êtes réveillé(e). La lumière naturelle en été ou artificielle en hiver

Annexe 8 : Sources des illustrations des documents pédagogiques

Annexe 1 :

<http://carolyngoude.canalblog.com/archives/2011/08/23/21849118.html>

Annexe 5 :

<http://mysweetnote.fr/le-calme-de-la-nuit-mon-cul/>

http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/bien_dormir/ps_6205_sommeil_cycles.htm

<http://bryanmbrandenburg.com/human-anatomy-3d/>

<http://www.bluejean.fr/sante/sommeil.php>

<http://www.oeilcarnivore.com/?p=3306>

<http://morphee.biz/article-253751.html>

<http://www.ladepeche.fr/article/2010/03/19/800616-sommeil-en-peril.html>

http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_11/i_11_p/i_11_p_hor/i_11_p_hor.html

<http://kaylice.bbfr.net/t19-blanche-neige-et-les-sept-nains-1937>

<http://jalelbenghozzia.centerblog.net/2-le-sommeil-c-est-la-sante>

<http://www.web-docteur.com/30.htm>

<https://prendsmoipourunebille.wordpress.com/>

<http://pistescyclables.over-blog.com/tag/sante/>

<http://carolyngoude.canalblog.com/archives/2011/08/23/21849118.html>

<http://s150080939.onlinehome.fr/wp-content/uploads/2013/07/insomniaque.jpg>

<https://sellyourcompany.files.wordpress.com/2012/05/super-pill.jpg>

<http://www.psychomedia.qc.ca/sante/2014-04-15/somniferes-personnes-agees-decision-partagee>

<http://ideastorm-hevs.blogspot.fr/2014/01/notre-classement.html>

<http://www.groupeeffiscience.com/wp-content/uploads/2014/07/sommeil-e1406310620790.jpg>

<http://www.scriboergosum.fr/atelier-ecriture/je-me-souviens-de-tous-les-lieux-ou-jai-dormi/>

<http://www.enqueteplus.com/sites/default/files/RONFLEUR.jpg> <http://www.jetdentaire.com/1/brosse-a-dents-electrique/>

<http://www.66millionsdimpatients.org/author/piluleroze/>

<http://sos-insomnie.com/comment-bien-dormir-la-suite/>

http://quebec.huffingtonpost.ca/2013/07/17/fatigue-15h-travail_n_3390618.html

http://fr.schtroumpfs.wikia.com/wiki/Schtroumpf_Paresseux

<http://insomnievsapas.free.fr/insomnie.html>

<http://pervoeaprel.blogspot.fr/>

<https://www.pinterest.com/emmamemma/coloriages-pour-enfant-et-adult/>

<http://petitemimine.centerblog.net/>

<https://korriganebleue35.files.wordpress.com/2011/05/insomnie06.gif>

<http://jmtrivial.info/blog/2011/10/22/vanne-trois-voies-et-robinet-thermostatique/comment-page-1/>
<http://chicandblonde.com/la-course-a-pied-moi/>
<http://chacha0000.skyrock.com/524862162-hamburger-geant.html>
<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1a/Lipton-mug-tea.jpg>
http://www.passionsante.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=13692
<http://garfield1.centerblog.net/86-homer-bourre?ii=1>
<http://sante.journaldesfemmes.com/nutrition-digestion/vitamine-c-antioxydant/ou-en-trouver.shtml>

Annexe 7 :

<https://canalesalvador.wordpress.com/2011/12/26/razonespara-dormirse-temprano-y-despertarse-temprano/>
http://fr.schtroumpfs.wikia.com/wiki/Schtroumpf_Paresseux
<http://insomnievsapas.free.fr/insomnie.html>
<http://www.lol.net/coloriage/coloriage/mini/coloriage-mc-donald.jpg>
<http://www.blog-rct.com/wp-content/uploads/television.gif>

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version 4

ECAB : Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FIR : Fond d'Intervention Régional

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IC : Intervalle de Confiance

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ISI : Index de Sévérité de l'Insomnie

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

PSQI : Pittsburgh Sleep Quality Index

RSI : Régime Social des Indépendants

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

APPORTS D'UNE INTERVENTION PSYCHO-ÉDUCATIVE DE GROUPE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE CHRONIQUE DE L'ADULTE, EN SOINS PRIMAIRES : ÉTUDE PROSPECTIVE EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

L'insomnie est un motif typique de recours en soins primaires. Le but de l'étude est de déterminer la faisabilité et l'intérêt d'une intervention psycho-éducative de groupe sur la prise en charge de l'insomnie de l'adulte par le médecin généraliste.

Une étude prospective, monocentrique a été réalisée du 12 janvier au 11 juin 2015, auprès de patients recrutés par les médecins généralistes d'un cabinet de groupe.

L'éducation est constituée de 2 séances de groupe, faisant intervenir un médecin et un psychologue. Sont abordés la physiologie et régulation du sommeil, l'insomnie, les traitements médicamenteux et non médicamenteux de l'insomnie (indications, effets, effets secondaires).

9 patients volontaires, prenant régulièrement un traitement médicamenteux de l'insomnie ont été inclus. Ils ont fait l'objet d'un recueil de données prospectif par questionnaires évaluant : la satisfaction des patients vis à vis de cette alternative thérapeutique, l'amélioration de la qualité du sommeil, la modification des comportements à l'égard de leur traitement. Ces données ont été appréciées avant l'intervention psycho-éducative et 2 mois après.

Sur huit patients, sept sont satisfaits ou très satisfaits de cette alternative et cinq ont l'intention d'arrêter ou réduire leur traitement. À 2 mois, parmi un groupe de sept patients, l'indice de l'efficacité du sommeil s'est améliorée pour cinq d'entre eux et quatre ont vu la sévérité de leur insomnie diminuer.

Une éducation thérapeutique de groupe, dans la prise en charge de l'insomnie de l'adulte est faisable en ambulatoire et appréciée par les patients. Une réflexion devra être menée sur la recherche de financement pérenne.

Mots clés : insomnie, médecine générale, éducation thérapeutique

CONTRIBUTION OF A PSYCHOEDUCATIONAL GROUP INTERVENTION IN PRIMARY CARE FOR THE MANAGEMENT OF ADULT PATIENTS WITH CHRONIC INSOMNIA : A PROSPECTIVE STUDY IN GENERAL PRACTICE

Insomnia is a common reason for primary care visit. This study aims at assessing the feasibility and relevance of a psychoeducational group intervention in general practice for treating insomnia among adults.

A prospective monocentric study on patients recruited by general practitioners was conducted from January 12 to June 11, 2015.

A training session of 2 groups was set up involving a doctor and a psychologist. The topics discussed were physiology and regulation of sleep, and the treatment of insomnia by medication or natural health products (indications, effects, side effects).

Nine patients who were regularly taking medication for insomnia have been enrolled in this study. For prospective data collection, a survey was conducted among them that assessed patient satisfaction with regards to this alternative treatment, the improvement of sleep quality, and behavioural change with regards to their therapies. These data were analysed before the psychoeducational group intervention and then again 2 months after.

Out of eight patients, seven were satisfied or very satisfied of this option and five advised that they wanted to stop or reduce their treatment. After 2 months, among a group of seven patients, the index of efficiency of sleep improved for five of them and four saw the severity of their insomnia decreased.

Therapeutic educational group intervention for treating insomnia among adults is feasible in general practice and appreciated by patients. A reflection should be undertaken to identify sustainable funding.

Key words : insomnia, general practice, therapeutic patient education