



HAL
open science

Prise en charge de l'insomnie chronique : analyse d'un atelier du sommeil à Nantes

Anne-Claire Dufлот

► **To cite this version:**

Anne-Claire Dufлот. Prise en charge de l'insomnie chronique : analyse d'un atelier du sommeil à Nantes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02145706

HAL Id: dumas-02145706

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02145706>

Submitted on 3 Jun 2019

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

FACULTÉ DE MÉDECINE

Sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

THÈSE EN VUE DU

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée par

Anne-Claire DUFLOT épouse LE ROUX

née le 13/08/1988 à RENNES

**Prise en
charge de
l'insomnie
chronique :
analyse d'un
atelier du
sommeil à
Nantes**

**Thèse soutenue à RENNES le 09/10/2018
devant le jury composé de :**

**Pr Benoît DESRUES
Pneumologue – PU-PH – CHU de RENNES – Président**

**Dr Laure FIQUET
Médecin généraliste – Maître de Conférence Associé – CHU de
RENNES – Juge Assesseur**

**Dr Gabriel ROBERT
Psychiatre – MCU-PH – CH Guillaume Régnier de RENNES
– Juge Assesseur**

**Dr Marie-Pierre HUMEAU-CHAPUIS
Pneumologue, Spécialiste du Sommeil – Hôpital Privé du
Confluent et CHU de NANTES – Directrice de thèse**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques (Professeur associé)	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre + Consultanat	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie

LIEVRE Astrid	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Emérite	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MENER Eric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian Professeur des Universités en surnombre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent (Professeur associé)	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie ; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand (Professeur associé)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie

ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT Louis (Professeur associé)	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation ; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel Maître de conférence associé des universités de MG	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT-BARUCH Laurence	Hématologie ; transfusion
ANSELMi Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénérologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie Maître de conférence associé des universités de MG	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénérologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie ; embryologie et cytogénétique
EDELINe Julien	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET Laure Maître de conférence associé des universités de MG	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN- THIBAULT Isabelle	Hématologie ; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie ; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie ; embryologie et cytogénétique

KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie ; transfusion
RENAUT Pierric Maître de conférence associé des universités de MG	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN-SALIOU Marie	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER-LORNE Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI Agata	Philosophie

Remerciements :

À Monsieur le Professeur Benoît DESRUES, pour m'avoir fait l'honneur d'être mon président de jury de thèse. Veuillez trouver l'expression de mon profond respect.

À Madame le Docteur Laure FIQUET, pour s'être spontanément proposée pour être membre de mon jury de thèse et pour m'avoir aiguillée dans mon projet dans le cadre du DMG. Recevez l'expression de ma sincère considération.

À Monsieur le Docteur Gabriel ROBERT, pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous portez à mon travail.

À Madame le Docteur Marie-Pierre HUMEAU, pour m'avoir si naturellement intégrée à cette session ETP insomnie. Merci pour vos conseils, pour votre participation active et pour le temps que vous m'avez accordé au cours de ce travail, qui, sans vous, n'aurait pas existé. Recevez ma profonde gratitude.

À Monsieur le Dr Patrick BRIEND, mon tuteur, pour m'avoir accompagnée au cours de l'internat et jusqu'à la validation de mon DES ;

À mes maîtres de stages Dr BEUNEUX, Dr GALESNE puis Dr ARRONDEL, Dr BIENVENU, Dr GAUDIN-PIEL et Dr TESSIER, qui m'ont accueillie et formée à la médecine générale dans toute sa diversité au cours de mes stages ;

Aux médecins hospitaliers, à mes co-internes et aux équipes médicales et paramédicales avec qui j'ai eu la chance de travailler au cours de mes semestres aux CH de Dinan, Fougères et au CHU de RENNES ;

À Dr HOMMERIL, pour m'avoir accueillie en consultation sommeil à la Polyclinique Saint-Laurent de Rennes, au début de ce projet de thèse ;

À Laurie DECROI, co-doctorante et ancienne co-interne, pour avoir analysé les verbatims d'une partie de mes entretiens afin de réaliser un double codage ;

À Jonathan et Lola, deux étudiants en Santé Publique de l'EHESP de Rennes, pour avoir vérifié mes calculs statistiques de façon si réactive ;

Aux patients des ateliers sommeil, qui ont accepté de remplir les questionnaires, à ceux qui ont accepté l'entretien individuel ; ils ont porté un intérêt particulier à mon travail et à mon parcours ;

À toute l'équipe du Pôle de Santé d'Aizenay, qui m'ont chaleureusement accueillie dans mes premiers déplacements et m'ont également orientée dans ce travail ;

À Bruno, mon mari, pour son amour et son soutien infailibles, qui a fait preuve de patience au cours de toutes ces années ;

À Lucas, mon fils, né au cours de l'élaboration de cette thèse, qui rayonne au quotidien de joie et d'énergie. Il aura perturbé quelques-unes de mes nuits ces derniers mois !

À ma mère, qui m'a toujours écoutée et toujours soutenue dans ces études qu'elle connaît bien, et qui m'a apporté les valeurs qui sont nécessaires à la pratique de ce métier ;

À mon frère, pour sa relecture efficace des deux premiers chapitres de cette thèse ;

À ma grand-mère, qui malgré son grand âge, a porté un intérêt à l'avancée de ce travail jusqu'au bout ;

À ma marraine, qui portera un intérêt particulier pour cette thèse ;

À tous les membres de ma famille et à tous mes amis ;

À mon père parti trop tôt,

À mon grand-père ;

ils auraient été fiers de moi.

Table des matières :

Liste des abréviations	p.11
Liste des documents annexés	p.12
Liste des illustrations.....	p.13
Introduction.....	p.14
Méthodes.....	p.15
Résultats.....	p.21
Discussion.....	p.41
Conclusion.....	p.50
Bibliographie.....	p.52
Annexes.....	p.56

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^è révision

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux), 5^è version

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FIR : Fond d'Intervention Régional

HAS : Haute Autorité de Santé

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

ICSD-3 : International Classification of Sleep Disorders (Classification Internationale des Pathologies du Sommeil), 3^è version

ISI : Index de Sévérité de l'Insomnie

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

SAHOS : Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

Liste des documents annexés

Annexe 1 : Tableau descriptif des patients de la session.....	p.56
Annexe 2 : Diaporama "type" de présentation sur l'insomnie.....	p.57
Annexe 3 : Agenda du sommeil et comment le remplir (Réseau Morphée).....	p.60
Annexe 4 : Déroulé de la session ETP : prises de notes sur ce qui a été abordé, remarques personnelles, prises de paroles des patients	p.62
Annexe 5 : Questionnaires :	
1) Questionnaire de début de session.....	p.74
2) Questionnaire de fin de session.....	p.80
3) Questionnaire d'évaluation à 1 an et proposition d'entretien.....	p.85
Annexe 6 : Résultats quantitatifs des questionnaires	p.87
Annexe 7 : Formulaire de consentement pour l'entretien individuel.....	p.89
Annexe 8 : Grille d'entretien.....	p.89
Annexe 9 : Analyse des verbatim des entretiens en thèmes et sous-thèmes.....	p.90

Liste des illustrations

Illustration 1 : Graphique de flux	p.15
Illustration 2 : Parcours d'intégration.....	p.17
Illustration 3 : Evolution de l'Index de Sévérité de l'Insomnie.....	p.24
Illustration 4 : Evolution de l'échelle de somnolence d'Epworth.....	p.24
Illustration 5 : Satisfaction par séance.....	p.27

Introduction

Parmi la population générale, un tiers des personnes rapporte des difficultés occasionnelles de sommeil (1) et 15 à 20% des individus souffre d'insomnie chronique (2). Ce syndrome se définit par :

- des difficultés à s'endormir,
- et/ou - à rester endormi (réveils nocturnes plus ou moins longs et nombreux),
- et/ou - des réveils matinaux précoces sans possibilité de se rendormir,
- et/ou - un sommeil non reposant ou non réparateur,

ceci au moins 3 fois par semaine, pendant au moins 3 mois selon les classifications CIM-10, DSM-5 et ISCD-3. Les perturbations du sommeil s'accompagnent d'un impact négatif sur les activités de la vie quotidienne, sur la vie sociale, et d'une préoccupation permanente pouvant envahir tout le champ de l'existence (3).

Ainsi, l'insomnie a d'importantes répercussions socio-professionnelles et est associée à davantage de problèmes de santé chez les patients qui en souffrent (4). En effet, un manque de sommeil entraîne (5) :

- un risque de somnolence diurne et de troubles de l'attention, avec pour conséquences une augmentation des accidents domestiques, du travail (4), de la route (6)
- des troubles de l'apprentissage et de la mémorisation
- des troubles de l'humeur (dépression) et de la capacité à gérer le stress (anxiété)
- à long terme une augmentation des facteurs de risque cardio-vasculaires : perturbation du métabolisme glucidique avec des risques de surpoids et de diabète (7), apparition d'hypertension artérielle (8)
- une perturbation des réactions immunitaires : avec un risque majoré de développer un virus en y étant exposé, ou encore une moins bonne réaction aux vaccinations (8) (9) (10).

Pourtant, en France, la formation des médecins généralistes sur le sommeil et sa pathologie est considérée comme insuffisante par les médecins généralistes eux-mêmes (11) et par les patients (12). Le manque de temps en consultation de cabinet de ville pour prendre en charge cette plainte est également mis en avant, notamment lors de la prise en charge thérapeutique et dans la difficulté de ne pas céder à l'initiation et/ou au renouvellement d'hypnotiques (13).

Ainsi, 55% des consommateurs de benzodiazépines anxiolytiques les utilisent plus de 3 mois consécutifs (14) ; il existe pourtant de nombreux arguments contre la prescription des benzodiazépines ou agonistes à long terme (15) : inefficacité après 2 à 4 semaines d'administration par un phénomène de tolérance pouvant conduire à augmenter les doses, dépendance et rebond d'insomnie au sevrage, modification de la structure du sommeil, effets résiduels diurnes avec céphalées, troubles de l'équilibre, troubles des performances psychomotrices pouvant entraîner des accidents de la voie publique ou du travail, ou encore chutes et troubles du comportement avec état confusionnel notamment chez les personnes âgées.

C'est pourquoi il est nécessaire d'explorer une prise en charge non pharmacologique des patients souffrant d'insomnie, notamment dans un contexte de volonté de la part de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament de favoriser le bon usage des benzodiazépines et apparentés, avec depuis avril 2017 l'obligation de prescription sur ordonnance sécurisée du zolpidem, hypnotique agoniste des benzodiazépines (16).

Il faut pour aborder une telle prise en charge, avoir à l'esprit que les causes d'une insomnie chronique sont multiples (8) (17).

- Des facteurs prédisposants, de vulnérabilité peuvent en effet exister chez les patients insomniaques : le sexe féminin, l'âge, des facteurs génétiques (18), mais également souvent une hyperréactivité psychophysiologique, et des facteurs environnementaux (température, bruit, lumière).

- Des facteurs déclenchants viennent induire une insomnie aiguë : évènement affectif, ajustement professionnel, évènement vital important, induisant de l'anxiété, du stress, voire un épisode dépressif, qui perdure et transforme l'insomnie transitoire en insomnie chronique.

- Des facteurs pérennisants (15) se surajoutent alors : comportements inadaptés (réalisation de siestes compensatrices, limitation des activités diurnes, rallongement volontaire de la durée passée au lit par rapport au besoin de sommeil, sport en fin de journée pour se fatiguer physiquement), processus cognitifs erronés (ruminations anxieuses sur la perte de sommeil, crainte de ne plus pouvoir « contrôler » son sommeil, avec un conditionnement négatif associé au lit et à la chambre à coucher, irritation ou frustration de ne pas dormir (Annexe 2, diapo13).

C'est sur ces différents paramètres qu'une prise en charge thérapeutique non médicamenteuse est faisable.

Dans les recommandations 2006 de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le sommeil (19) transparait le regret que les traitements de l'insomnie chronique du registre éducatif ou cognitivo-comportemental soient aujourd'hui peu développés en France. Ces recommandations prônaient l'appropriation de ces techniques par les médecins généralistes. Il existe pourtant encore très peu d'ateliers du sommeil collectifs en France, comme le montre un état des lieux en 2012 (20). Le rappel des règles d'hygiène du sommeil est indispensable, mais ne suffit pas à lui seul (21). De plus en plus d'études montrent une meilleure efficacité des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) comparées aux prises en charge pharmacologiques, notamment dans la durée, et que la TCC devrait être considérée en première intention dans le traitement de l'insomnie chronique (22) (23).

Ce travail a consisté en l'étude d'une session d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur l'insomnie proposée à Nantes, de janvier à juin 2017, à l'Hôpital Privé du Confluent par Dr Humeau-Chapuis, pneumologue et spécialiste du sommeil, ingénieure ETP et directrice de cette thèse, et Mme Paris, psychothérapeute et sophrologue, qui sont toutes deux chefs de projet d'ETP au Groupe Confluent.

Cette session a été analysée à l'aide de 3 questionnaires (initial, final et à un an) ainsi que d'entretiens individuels un an après la session, pour en déterminer l'apport sur le sommeil, sur la qualité de vie et sur le ressenti des patients se plaignant d'insomnie chronique qui en ont bénéficié, ainsi que leur satisfaction, leur avis et leurs suggestions d'amélioration afin d'envisager la transposition de ce type d'ateliers en médecine générale libérale.

Méthode

Dans le cadre d'une évaluation de prise en charge, la méthode de recherche pour ce travail a été principalement qualitative. Vient s'y ajouter un complément quantitatif pour tenter une évaluation objective de l'atelier.

Participants

Les patients participants à cette session d'ETP insomnie ont été recrutés directement par les deux professionnelles animant l'atelier et par leurs associés. Lors de la présentation du déroulement de l'atelier, étaient présents 21 patients dont :

- 9 adressés par Dr Humeau-Chapuis, pneumologue/spécialiste du sommeil,
- 5 adressés par des associés du Dr Humeau de l'Hôpital Privé du Confluent,
- 4 adressés du CHU d'Angers, notamment par Dr Commin-Humeau, médecin généraliste spécialiste du sommeil (de nombreux patients du secteur géographique de Nantes allant à Angers en « consultation sommeil » du fait de délais de plus de 2 ans au Centre du Sommeil du CHU de Nantes),
- 2 adressés par Mme Paris, psychothérapeute,
- 1 par le bouche-à-oreille (une patiente est venue avec un membre de sa famille).

Sur ces 21 personnes à qui le questionnaire initial a été distribué :

- 19 étaient présentes à la 1^{ère} séance d'atelier (17 questionnaires initiaux recueillis),
- 15 personnes étaient présentes à la 2^{ème} séance,
- 19 personnes divisées en 2 groupes aux 3^{ème} et 4^{ème} séances,
- 13 personnes à la 5^{ème} séance (13 questionnaires finaux ont alors été recueillis).

Un questionnaire n'a pas été inclus dans l'analyse des données car il concernait une personne mineure. 12 questionnaires ont pu être analysés.

À un an de cette session, ces 12 personnes ont été recontactées par téléphone pour prévenir de l'envoi d'un questionnaire succinct, et leur proposer un entretien individuel enregistré. Les 12 personnes ont renvoyé le questionnaire d'évaluation à 1 an, et 9 personnes ont accepté l'entretien individuel.

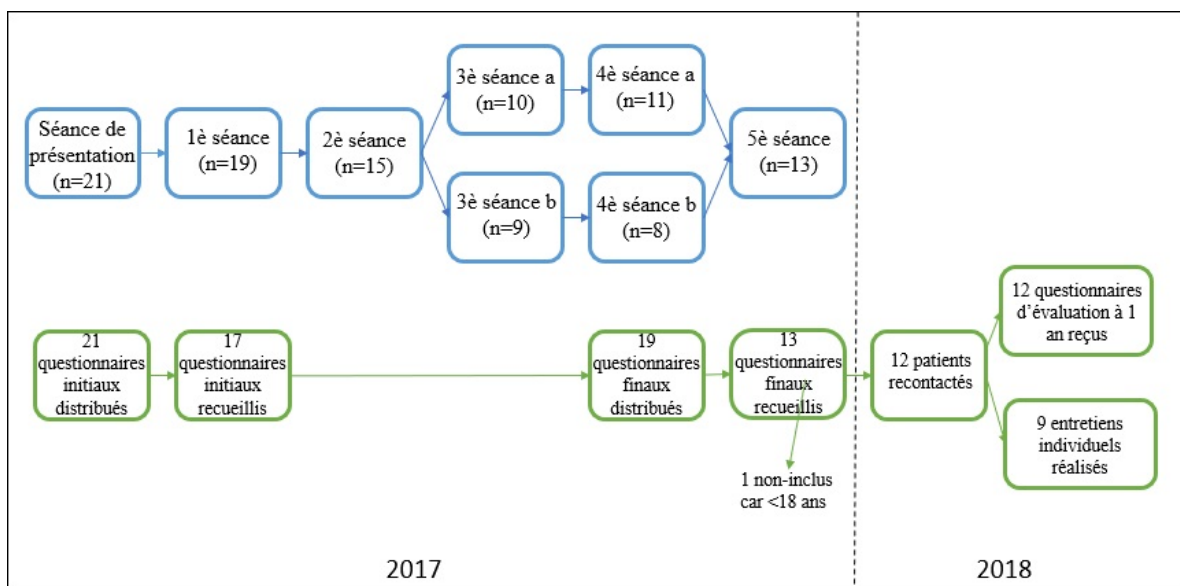


Illustration 1 : Graphique de flux (en bleu) – Recueil de données (en vert) – mise en parallèle

Ateliers

Cette session ETP, qui aurait eu lieu de façon indépendante sans cette étude, s'est déroulée de mi-janvier à début juin 2017 (20 semaines) en 5 séances de 2h30. Les séances avaient lieu dans une salle de réunion de l'Hôpital Privé du Confluent à Nantes en Loire-Atlantique, de 17h30 à 20h. Cette session était gratuite pour les patients, grâce à l'obtention d'un financement par l'association ALTADIR (Association Ligérienne pour le Traitement à Domicile, l'Innovation et la Recherche). Celle-ci propose chaque année un appel à projets pour « l'amélioration de la qualité des soins ». Un budget est alloué pour 1 an, renouvelable 1 fois, le coût moyen d'une session ETP insomnie étant de 1700€ sans compter le prêt des salles et les frais de secrétariat.

Un courrier avait été adressé à une trentaine de patients, avec les dates des séances. Pour confirmer leur engagement à participer à l'ensemble de la session, un chèque de caution de 150€ leur a été demandé ; il leur a été rendu en fin de session sous réserve de leur présence à chacune des séances hors raison justifiée (tous les chèques ont été rendus pour cette session).

Les patients adressés par Dr Humeau-Chapuis et Dr Commin-Humeau ont été vus en consultation auparavant notamment pour éliminer les diagnostics différentiels de l'insomnie chronique. En effet, pour parler d'insomnie, il faut s'assurer que les perturbations du sommeil ne sont pas uniquement liées à des pathologies organiques :

- soit relevant d'autres troubles du sommeil (par exemple un Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS) – bien que la coexistence de ce syndrome et de l'insomnie n'ait pas été un facteur d'exclusion pour la session –, ou encore un syndrome des jambes sans repos, ou bien une typologie spécifique de sommeil comme les courts dormeurs)
- soit ne relevant pas d'un trouble du sommeil initialement :
 - pathologies rhumatologiques entraînant des douleurs nocturnes,
 - pathologies endocriniennes avec perturbations hormonales,
 - troubles respiratoires comme la dyspnée de décubitus de l'insuffisant cardiaque, trouble ventilatoire d'un patient ayant une broncho-pneumopathie chronique obstructive, une toux nocturne,
 - pathologies néoplasiques avec altération de l'état général).
- Il faut également rechercher parmi les causes, certaines substances ou médicaments (24) comme les antidépresseurs, amphétaminiques, antiparkinsoniens, bêta-bloquants, corticoïdes, ou encore la nicotine.

La plainte d'une asthénie en lien avec une insomnie justifie un bilan paraclinique de base. Pour ces raisons, des examens biologiques sont prescrits aux patients lors de cette consultation initiale (paramètres de dyslipidémie, diabète, coagulation, dysthyroïdie, troubles de ferritine, et hépatiques).

Cet atelier a abordé la prise en charge de l'insomnie de façon multiple, avec un volet éducatif s'inspirant d'une prise en charge de type Education Thérapeutique du Patient (ETP), des conseils comportementaux et un abord cognitif, comparable à une Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC) collective, complétés par des méthodes psychocorporelles (relaxation, méditation pleine conscience, sophrologie).

On peut représenter schématiquement le parcours des patients au cours des séances d'ETP par l'illustration suivante, s'inspirant du Guide Méthodologique de la HAS pour les ETP (25) :

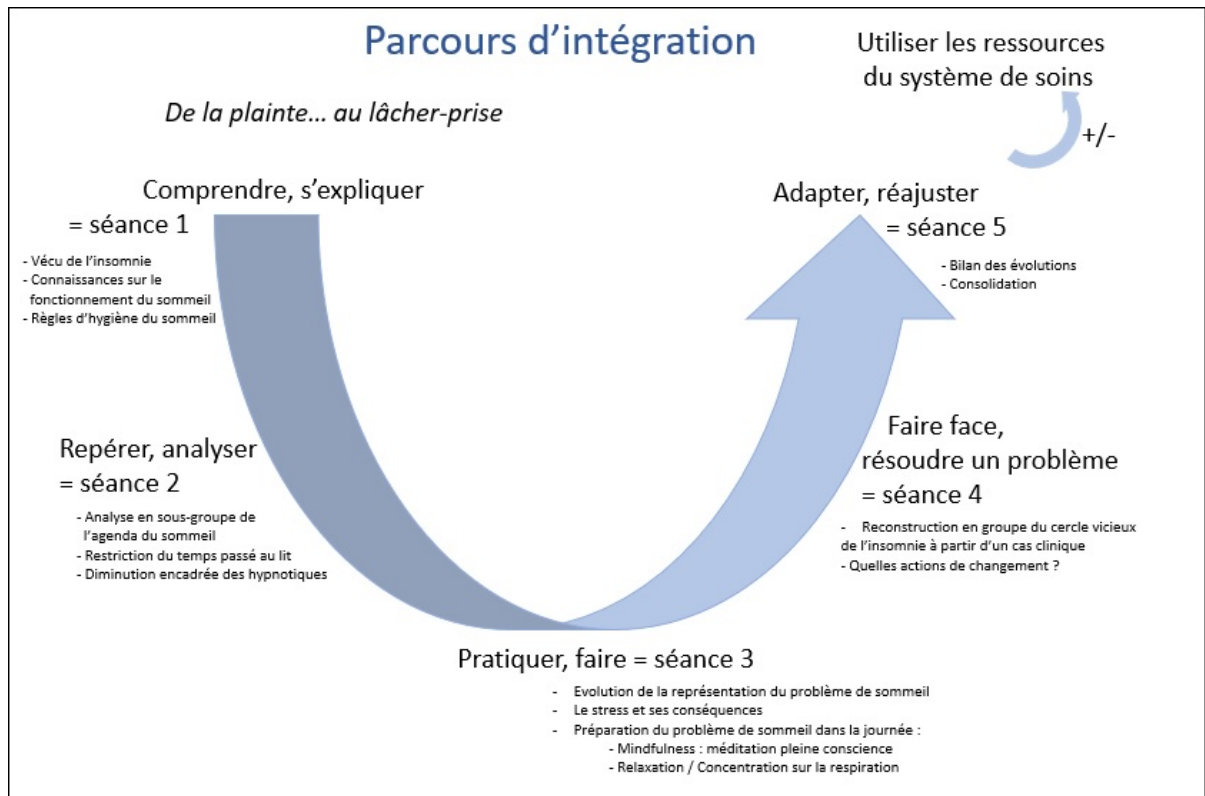


Illustration 2 : Parcours d'intégration des patients au cours de la session ETP insomnie

Les thèmes des séances étaient les suivants :

1^{ère} séance : **Objectif : Comprendre, s'expliquer** ; 1 animateur (médecin)

⇒ « Qu'est-ce que le sommeil ? (19 janvier 2017)

Débutant par un temps d'échange en sous-groupe autour des questions :

« D'après vous, qu'est-ce qu'un bon sommeil ? »,

« Pour vous, quels sont les facteurs favorisants et bloquants d'un bon sommeil ? »,

« Selon vous, quelles sont les conséquences de mal dormir ? »,

« À votre avis, à quoi cela sert-il de dormir ? »,

une mise en commun a ensuite lieu, permettant d'aborder les règles d'hygiène du sommeil. S'ensuit une réflexion sur sa typologie propre (court/long dormeur) et sur la durée de sommeil nécessaire à chacun pour se sentir en forme, rendant compte de la variabilité inter-individuelle. Puis un diaporama reprenant des généralités sur le sommeil est projeté (comparable à celui en Annexe 2). En fin de séance, un agenda du sommeil (Annexe 3) est distribué accompagné de commentaires pour le remplir au cours des 2 semaines suivantes (« l'exactitude n'est pas importante, ce ne sera forcément pas la réalité, c'est plutôt la perception qui compte »).

2^e séance : **Objectif : Repérer, analyser** ; 2 animateurs

⇒ Analyse des agendas du sommeil (2 février 2017 = à +2 semaines)

En sous-groupes de 3, les patients analysent les agendas des autres. Ils discutent entre eux de leurs difficultés, formulent des remarques vis-à-vis du sommeil de chacun, émettent des suggestions d'amélioration, aidées par les professionnelles passant de groupe en groupe. Les

techniques comportementales de contrôle du stimulus (Annexe 2, diapo 19) et de restriction du temps passé au lit (Annexe 2, diapo 21) sont expliquées. Les patients prenant des hypnotiques ou anxiolytiques bénéficient de conseils pour les diminuer ou les arrêter selon leur cas. Chacun résume ensuite en commun ce qu'il retient de l'analyse et ce qu'il pense mettre en place jusqu'à la prochaine séance. Enfin, leur est distribué le livret de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) intitulé « Bien dormir, mieux vivre ; Le sommeil c'est la santé » (26), qui reprend les conseils vus en atelier (typologie, sieste, ronflement du partenaire, sommeil en couple, nourrisson se réveillant la nuit, stress, écrans, sport, rythmes de sommeil).

3è séance : Objectif : Pratiquer, faire ; 1 animateur (psychothérapeute)

⇒ Initiation à la relaxation et à la pleine conscience (14-16 mars 2017 = à +8 semaines)

Les patients sont initiés à la sophrologie en utilisant certains outils dont la lecture du corps (balayage corporel, ou *bodyscan*), le recentrage sur les sensations corporelles et l'attention à la respiration. Une expérience de méditation pleine conscience est ensuite proposée à l'aide d'un morceau de chocolat : guidés par la voix de la psychothérapeute, ils l'examinent lentement par leurs cinq sens avant de le consommer. Cette expérience est suivie d'un partage de réflexions ; les patients sont ainsi invités à prendre du recul sur la façon dont ils considèrent leurs émotions et leurs pensées. Puis un temps est consacré à discuter du rôle du stress et de l'anxiété au quotidien, leurs définitions, leurs conséquences. Enfin la psychothérapeute synthétise les outils existant pour aider à repérer puis diminuer l'intensité de ce stress, seul, à l'aide d'une application pour smartphone ou avec un professionnel formé (sophrologie, hypnose ericksonienne, Qi Gong +/- Tai Chi, yoga, méditation pleine conscience, respiration ventrale consciente, ou encore une thérapie cognitivo-comportementale personnalisée).

4è séance : Objectif : Faire face, résoudre un problème ; 1 animateur (psychothérapeute)

⇒ Récapitulatif et abord cognitif à partir d'un cas clinique (21 et 23 mars 2017 = à +9 semaines)

Comme chaque séance, celle-ci commence par un cercle d'inclusion du groupe : chacun est amené à verbaliser où il en est. La psychothérapeute reformule et synthétise leurs propos en une phrase ou quelques mots. S'ensuit la résolution d'un cas à partir du récit d'une femme de 55 ans, licenciée, insomniaque, qui tente de mettre en place des solutions peu adaptées pour retrouver le sommeil. Ceci permet de mettre des mots sur ce qui est vécu par les patients grâce à un certain recul par rapport à cette patiente dont l'attitude leur fait par ailleurs écho. Ainsi est abordé le cercle vicieux de l'insomnie d'après Charles Morin (27) avec l'intrication des croyances et attitudes, mauvaises habitudes, activations émotionnelles et conséquences, que l'on retrouve en Annexe 4 p.73. Les différentes solutions possibles à ces problématiques sont ensuite exposées : la nécessité de positiver, de lâcher-prise, l'aide pouvant être apportée par des outils connectés ou des ouvrages grand public qui sont conseillés.

5è séance : Objectif : Adapter, réajuster ; 2 animateurs

⇒ Bilan des évolutions, consolidation (8 juin 2017 = à +20 semaines)

Les patients reviennent sur leur parcours, sur ce qui a changé ou non depuis le début de l'atelier (acceptation, sommeil idem), sur ce qu'ils ont mis en place (relaxation, etc.) puis discutent de leur façon de voir la prise en charge proposée par les médecins généralistes. L'animatrice refait le point sur les techniques, les outils, sur l'objectif de l'atelier (mieux vivre, changer sa perception par rapport au sommeil, être présent au temps présent, revoir son mode de fonctionnement notamment vis-à-vis des idées reçues et fausses croyances, etc.)

Recueil de données

Les données, pour mener à bien cette étude, ont été recueillies de trois façons :

1°) Une observation directe pendant les séances de mi-janvier à début juin 2017 a permis de rapporter le déroulé de la session, les prises de parole des patients et des animatrices ainsi que mes remarques personnelles (Annexe 4), sous forme de notes retranscrites sur informatique.

2°) Trois questionnaires de début, de fin de session et d'évaluation à un an (Annexe 5), ont été élaborés, distribués et recueillis :

- Le questionnaire initial, rempli mi-janvier 2017, a été majoritairement inspiré de celui distribué par le centre du sommeil du CHU d'Angers, élaboré en partenariat avec l'Institut de Recherche en Santé Respiratoire des Pays de la Loire notamment pour la constitution de leur « cohorte sommeil » en 2011. On y trouve l'échelle de somnolence d'Epworth, l'évaluation des symptômes et des conséquences d'insomnie, les horaires de lever-coucher, une évaluation de la dépression avec le questionnaire QD2A de Pichot, et le questionnaire SF-36 sur la qualité de vie. Y a été rajouté, sur les conseils du Dr Commin-Humeau, médecin somnologue attachée au CHU d'Angers, l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) élaboré par Charles Morin, psychologue, professeur et chercheur à l'Institut Universitaire en santé mentale de Québec au Canada, et selon la validation de ce score pour les études se rapportant à l'insomnie (28).

- Le questionnaire final, rempli début juin 2017, évalue la satisfaction des patients concernant l'atelier et les 4 premières séances ; il reprend certains éléments du questionnaire initial (ISI, Epworth, SF-36, horaires et symptômes d'insomnie).

- Le questionnaire d'évaluation à 1 an, rempli et renvoyé par courrier postal entre début mars et fin avril 2018, comportait uniquement l'ISI, l'Epworth et le QD2A de Pichot pour faciliter la compliance du retour.

3°) Des entretiens individuels ont été proposés à 1 an de la session : les patients ont été informés par moi-même par téléphone et par courrier postal, avec réponse renvoyée conjointement au dernier questionnaire. Les entretiens individuels se sont déroulés de mi-mars à fin avril 2018, et ont été enregistrés par dictaphone après recueil du consentement éclairé des patients (Annexe 7). Le guide d'entretien (Annexe 8) a été élaboré en coordination avec ma directrice de thèse et lors des cours du département de médecine générale de Rennes sur les méthodes de recherche qualitative.

Bibliographie

Parallèlement à l'élaboration de cette étude, une revue de la bibliographie a été effectuée sur internet notamment via PubMed, ScienceDirect (Bibliothèque Médicale Française), le Cairn et Google Scholar. Plusieurs ouvrages destinés aux professionnels de santé (*Troubles du sommeil*, de Damien Léger ; *Prise en charge de l'insomnie*, de Sylvie Royant-Parola, Agnès Brion et Joëlle Adrien ; *L'insomnie chronique*, de O. Benoit et GF. Goldenberg) ainsi que certains ouvrages destinés au grand public (*Les mécanismes du sommeil*, de Sylvie Royant-Parola, Joëlle Adrien et Claude Gronfier ; *Mieux dormir et vaincre l'insomnie*, de Joëlle Adrien) m'ont aidée dans la rédaction de ce travail, notamment pour la réalisation du diaporama (Annexe 2) inspiré de celui diffusé en atelier. La revue Prescrire a également été un support fiable de données pour compléter mes sources.

Analyse des données

Les mesures quantitatives concernant l'Index de Sévérité de l'Insomnie, l'échelle de somnolence d'Epworth, le test QD2A de la dépression de Pichot, le questionnaire SF36 de qualité de vie et l'évaluation du nombre d'heures de sommeil ont été analysées grâce au Test non paramétrique de Wilcoxon du fait de séries appariées composées de valeurs inférieures à 30 et ne relevant pas d'une distribution normale. Les calculs ont été vérifiés par deux étudiants en Santé Publique de Rennes notamment grâce au site <https://biostatgv.sentiweb.fr> permettant de préciser les p-valeurs exactes de significativité statistique.

Une analyse descriptive globale des données qualitatives des questionnaires a été réalisée, avec calcul de moyennes et pourcentages ponctuels.

Les entretiens individuels ont été anonymisés et retranscrits en totalité grâce aux enregistrements, sur le logiciel Word. Le codage des verbatim a permis une analyse thématique des propos recueillis par une approche inductive (Annexe 9). Un double codage a été effectué par une co-doctorante pour garantir la fiabilité et la reproductibilité de l'analyse.

Objectifs

L'objectif principal est d'étudier une prise en charge de l'insomnie abordant le registre éducatif et cognitivo-comportemental, en petit groupe sur plusieurs séances et avec le concours d'un professionnel psychothérapeute. Comment et dans quelle mesure cette session ETP a eu un intérêt pour ces patients ? Quel a été l'apport sur leur sommeil, leur qualité de vie et leur ressenti ?

L'objectif secondaire est de montrer le déroulement de cette session, d'analyser la satisfaction des patients et leur perception de la session, afin de se projeter dans la mise en place de ce type d'atelier en cabinet de médecine générale.

Résultats

A - Descriptif de la population et résultats des questionnaires de début d'atelier

L'annexe 1 reprend les **caractéristiques des patients** ayant participé à cette étude. Sur les 21 patients initialement présents à la séance de présentation, 12 patients ont été inclus :

- âge moyen : 58 ans (37 à 83 ans),
- majoritairement des femmes (9 patients sur 12),
- la moitié sont retraités (6/12) ;
- concernant leur catégorie socio-professionnelle,
 - 6/12 sont ou étaient de professions intermédiaires,
 - 4/12 sont ou étaient employés,
 - 2/12 sont ou étaient cadres ;
- concernant leurs **antécédents**,
 - 3/12 ont un SAHOS appareillé par Pression Positive Continue (PPC),
 - 4/12 ont un SAHOS non appareillé (dont 2 ayant testé l'appareillage sans résultat positif),
 - 2/12 ont une hypertension artérielle,
 - 2/12 souffrent de fibromyalgie,
 - 1/12 a une sclérose en plaques ;
- concernant leurs **symptômes**,
 - ils décrivent des troubles du sommeil depuis 19 ans en moyenne (de 3 à 48 ans).
 - 6/12 soit la moitié ont des difficultés d'endormissement,
 - 12/12 donc tous se plaignent de réveils nocturnes,
 - 10/12 se plaignent de réveils précoces ;
 - 4/12 souffrent de cauchemars ;
 - 12/12 donc tous se sentent encore fatigués et endormis le matin,
 - 6/12 souffrent occasionnellement de céphalées matinales.

L'Index de **Sévérité de l'Insomnie** (ISI) que l'on retrouve en Annexe 5, à la 3^{ème} page du questionnaire initial, varie de 0 à 28 :

- de 0 à 7, il n'existe pas d'insomnie ;
- de 8 à 14, il existe une insomnie sub-clinique et légère ;
- de 15 à 21, l'insomnie est clinique et modérée ;
- de 22 à 28, l'insomnie est clinique et sévère.

La moyenne de l'ISI initial de l'échantillon est de 18.16, les valeurs allant de 12 à 25.

L'échelle de **somnolence** d'Epworth (Annexe 5, 6^{ème} page, question 29 du questionnaire initial), varie de 0 à 24 ; on considère qu'un résultat <11 correspond à la normalité et la somnolence diurne est considérée comme :

- légère de 11 à 14,
- modérée de 15 à 18,
- sévère >18.

La moyenne de l'échantillon est de 6.75 initialement, avec des valeurs allant de 1 à 17.

L'échelle de **dépression** QD2A de Pichot (Annexe 5, 7^{ème} page, question 32), est graduée de 0 à 13 avec un seuil de dépression franche situé à >7.

La moyenne de l'échantillon est de 6.33 en début de session, les valeurs allant de 0 à 13 ; la moitié des patients ont un résultat >7.

- Concernant leurs **prises médicamenteuses** en lien avec le sommeil,
- 3/12 prennent des hypnotiques ou anxiolytiques quotidiennement :
 - (1) Bromazépan, anxiolytique de type benzodiazépine
 - (2) Zolpidem, hypnotique + Clorazépanate, anxiolytique de type benzodiazépine
 - (3) Zolpidem + Amitriptyline en gouttes, antidépresseur à propriété sédatrice et anxiolytique
 - 2/12 occasionnellement (Bromazépan – Zopiclone, hypnotique).
 - Une personne prend de l'homéopathie.

Concernant le potentiel retentissement en termes d'**accidentologie**, ils se plaignent tous de moments de fatigue en journée, et 7/12 se plaignent de moments de somnolence. Sur les 11 personnes ayant le permis de conduire, 3 ont déjà « piqué du nez » ou se sont endormies en conduisant (pour 2 personnes : « jamais ou presque jamais » ; pour la 3^e c'est « presque tous les jours »). Deux patients ont déjà eu un accident automobile à cause de leur somnolence (pour l'un 1 fois, pour l'autre plusieurs fois), et 1 patient a déjà « failli » avoir un accident.

- Ils rapportent la **raison de leur présence à cet ETP**,
- soit avec leurs propres mots « Manque de sommeil depuis des années »,
 - soit en qualifiant directement cette « Insomnie », voire précisément « Insomnie chronique ».
 - Pour certains c'est un tout : « Insomnie – Mauvais sommeil – Dépression – Cauchemars » ou encore « Mauvais sommeil, Difficulté à m'endormir, Sommeil haché → Fatigue ».
 - Parfois une comorbidité s'ajoute à la raison de leur présence : « Apnées ».
 - Deux patients sont déjà dans l'objectif de l'atelier pour eux : « Apprendre des méthodes pour retrouver un bon sommeil » ou encore « Avoir des techniques d'endormissement ».

- Ils identifient les **causes de leurs troubles de sommeil** ainsi :
- Angoisse quotidienne, stress, anxiété, dépression, peur de l'avenir ;
 - Problématique de deuil, problèmes familiaux, enfant n'ayant pas fait ses nuits pendant 3 ans, séparation, agression physique avec cauchemars ou syndrome de stress post-traumatique, responsabilités professionnelles avec des enfants à charge et une « vie sociale remuante » ;
 - Autres pathologies rentrant en ligne de compte : apnées +/- avec problème d'adaptation du masque, fibromyalgies, sclérose en plaque avec modification du système nerveux (problèmes urinaires sur vessie neurologique, problèmes d'endormissement relié à cela, douleurs de jambe) ; antécédent d'opérations chirurgicales ; dépendance aux somnifères et aux antidépresseurs ;
 - Question d'une hérédité familiale, d'une origine éducative (« éducation basée sur la performance scolaire et la réussite sociale plaçant la barre très haute ») ;
 - Éléments de personnalité : non-satisfaction de soi, manque de confiance en soi, hyperactivité, manque de lâcher-prise, non-respect des rythmes de sommeil.
 - Une personne n'identifie pas de cause et le déplore « justement pour moi il n'y en a pas [de cause] ; je voudrais bien comprendre ; peut-être penser plus à moi ».

- Selon eux, **ce qu'il faudrait pour améliorer la qualité de leur sommeil**, c'est :
- Que les causes de l'insomnie cessent : « solutionner mes problèmes urinaires » ; « arrêter de faire des cauchemars » ; « trouver l'interrupteur on/off du cerveau » ; « moins de pression » ; « moins de choses à faire » ; « aucun stress ni soucis... ! »
 - Que cela passe par un travail sur soi : « devenir plus zen » ; « réussir à lâcher-prise » ; « être bien dans ma peau » ; « être plus douce et tolérante avec moi-même » ; « apprendre à être plus satisfaite de moi » ; « mieux m'écouter quand je suis fatiguée » ; « reprendre confiance en

moi » ; « aimer davantage le sommeil (que je considère souvent comme une perte de temps) » ; « que mes problèmes familiaux s'améliorent, mais surtout que face à ces problèmes j'arrive à prendre suffisamment de recul pour les accepter » ;

- Qu'ils aient de l'aide et des outils : « Apprendre à me détendre et être aidé » ; « peut-être me faire aider pour le décès de ma fille ? » ; « Des conseils ou techniques pour apprendre à « lâcher » pour m'endormir plus vite » ; « Des outils (méditation, sophro...) » ;

- Certains n'ont pas de réponse et expriment leur souffrance : « Je cherche ! » ; « je ne sais pas ce qu'il faudrait, je suis tellement fatiguée que j'aimerais ne plus me réveiller »

B - Résultats des questionnaires de début et fin d'atelier et à 1 an

a) Résultats sur le sommeil, la somnolence, l'humeur, la qualité de vie (Annexe 6), les symptômes d'insomnie, la consommation de médicaments

En fin de session (soit 20 semaines après la 1^{ère} séance),

- 6/12 considèrent qu'ils dorment mieux,
- 4/12 considèrent qu'ils ne dorment pas mieux,
- 1 a coché entre les deux cases « oui » et « non » et 1 n'a pas répondu.
- 10/12 pensent que les séances les ont aidés, 2/12 ne le pensent pas ;
- 6 patients sur 12 se sentent mieux en journée ;
- 3 patients sur 12 ne se sentent pas mieux ;
- 3 patients sur 12 ont coché entre les cases « oui » et « non ».

La moyenne du temps dormi estimé a pu être évaluée pour 9 patients sur 12 (trois patients n'ont pas réussi à évaluer leur quantité de sommeil) : 4h52 en début d'ETP et 5h13 à la fin ; cette différence n'est pas statistiquement significative selon la loi de Wilcoxon ($p=0.410$).

Evolution des symptômes d'insomnie	En début de session	En fin de session
Difficultés d'endormissement	6/12	3/12
Réveils nocturnes	12/12	10/12
Réveils précoces	10/12	9/12

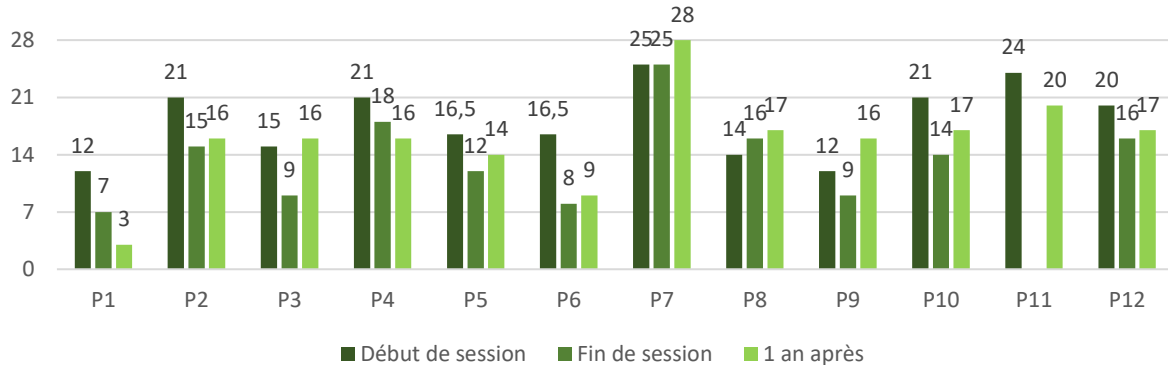
Le matin au réveil ils se sentaient tous « encore fatigués et endormis » ; c'est globalement toujours le cas en fin de session hormis pour 2 patients qui hésitent (ont coché entre les cases « fatigué et endormi » et « en forme et dispo ») et 1 qui n'a pas répondu.

L'Index de Sévérité de l'Insomnie s'est amélioré en moyenne de 4.1 (diminution de 17.6 à 13.5) sur 28 entre le début et la fin de la session, soit une différence statistiquement significative selon la loi de Wilcoxon ($p=0.008$). Ils passent ainsi en moyenne d'une insomnie modérée à une insomnie légère selon l'interprétation de cet index. Un patient n'a pas rempli l'ISI en fin de session. On observe donc une amélioration pour 9 patients sur 11. Les scores des patients ayant des apnées appareillées ou non sont similaires à ceux n'en ayant pas (moyenne des différences à 4.2 pour ceux n'ayant pas d'apnées, et à 4 pour ceux ayant des apnées).

La différence entre les ISI des 12 patients en début de session (18.16) et un an après la session (15.75) n'est pas statistiquement significative (amélioration de 2.4 sur 28, $p=0.077$).

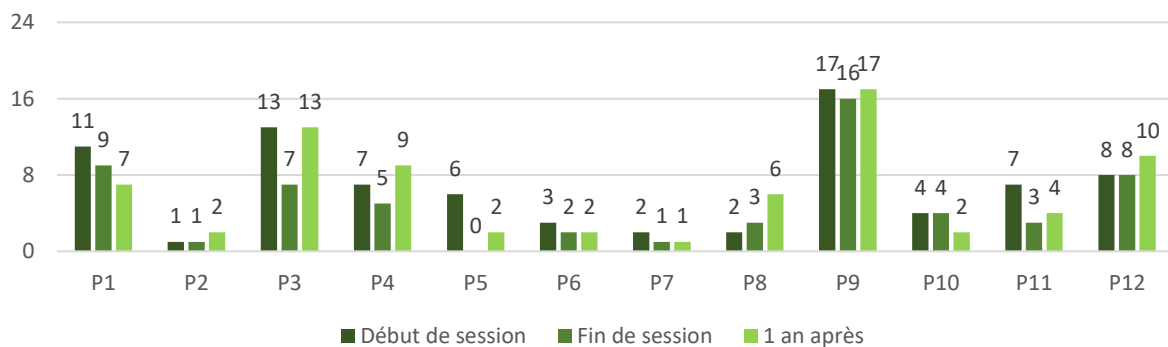
Cependant l'ISI s'est tout de même amélioré pour 8 patients sur 12 par rapport au début de l'ETP, même si cette amélioration était moindre par rapport à la fin pour 5 patients sur les 8. Pour 4 patients sur 12, l'ISI s'est aggravé.

Illustration 3 : Evolution de l'Index de Sévérité de l'Insomnie



L'évaluation de la somnolence des patients en journée selon l'échelle d'Epworth montre une différence significative entre le début (6.75/24) et la fin (5.36/24) de la session selon la loi de Wilcoxon ($p=0.033$). A un an de la session (moyenne à 6.45), on ne montre pas de différence significative de la somnolence par rapport au début de la session ($p=0.538$). La somnolence s'améliore pour 7 patients sur 11 entre le début et la fin de la session, et pour 6 patients sur 12 entre le début de la session et 1 an après.

Illustration 4 : Evolution de l'échelle de somnolence d'Epworth



L'évaluation de l'humeur par le questionnaire QD2A de Pichot diminue de 6.33 à 5.04 entre le début de la session et 1 an après, ce qui ne constitue pas une différence statistiquement significative selon la loi de Wilcoxon ($p=0.093$).

L'évaluation de la qualité de vie par le questionnaire SF-36 regroupe les items présentés dans le tableau suivant. Les valeurs des patients présents à l'ETP sont très inférieures à celles d'une population générale (29). La différence entre les moyennes des items en début et en fin de session n'est pas statistiquement significative selon la loi de Wilcoxon (cf p-values correspondants, tous > 0.05), bien que 6 des 8 items se soient améliorés. Le score de vitalité est celui qui s'est le plus amélioré.

Moyennes du questionnaire de qualité de vie SF-36	Patients en Début d'ETP	Patients en Fin d'ETP	p-value	Population générale
Fonctionnement physique (PF)	67.9	70.6	0.478	84.45
Limitation physique (RP)	43.7	61.8	0.105	81.21
Douleur physique (BP)	55.2	48.3	0.326	73.39
Santé générale perçue (GH)	48.2	46.0	0.590	69.13
Vitalité (VT)	29.4	37.9	0.082	59.96
Fonctionnement social (SF)	57.3	68.7	0.107	81.55
Limitations émotionnelles (RE)	61.0	73.6	0.291	82.13
Santé mentale (MH)	48	55.3	0.153	68.47

Concernant la consommation de médicaments, tous les patients (5/12) consommant des anxiolytiques benzodiazépiniques ou des hypnotiques ont diminué ou arrêté leurs prises : les 2 consommatrices occasionnelles avaient arrêté en fin de session (l'une ayant remplacé par de la phytothérapie), et les 3 consommateurs quotidiens ont diminué (1 à 2-3 prises par semaine (35%) ; 1 d'environ 1/3 ; 1 de 20%), soit une diminution d'environ 30% pour ces derniers.

b) Résultats sur la satisfaction de la session : aspects positifs et négatifs, modification des habitudes au quotidien, projets, aspect financier et reproductibilité en médecine générale

Globalement les patients sont satisfaits d'avoir participé à cette session ETP insomnie :

- 4/12 sont « très satisfaits » d'y avoir participé,
- 6/12 sont « satisfaits »,
- 2/12 sont « moyennement satisfaits ».

Les raisons de leur satisfaction :

- « J'ai exposé mon problème de sommeil » ; « mon problème est une goutte d'eau par rapport aux problèmes des autres » ; « j'ai pris conscience que je ne suis pas la seule à souffrir d'insomnie »
- « Animatrices à l'écoute »
- « Ça m'a permis d'apprendre des techniques de relaxation qui m'aident pour mieux m'endormir » ou ça a été un « rappel des conseils ou techniques déjà connus mais que j'ai remis en application (revenir dans son corps, lâcher-prise, pensées positives au coucher) »
- « Mon sommeil est différent mais toujours mauvais ; l'endormissement est meilleur ; il y a toujours un réveil vers 3-5h du matin ; aide au ressenti du sommeil »
- « Meilleure compréhension de mes attitudes par rapport au sommeil ; Plus de recul par rapport à la problématique du sommeil ; Je me suis sentie moins seule (importance du partage de groupe) »
- Une patiente est satisfaite car elle a compris pourquoi elle dormait si peu.
- Une patiente moyennement satisfaite explique : « Ces séances m'ont fait comprendre qu'il y a beaucoup de choses à faire pour mieux dormir, mais que je ne peux appliquer seule » ; elle a débuté des séances individuelles avec la psychothérapeute de l'ETP pour l'aider dans sa problématique de cauchemars.

Ce qui les a aidés :

- « me rendre compte que je ne suis pas seule à ne pas dormir (c'est important de le savoir) » ;
- « l'écoute des professionnels de santé » ;
- « modifié certaines habitudes de vie » ;
- la conclusion de l'agenda du sommeil qui a entraîné une modification de l'heure de coucher ;
- « mieux vivre les effets indésirables de l'insomnie » ;
- avoir mis en pratique certaines techniques.

Sur la forme, ce qui les a le plus aidé c'est le fait que les séances soient collectives (10/12) et les conseils personnalisés des professionnelles (9/12). En revanche, ils regrettent le nombre de patients trop important aux séances (7/12 cochent « moyennement satisfaisant » concernant le nombre de participants des séances 1&2 à une vingtaine de patients, et 4/12 en font un commentaire). Un entretien individuel en plus semblait nécessaire pour 2/12.

Sur le fond, ce qui les a majoritairement le plus aidé sont les expériences de relaxation et de pleine conscience pour 9/12. 4/12 auraient d'ailleurs voulu qu'il y en ait davantage, tout comme les conseils/exercices pratiques ou « activités concrètes » pour 3/12.

Suggestions d'amélioration de l'ETP par les patients en fin de session :

Nombre moins important de patients aux séances	4/12
Plus de sophrologie +/- relaxation +/- auto-hypnose	4/12
Davantage de conseils pratiques et d'exercices concrets (ex : outils pour s'endormir)	3/12
Nécessité d'un entretien individuel en plus	2/12

Satisfaction des patients sur différents points de la session :

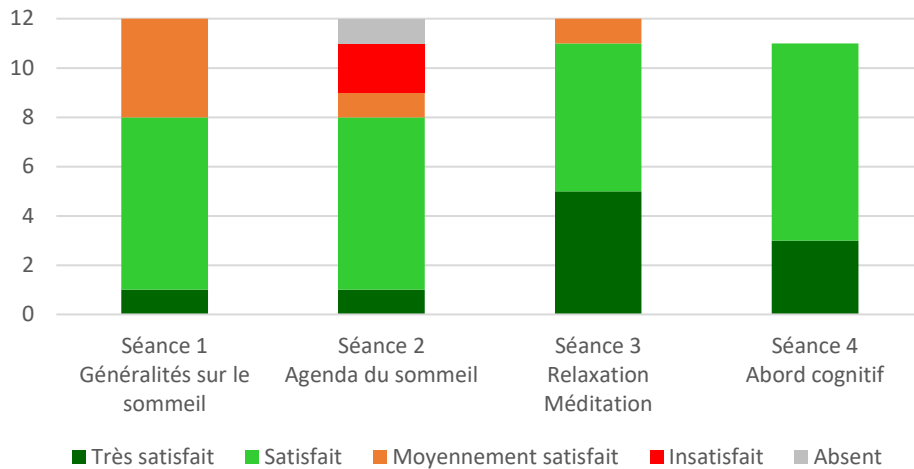
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Non satisfaisant	Absent
Dans l'ensemble	4	6	2	0	
Séance 1	1	7	4	0	
Séance 2	1	7	1	2	1
Séance 3	5	6	1	0	
Séance 4	3	8	0	0	
Nombre de participants séances 1&2	0	4	7	1	
Nombre de participants séances 3&4	5	6	1	0	
Horaires des séances (17h30-20h)	1	10	1	0	
Intervalle de temps entre les séances	0	11	0	1	
Durée des séances (2h30)	1	11	0	0	
Nombre de séances (5)	3	7	2	0	
Animatrices	6	6	0	0	

11/12 ont modifié la façon de percevoir leur sommeil et son retentissement au quotidien par rapport au début de la session (la 12^e l'ayant déjà modifiée avant grâce à une consultation individuelle avec un médecin spécialiste du sommeil peu de temps avant l'ETP).

Les 12 personnes recommanderaient cet ETP à d'autres personnes ayant des troubles du sommeil pour les « informations et techniques utiles », « les échanges avec d'autres personnes qui permettent de se situer par rapport aux autres et de relativiser ses propres problèmes » ; également car « on devient plus responsable de nous-même et de notre qualité de sommeil ».

Satisfaction des séances :

Illustration 5 : Satisfaction par séance



Concernant la 1^{ère} séance, les patients ont été globalement satisfaits (7/12) du fait du « travail de groupe et pour les explications du médecin », de la « richesse de l'échange dans le groupe » ; une personne a ressenti « qu'on allait l'aider à mieux dormir » ; une autre a pu « mettre en place les raisons d'un mauvais sommeil ». Une personne est très satisfaite : elle a compris que bien dormir était « bon pour la santé ».

4/12 sont moyennement satisfaits car étaient « déjà au courant » ; ou de manière synthétique : « trop long, trop de monde » ; c'était une « bonne séance qui aurait pu être écourtée afin de passer plus rapidement aux exercices pratiques » ; l'une aurait voulu « plus de conseils pratiques sur les plantes et les tisanes par exemple », une autre regrette un « tour de table trop long par rapport aux apports sur powerpoint »

Concernant la 2^{ème} séance, ils ont également été globalement satisfaits (7/12) : « d'avoir rempli l'agenda et analysé ce qu'on peut faire ». Cela « permet de faire le point sur nous-mêmes (habitudes de vie et sommeil) et d'observer notre part de responsabilité (ce que je fais de mal) ».

Une patiente est très satisfaite de cette séance car elle a « compris comment réagir lors de [ses] longs réveils nocturnes ».

Une personne était moyennement satisfaite car c'était « trop long ».

2/12 sont insatisfaits car pour l'un « pas assez d'activité concrète » et « un groupe plus petit aurait été mieux » et l'autre personne met en doute la fiabilité de l'agenda, trouvant qu'il offre une perception aléatoire de son propre sommeil ; cet exercice a été plutôt stressant pour lui.

Concernant la 3^{ème} séance, 6/12 ont été satisfaits et 5/12 très satisfaits car « utile » ; « sensation agréable de redécouvrir ses sens » ; « petit groupe et exercices concrets qui ont créé un « déclic » pour m'endormir plus facilement » ; « technique qui peut être utilisée très rapidement » ; « exercices intéressants mais insuffisants » ; l'un des patientes, malgré tout satisfaite, « pratique déjà la sophro depuis 1 an ».

Une patiente était moyennement satisfaite car elle a eu d'importantes « difficultés à faire ce qui était proposé ».

Parmi les 7 patients sur 12 qui ne pratiquaient pas de relaxation avant l'ETP, 6/7 l'ont refait depuis la 3^{ème} séance (2 « très souvent », 1 « souvent », 2 « quelques fois », 2 « rarement »), et ça les a aidés pour 4/7.

Concernant la 4^e séance, 8/11 étaient satisfaits et 3/11 très satisfaits car « petit groupe pour échanger les expériences et connaissances de certains » ; cela a permis une « bonne consolidation de ce que j'avais compris avant » ; « prise de conscience que je peux améliorer la qualité de mon sommeil et avoir de meilleurs réveils moins fatiguée, et qu'il faut que je diminue mes médicaments » ; des « échanges riches ; permet de nous responsabiliser ».

Modification des habitudes au quotidien :

En fin de session, plusieurs patients ont effectué des changements :

- 7/12 ont modifié leur attitude en cas de réveils nocturnes : « je me lève, je fais de la méditation » ; « je fais de la relaxation ou je me lève (sans énervement) » ;
- 6/12 ont modifié leurs heures de coucher et/ou lever : « je me couche 1h30 plus tard » ; « parfois j'avance un peu l'heure du coucher » ; « si je suis réveillée tôt, je me lève » ;
- 5/12 ont modifié le temps précédant le coucher : « je fais 10min de relaxation » ; « j'évite l'ordi le soir », « j'arrête les mails >20h » ;
- 4/12 ont modifié leur activité en journée : « je prends plus de temps pour moi, je me relâche » ; « relaxation/méditation » ; « je suis plus active en journée pour être plus fatiguée le soir » ;
- 3/12 ont modifié d'autres choses en rapport avec le sommeil : « je mange moins et plus tôt le soir, moins de tabac et d'alcool » ; « aimer le sommeil » ; « diminution des somnifères et consultations individuelles avec la psychothérapeute ».

Projets pour continuer à résoudre leurs problèmes de sommeil au terme de l'ETP :

- « Leur donner de moins en moins d'importance »
- « Moins de focalisation sur le fait de mal dormir »
- « Continuer sur ma lancée, je garde mes nouveaux réflexes »
- « Poursuivre les conseils donnés ; plus de sport en journée si possible »
- « Mettre en pratique tout ce qui a été dit » ; « Continuer les techniques de relaxation »
- « Me coucher en étant positive ; Exercices pour bien revenir dans mon corps ; à la rentrée, prendre des cours de Qi Gong ou éventuellement des cours de sophrologie »
- « Faire du Tai-Chi » ; « Sophrologie » ; « Essayer le Dodow® ; et plus de relaxation »
- « Arrêter les somnifères et cela va être difficile [...] Peut-être sophrologie, mais près de chez moi il n'y en a pas »
- « Les problèmes initiaux [...] sont évanouis. Donc seule reste l'anxiété naturelle à maîtriser. »

Aspect financier

Pour 11 participants sur 12, l'aspect financier, relativement à la gratuité, était important. Pour autant, en demandant aux patients, en fin de session, quelle somme ils auraient été prêts à dépenser pour participer à des séances similaires :

- 6/12 mettraient 10-20€ par séance ;
- 2/12 mettraient 2 à 5€ ;
- 2/12 n'ont pas coché de montant proposé ;
- 1/12 mettrait 50 à 70€ par séance ;
- 1/12 mettrait 0€ par séance.

Reproductibilité en médecine générale de ville

Concernant le fait de réaliser des séances similaires sur leur lieu d'habitation, les patients sont partagés : 5/12 sont pour (pour limiter l'éloignement au domicile, « pour permettre des échanges »), 6/12 ne le sont pas (c'est « moins facile de parler de ses problèmes en présence de personnes que nous côtoyons »), et 1 n'a pas d'avis. Un patient émet spontanément des réserves quant à la qualité d'écoute d'un médecin généraliste (« avec un médecin de la commune pourquoi pas mais serait-il suffisamment à l'écoute de chacun ? »). A titre informatif, les patients habitent en moyenne à 16.8kms du lieu de l'ETP.

C - Résultats de l'analyse des entretiens individuels semi-dirigés 1 an après

Les 9 entretiens individuels se sont déroulés de mi-mars à fin avril 2018, la plupart au domicile des patients selon leur choix (2 entretiens ont eu lieu à l'Hôpital Privé du Confluent et 1 sur le lieu de travail du patient) ; ils ont duré en moyenne 50 minutes (entre 29min et 1h20).

a) Profil des patients de la session

1) Origine multiple de leur problématique de sommeil

Certains relatent une prédisposition dès l'enfance (familiale, éducationnelle ou ayant subi une maltraitance) :

P3 : *« je suis issue d'une famille, on est 5 enfants, on a tous des problèmes de sommeil » ; « papa et maman pour eux, le sommeil, fallait qu'on dorme, fallait qu'on dorme à telle heure, tout le temps, jusqu'à tel âge, fallait faire la sieste, après... Et j crois qu'ils nous ont pas décontractés, vis-à-vis de tous ces problèmes de sommeil » ;*

P8 : *« on a une histoire familiale un peu compliquée on va dire... Etant gamins, qu'ont pas été super bien traités enfants, donc on est 4 gamins, bien cognés quoi... »*

La majorité retrouve un facteur déclenchant :

- le début de la parentalité (P3, P4, P7) avec la naissance des enfants (les mauvaises nuits, une hypervigilance, notamment dans le cas de soucis de santé de leur enfant) :

P7 : *« Ça fait depuis la naissance de mon fils en fait. Depuis 8 ans, mmmh. Donc sans doute lié à ça. Même si avant, y'avait des périodes d'insomnie, comme tout le monde peut connaître, j pense. Heu... Et après, c'est devenu vraiment chronique, quoi, on va dire, systématique. Il a pas fait ses nuits jusqu'à l'âge de 3 ans, et heu... et du coup, dont une nuit où il a fait un... fin, à mon avis, il a failli s'étouffer... donc j pense qu'inconsciemment ça a créé un rapport à cette angoisse de la nuit qui s'est, qui s'est accentué quoi » ;*

- le début d'une pathologie autre (P1) ; les douleurs d'une fibromyalgie (P9) :

P1 : *« En 1988, j'ai été diagnostiquée sclérose en plaques. [...] Et mes problèmes de sommeil, quand même, sont... sont arrivés à ce moment-là. »*

- une agression physique (P2, P9) ayant entraîné des cauchemars (P2) ;

- la maladie ou le décès de proches :

P2 : « *quand on dort pas la nuit, qu'on a des idées noires, je repense à ma fille qu'est décédée y'a même pas trois ans* » ;

- la pression et les responsabilités professionnelles (P3), un licenciement, le travail de nuit (P9) ;

- des problèmes de couple (P4) ; un différend familial (P5)

Certains retrouvent des facteurs surajoutés :

P4 : « *je dors déjà mal chez moi, mais c'est encore pire à l'extérieur.* » ;

P9 : « *J' pense que ça joue la pleine lune, hein, je dors moins bien.* »

Plusieurs font le lien avec l'anxiété ou le moral, rapportant d'autres conséquences organiques du stress (P3, P4, P7) :

P4 : « *Moi, je suis quelqu'un qui m'angoisse facilement, [...] donc voilà, j'm'en rends malade. [...] au point de... d'avoir des soucis mécaniques, on va dire, donc tout ce qui touche les cervicales, les épaules, le dos, donc tout ça c'est beaucoup lié, et les intestins, beaucoup lié au stress.* » ;

P5 : « *quand j'ai commencé mes problèmes de sommeil [...] j'me réveillais la nuit, j'pensais à ça, j'pensais à ma fille, j'en voulais à mon mari, j'pensais à mon mari avec ses crises où je supportais plus [...] j'me réveillais, bah j'avais ça forcément qui arrivait en tête, j'me rendormais pas.* » ; « *Là en ce moment, j'ai pas de problème précis. Heu... Donc le sommeil se passe mieux forcément.* »

Enfin, une des personnes se rend compte que le fait d'y accorder de l'importance majore les troubles et le retentissement sur le quotidien :

P8 : « *ce qui a fait que c'était moins bien, c'est le fait de s'en rendre compte* » ; « *il y a vraiment eu une auto-aggravation qu'est très nette quoi, c'est heu... On s' rend compte qu'on arrive pas à dormir, donc on a envie de dormir, donc on se détend plus, et ça... c'est assez bloquant.* »

2) D'autres problèmes de santé associés

Les patients de ce groupe, du fait qu'ils ont été recrutés par un médecin pneumologue spécialiste du sommeil majoritairement, sont plusieurs à avoir des apnées avérées, qu'elles soient prises en charge par appareil ou non, et dans des proportions différentes selon chacun :

P2 : « *mes apnées ont été découvertes en 2004, et bah, je consulte depuis ce temps-là, puisqu'elle m'a fait appareiller* »,

P7 : « *l'enregistrement avait montré que j'avais des p'tites apnées du sommeil, mais rien de... rien d'alarmant quoi pour ma santé, heu... elle m'a conseillé de tenter l'appareillage...* » ; « *j'ai essayé mais, ça a... pour moi, ça a rien apporté, c'était même pire, d'avoir tout ce... tout cet appareillage, d'être équipé d'un tuyau, le bruit, tout ça...* »

P3 : « *J'ai porté des tas de machins là, ici, chez moi, et il m'a vu que je faisais quelques apnées, importantes, mais surtout des apnées pas en nombre suffisant pour m'appareiller encore* ».

P9 : « *le test du sommeil* » ; « *J'l'avais fait y'a plusieurs années, ouais. J'étais un peu limite, et on m'avait dit ça allait encore. Je faisais des apnées... pas très très longues en fait.* »

Certains ont également des pathologies qui ont des conséquences indirectes sur le sommeil : les douleurs parfois nocturnes donc insomniantes de la fibromyalgie (P9), des problèmes de vue (P2) et d'audition (P2, P3) qui ont un retentissement dans les activités sociales et donc indirectement un retentissement sur le sommeil ; une maladie neurologique (P1) avec un retentissement sur le quotidien et la nécessité de se relever la nuit :

P1 : « *Alors, le problème, que j'ai, dû à la sclérose en plaque aussi, c'est les problèmes urinaires...* »

3) Déjà un long chemin parcouru pour trouver une solution à leur problématique

Ils expriment la souffrance du vécu de leur insomnie :

P7 : « *C'est devenu, heu, ouais, une corvée de dormir... une angoisse...* » ;

P3 : « *c'est vraiment une maladie, ... comme une dépression. Faut jamais croire que c'est terminé complètement* » ; « *y'a des jours où je pleurais [...] Parce que je savais que j'avais ça ça ça à faire dans la journée, et que je sais que j'allais encore le faire en étant [...] dans un état second, quand vous faites les choses quand même alors que vous n'avez pas dormi.* »

Si on s'intéresse à la prise en charge médicale qu'ils ont eue par rapport à leur problème de sommeil :

- Certains ont le sentiment de n'avoir jamais eu de consultation spécifiquement pour le sommeil (P1 depuis le début de sa sclérose en plaques il y a 29 ans, sauf depuis 3 ans avec Dr Humeau)

- D'autres ne sont pas satisfaits de la prise en charge proposée par leur médecin traitant :

P2 : « *[il] a essayé plusieurs antidépresseurs, que je ne supportais pas, [...] après je prenais rien et... J'avais vu un psychiatre, mais comme je voulais pas d'antidépresseurs, bah ça m'apportait pas grand-chose...* »

P7 : « *Ouiouioui, j'en ai parlé à mon médecin traitant (se racle la gorge) : j'ai vu plusieurs psychologues, qui n'avaient pas trop de réponses à mon problème. Donc au bout de plusieurs séances, j'ai laissé tomber* »

- Par contre, une des patientes a un médecin acupuncteur et homéopathe qui lui convient bien et qui l'a adressée à Dr Humeau et à l'ETP directement en se renseignant (P5)

- Deux personnes ayant vu une même médecin somnologue à Angers ont un retour pour l'un très positif : « *elle m'a beaucoup apporté* » ; « *cet aspect positif du sommeil, qu'elle a mis en avant, moi ça m'a... ça m'a fait tilt quoi* » (P3) et pour l'autre très négatif : « *Je l'ai vue deux fois. J'y suis pas allé la troisième fois, parce qu'elle m'a redit la même chose les deux fois, déjà. Et heu... Des choses que... qu'on trouve sur les premières pages Google d'internet, ou dans n'importe quel livre, heu... Donc j'étais assez consterné quoi...* » (P7)

- Finalement, certains trouvent eux-mêmes des méthodes alternatives (P6, P9) :

P9 : « Et après, on se débrouille un peu par nous-même. Et heureusement que j'étais infirmière, parce que sinon heu... Je pense que on serait... fin... J'aurais certainement pas trop avancé quoi... »

Ils ont des expériences et des positions plutôt négatives, par rapport aux médicaments de type somnifères :

P2 : « l'ennui c'est que je dors toujours avec des somnifères... Et... je sais pas comment diminuer, arrêter, pour être mieux. »

P3 : « J'en ai pris très peu moi des tranquillisants. [...] j'suis vraiment pas pour tous ces trucs chimiques et tous ces machins-là. »

P4 : « j'ai consulté effectivement. Et ça a été quoi, ben, c'est qu'on nous bourre de médicaments, donc j'ai été sous Prozac® pendant un certain temps »

P8 : « j'ai pris des médocs, alors ça c'est le truc qu'a rien changé »

P7 : « les somnifères, qui n'avaient absolument aucun effet sur moi, ... qui me faisaient plutôt l'inverse en fait ! [...] je sentais mon corps lâcher, je sentais que je somnolais tout ça, et là, j'étais encore plus réticent. C'était bizarre comme sensation... De s'agripper comme ça à... à l'éveil » ;

« après mon médecin m'a fait essayé des anxio, et là, pendant un certain moment ça a marché.[...] j'en ai pris pendant du coup longtemps [...] jusqu'au moment où ça faisait de moins en moins d'effet, que j'ai commencé à augmenter les doses... heu... Donc ça remarquait, mais pendant un certain temps, et après, il aurait peut-être fallu réaugmenter les doses, mais j'suis pas rentré dans ce cercle vicieux pas'que voilà, c'était pas la solution au long terme non plus... ! »

Les patients avec lesquels je me suis entretenue étaient nombreux à avoir déjà pratiqué des méthodes de relaxation de type sophrologie - soit depuis peu (P4, P6), soit par le passé (P3), soit s'y étant eux-mêmes formés (P9) - ou d'autres méthodes alternatives telles que la méditation (P7, P8), l'hypnose (P2, P6, P7, P8), sans que leur problématique initiale ait été fortement améliorée :

P4 : « j'ai commencé la sophro l'année où j'ai commencé mon burn-out, j'me suis dit faut une parade qui puisse m'aider »

P8 : « Donc j'avais déjà fait pas mal de choses, avant, concernant le sommeil heu... ouais pas mal de trucs : la sophro, l'hypnose, j'ai fait la méditation [...] Ouais, j'avais fait les trucs heu... ce qu'on appelle les bruits bi-neuronaux... [...] globalement, y'a à peu près rien qu'a fonctionné quoi. »

P5 : « le fait d'avoir fait du yoga, faisait que, quand je voyais que je m'endormais mal, j'essayais de me mettre en relaxation à travers la respiration, et le fait de ressentir tous les membres du corps, comme on a fait en sophro... » ; « Bon j'ai également essayé beaucoup de techniques heu...[...] J'peux pas dire (rires) que j'ai vraiment trouvé quelque chose qui soit du 100% de réussite ! »

P2 : « J'ai fait beaucoup de Qi Gong aussi. Là, ça m'a apporté quand même, les mouvements, tout ça, et la respiration, que j'ai apprise, que je continue »

Plusieurs ont eu un suivi par un psychiatre (P5, P9) ou un psychologue (P4, P7) :

P9 : « *Le psy j'ai arrêté cette année, fin j'y retourne ou j'y retourne pas, voilà, j'fais quand j'ai besoin, si j'ai besoin j'y retourne, y déposer mes valises.* »

P7 : « *j'ai vu plusieurs psychologues, qui n'avaient pas trop de réponse à mon problème* »

P4 : « *Alors, une psychologue... Faut tomber sur la bonne ! [...] j'ai pas eu l'impression d'être... ben d'être tombée sur la bonne personne quoi...* »

Quelques patients lisent des ouvrages grands publics (P4, P5) ou se renseignent sur Internet (P7, P8) pour trouver des solutions à leurs problématiques que ce soit de sommeil ou d'angoisses :

P5 : « *Là je suis en train de lire un bouquin, sur le cheminement personnel.* »

Et d'une façon générale, ce sont des patients qui ont la faculté de mettre en place des choses pour améliorer leur bien-être, diminuer leurs problèmes, que ce soit de sommeil ou autre, avec une propension à aimer s'occuper des autres (P5, P8, P9).

P5 : « *je vis à travers beaucoup une association [...] pour moi c'est vraiment quelque chose qui m'apporte énormément et qui me permet pour moi de... un espace énorme d'oxygène [respire et fait des mouvements de bras amples] pour me libérer un petit peu et penser un peu moins à... à mon personnel si je puis dire* »

b) Quel a été l'effet de l'ETP insomnie... ?

1) Sur le sommeil en lui-même ?

Pour la majorité (P2, P6, P7, P8, P9), cela n'a pas eu d'effet ou très peu quantitativement et qualitativement :

ACD : « *Est-ce que vous pouvez me décrire votre sommeil, maintenant et tel qu'il était avant les ateliers ?* »

P9 : « *C'est pareil.* »

P2 : « *Ben... ça n'a pas beaucoup changé...* »

P8 : « *j'me réveillais entre 2... 2 et 4h du matin... tout le temps* » ; « *Et globalement, ça ça a pas du tout changé après les ateliers.* » (A noter que ce patient dort en revanche bien mieux depuis qu'il a lu et appliqué un ouvrage grand public : *Le processus de la présence*, de Michael Brown, qui s'axe sur la gestion des émotions)

Pour certaines personnes, le sommeil s'est légèrement amélioré :

P1 : « *depuis un moment, je m'endors bien* »

P4 : « *j'ai quand même gagné oui je vous dis, une bonne heure de sommeil en plus. Donc en 1 an.* » ; « *Une heure de plus pour moi, c'est énorme.* » ; « *Chez moi, c'était pas le souci de l'endormissement, c'était surtout les réveils nocturnes en fait. Et par deux fois, trois fois par nuit.* » ; « *maintenant je me réveille une fois par nuit* »

P5 « *J'ai vraiment eu la sensation quand on a fini la formation, d'avoir une grosse amélioration de mon sommeil, un sommeil beaucoup plus régulier, un sommeil plus réparateur, donc heu... »*

Pour quelques patients (P3, P6, P7), il y a encore souvent une alternance d'insomnie et de bon sommeil :

P6 : « *Par périodes, je vais dormir très bien. Et puis à... dans d'autres périodes de 2-3 jours, je vais dormir avec un sommeil beaucoup plus léger »*

2) Sur la journée et leur qualité de vie ?

Beaucoup avaient déjà mis en place des choses pour les aider dans leur bien-être au quotidien comme énuméré plus haut, et contre leur somnolence :

P1 « *Ça m'arrive, si j'me mets sur l'ordinateur quelque fois dans l'après-midi, quand même de me dire, « aaah je sens que j'ai envie de dormir, un p'tit peu... » [...] donc du coup heu, comme j'avais dit déjà j'essaie, presque tous les jours, soit de marcher un peu, ou plus souvent de faire un p'tit tour de vélo » « je faisais tout ça avant »*

P8 : « *j'avais mis en place mes siestes, mes repos, ça fonctionnait plutôt pas mal quoi, j'me mettais pas trop dans le rouge »*

Certains ont modifié leurs habitudes au quotidien notamment en appliquant les règles d'hygiène de sommeil (café, alcool, écrans, sport), que cela ait été concluant ou non comme on va le voir plus loin :

P9 : « *ça m'a permis de passer à l'action. De poser des actes [...] Pour les écrans, pour les excitants » ; « Le café... j'ai enlevé la cafetière, là. J'ai une petite machine expresso maintenant, donc quand on met à la dosette, on se rend plus compte... que quand je faisais couler ma grosse cafetière le matin... » « Ouais, ça m'a aidée, ouais »*

P8 : « *ouiou, de diminuer les tablettes le soir... de de... [...] Heu... Pas picoler de vin blanc le soir, y'a des... des trucs que j'avais mis quand même, en place, qui changeaient rien du tout, mais que j'avais mis en place. »*

Quelques-uns se sont mis à des activités psychocorporelles pour se sentir mieux :

P1 : « *Et puis bon, là ça m'a donné une pulsion... un déclic pour repartir. Alors, déjà, ça c'est positif. » ; « A la fin du stage, j'pensais faire soit du Qi Gong soit de la sophrologie, mais finalement j'ai pas fait ça, et j'me suis mise quand même à faire des exercices de Pilates avec un professeur de Pilates. Donc ça c'est déjà une bonne chose, heu... » « Au niveau du cerveau ça doit être très bon je pense... »*

P4 : « *j'ai vu un autre site, dont on avait parlé également aux séances. C'était... la... le... mince la thérapie de la grenouille là...*

ACD : *Oui : Calme et attentif comme une grenouille®.*

P4 : *Voilà. Bon, je l'ai mis en page d'accueil justement dans mes fichiers sur internet, et de temps en temps, j'aime bien retourner voir ces [...] mini-dessins animés »*

P5 : « *Bon heu ... j'ai également, renoué avec la sophrologie »*

P6 : « *Je fais du Tai-chi cette année. J'vois paaas troop d'amélioration. Voilà. C'est un bien-être plutôt corporel* »

3) Sur leur ressenti vis-à-vis de leur problématique de sommeil ?

C'est surtout sur cet aspect que l'ETP a eu un bénéfice.

P8 : « *Autant j'en avais plus grand chose à foutre. Donc je dormais comme ça quoi. Le ressenti avait changé* »

Tous ont eu un bénéfice important de l'effet de groupe, soit en ayant le sentiment de se sentir moins seul avec une sorte d'identification à des pairs, soit en relativisant leur situation par rapport à d'autres :

P9 : « *j'me suis reconnue à travers les personnes* » ; « *le groupe était très porteur* »

P7 : « *J'trouve que c'est bien de rencontrer des gens qui ont le même problème. Déjà on s'dit : « on est pas un extra-terrestre », ça arrive à pleins de gens* »

P4 : « *en rentrant à la maison, je me suis dit « mais moi qu'est-ce que je fais là-bas ? je suis une goutte d'eau par rapport à ce que j'avais entendu.* »

P5 : « *beaucoup avaient quand même beaucoup de pathologies associées hein. Donc moi j'ai aucune pathologie. Beaucoup prenaient déjà des médicaments de façon régulière. Moi j'ai pas ça.* » ; « *ça m'a confortée quand j'ai entendu le parcours des autres personnes [parle de l'accoutumance aux médicaments] donc j'me suis dit "bah t'as bien fait de pas rentrer là-dedans"* »

P3 : « *c'est réconfortant... C'est toujours triste de se dire que la misère des autres vous réconforte, mais c'est un peu ça...* »

Pour plusieurs, l'ETP a permis de relativiser leur problème de sommeil pour eux-mêmes :

P5 : « *J'pense que j'y attache moins d'importance. C'est peut-être ça. J'dis bon ça va se passer comme ça* » ; « *après tout tu dormiras peut-être mieux demain quoi* »

P6 : « *LE truc que ça m'a apporté, c'est de... de de, de dédramatiser. C'est vraiment ça que ça m'a apporté. Donc ça a rien changé sur le sommeil, mais ça a vraiment dédramatisé le truc complètement. Donc ça a quand même changé des choses sur la façon de le vivre on va dire.* » ; « *j'ai appris à relativiser* »

P8 : « *Effectivement j'ai jamais eu d'accident de bagnole* » ; « *Donc ça, ouaiouais, dédramatiser, et rationaliser les choses, heu... [...]. Donc ça ça m'a été utile* » ; « *vraiment moi le... LE point que ça m'a apporté c'est le côté heu... prendre du recul sur la problématique. Voilà.* »

Pour quelques-uns, l'ETP leur a permis un lâcher-prise :

P9 : « *Et puis c'est pas grave, ça va revenir, c'est un train, on l'a raté, donc...* »

c) Leur analyse de l'ETP insomnie à un an

1) Ce qui les a aidés, ce qui ne les a pas aidés

- Sur la forme

- Déroulé, structuration : des divergences :

P8 a trouvés les ateliers « *vraiment mal construits* » avec « *des trucs hyper trop longs, pas dynamiques* », alors que P9 : « *Et baaaah, moi j'ai trouvé qu'ils étaient... biens. Fin, c'était bien orienté, bien construit* ».

- Nombre de personnes : trop important :

P8 : « *on était trop nombreux, donc le temps de parole perso, il était hyper faible.* »

P2 : « *J'trouve qu'on était un peu nombreux* » ; « *que c'était long, et qu'on avait pas le temps de parler avec Mme Humeau, Mme Paris* »

- Animatrices : principalement un sentiment d'écoute, de professionnalisme (P3, P4, P5, P9) :

P9 : « *Qu'est-ce que ça m'a apporté... ? [...] J'dirais la première chose, d'avoir l'impression d'être entendue, c'est important. Parce que, on va chez notre médecin traitant aujourd'hui, et puis on en parle pas en fait, fin...* »

P4 : « *Elles écoutaient tout, et elles nous jugeaient pas. Ça j'ai vraiment apprécié. Ce qui nous a peut-être permis de nous libérer à notre tour, de ce qu'on avait à dire, le pourquoi du comment on était arrivés à un manque de sommeil.* » ;

2 patients ont cependant ressenti une certaine déception (P7, P8) :

P7 : « *là, on avait des personnes quand même qualifiées dans leur domaine, en sophrologie heu... donc c'était pas une psychologue, attention heu, j pense qu'elle a abordé ce côté psychologie heu... Elle est pas psychologue. Mais y'avait ce côté trop médical, on va dire, avec le Dr Humeau-Chapuis, mais y'avait des cas, beaucoup de cas qui nécessitaient ça, parce que c'est de l'apnée du sommeil, et c'est... donc voilà. Et ce côté psycho, qui pour moi était pas avec la bonne personne.* »

- Caractère collectif : au-delà du bénéfice ressenti de l'effet groupe abordé précédemment, cela a permis un partage d'expériences, même si cela n'a pas été assez pour l'un des patients :

P4 : « *la cohérence cardiaque. Y'a un monsieur qui en faisait... [...] Eh bien, la cohérence cardiaque, j'suis allée voir sur internet voir un petit peu de quoi ça ressortait. [...]je connaissais pas ça m'a permis aussi d'apprendre un petit peu ce qu'il en était, et... c'est bien, oui, ça aide.* »

P8 : « *On écoutait, on participait, mais y'avait pas grand chose qui venait de nous ; là, on fait un tour de table, ça a pris 50min, personne s'est dit un mot à deux en fait, c'est juste... C'est pour ça que j'dis que ça manquait de partage...* »

- Gratuité de l'ETP : appréciée, mais aussi considérée comme un frein à plus de pratique :

P5 : « *D'ailleurs y'avait d'autres personnes qui l'avaient évoqué, de dire, pourquoi pas, parce que bon, on a eu la chance d'avoir bénéficié d'un programme intéressant, gratuit. Donc y'a beaucoup de personnes qui auraient été prêtes à dire tiens par exemple sur la formation de séances de sophro qu'on aurait payées, en groupe, quoi, sophro de groupe, ça aurait pu être intéressant d'autres approches.* »

○ Sur le fond

- Les règles d'hygiène du sommeil (1^{ère} séance) : une étape importante à tenter

Eviter les écrans le soir : certains ont remarqué que ça les aidait et l'appliquent (P3, P9), d'autres ont essayé, n'ont pas vu d'intérêt pour leur sommeil et ont repris leurs habitudes (P7, P8) ;

Pratiquer une activité physique : des patientes avaient déjà mis cela en place auparavant (P1, P5), l'une l'applique quand elle dort moins bien (P3), l'un a essayé sans succès (P7), une autre projette encore de le faire (P9) ;

Limiter l'alcool le soir : du fait du partage d'expérience en groupe et après avoir remarqué des différences sur la qualité de la nuit en ayant ou pas consommé de l'alcool sur l'agenda du sommeil, deux personnes y font davantage attention aujourd'hui (P3, P5) ;

Réduire la consommation de café : P9 : *« j'ai arrêté le café ! Je buvais beaucoup de café »*

Conseils en cas de réveil nocturne (se lever et aller faire autre chose pour favoriser ensuite le processus de réendormissement) :

P2 : *« J'ai essayé, après les ateliers, de modifier un peu, heu comment... quand je dors pas bien, je me lève un petit peu, mais c'est très dur car j'aime bien rester blottie dans les draps, bien au chaud... »*

P5 : *« Donc heu... j'ai également appris à me dire : « ben si tu te réveilles, à la limite tu te lèves, alors que autrement j'aurais plutôt tendance à me dire « bah j'vais me rendormir », donc là, le fait plutôt de se lever, de prendre un bouquin »*

Généralités sur le sommeil :

P5 : *« Heu... et de, peut-être de relativiser en disant, bah après tout, ben t'as ptet pas besoin de tant d'heures de sommeil que ça. » ; « on est sur les idées reçues : il faut 8h de sommeil, il faut 9h de sommeil. Alors qu'en fin de compte... » ; « Si j'étais fatiguée le matin au point d'me dire « ma fille, va pas faire du sport c'est pas la peine ! » ; c'est pas le cas donc ça veut dire que mon sommeil est suffisant pour moi. »*

L'un d'entre eux conclut pour lui :

P7 : *« y'a vraiment des périodes où j'ai changé d'hygiène de vie, donc heu... même la journée, moins prendre d'excitants de café heu... bon tabac, tout ça, pas d'alcool le soir, tout ça, pas manger trop gras, éviter les écrans, fin vraiment tout respecter comme il fallait quoi. Heu, ça... ça n'a rien changé. »* et est revenu à ses anciennes habitudes car : *« j'm'aperçois que j'ai besoin de garder cette notion de plaisir dans ma vie ».*

- L'agenda du sommeil (2^{ème} séance) : un outil dont l'analyse a servi à certains :

P5 : *« le fait de faire l'agenda du sommeil, ça m'a aidée beaucoup parce que ça m'a montré que... au fond, j'étais quelqu'un qui savait pas dormir la nuit d'une traite. Y'a des gens qui dorment la nuit d'une traite, moi c'est pas le cas. »*

ACD : *Mais c'est pas forcément un problème... ?*

P5 : *Bah la preuve puisque le matin, je me lève, et je passe une bonne journée.*

ACD : *Bah oui c'est ça.*

P5 : *Donc heu... à partir de là... Qu'est-ce que je demande de plus quoi ? »*

Une des patientes en a refait deux depuis la session et une autre y a pensé :

P4 : « *Et c'est vrai que l'agenda du sommeil, en fait ça c'est pareil, c'est porteur [...] moi depuis un an, j'en ai refait deux autres [...] Pour voir un petit peu mon évolution.* »

P3 : « *j'y ai pensé hein, je me suis dit « si t'en as marre d'être comme tu es là, ben tu vas te refaire un agenda du sommeil, là, et tu vas renoter tes angoisses, enfin ce qui va pas »*

Certains n'ont pas été aidés par cet exercice :

P2 : « *bah, j'avais rempli l'agenda du sommeil, mais, lorsqu'on prend des somnifères, l'agenda est complètement faussé...* »

L'un des patients a noté que l'analyse en petits groupes de cet agenda était trop longue et a pris du temps à la place d'autres choses :

P8 : « *quand on était en groupe de debriefing de l'agenda du sommeil, en fait on a passé deux heures, sur un truc qu'on a fait tous en 10min.* »

- L'initiation à la relaxation, à la méditation pleine conscience, à la sophrologie (3^e séance)

C'est ce qui a le plus plu, le plus aidé, et le plus changé de choses pour beaucoup de personnes : plusieurs auraient voulu qu'il y en ait davantage bien qu'ils en aient déjà fait :

ACD : « *Qu'est-ce que vous auriez aimé en plus ?* »

P9 : « *Mmh... Plus de sophro. J'ai trouvé que c'était très court...* »

P8 : « *y'avait des trucs très biens, le truc de sophro, c'était plutôt bien, heu... C'était plutôt bien monté ce truc-là, bon le problème c'est que j'avais déjà fait ça.* »

Ça a donné à quelques-uns l'envie de faire ou de refaire des activités de type relaxation :

P5 : « *elle nous a fait faire un p'tit peu de sophro, de choses comme ça, et c'est vrai que ... bon, ça m'a ramenée un p'tit peu au yoga, et également au fait de déplacer la pensée en repensant à autre chose ou en rééquilibrant sur autre chose* » ; « *pour l'année prochaine, j'ai ptet une petite idée, parce que, j'habite sur S..., y'a l'association des 3A, qui a mis en place justement une possibilité de... avec une sophrologue.* »

Il y a cependant des limites à ce que ces méthodes aident de façon optimale les patients :

La séniora du groupe met en avant la problématique de l'accessibilité à des séances de groupe dans ce domaine, selon son âge, sa condition physique, les moyens de transport auxquels elle a accès, et elle se sent incapable de faire cela elle-même :

P2 : « *Ben, j'ai essayé de mettre en place, mais... ça va pas. Je peux pas. Si j'ai pas un support, quelqu'un, près de moi...* »

Le plus jeune aimerait faire davantage de méditation, il sent que ça peut l'aider... mais il avoue manquer d'assiduité et avoir une certaine impatience :

P7 : « *Après, je sais que je suis quelqu'un d'un peu impatient, si y'a pas de résultats rapidement, j'peux vite heu... voilà !* »

Enfin, une patiente conclut en prenant pour exemple son mari :

P5 : « *je pense que toutes ces techniques-là, faut que chacun se sente prêt à y rentrer. Moi j'vois mon mari, lui c'est... c'est de l'hébreu pour lui... C'est presque si vous voulez... Il*

comprend pas pourquoi effectivement, on peut se mettre comme ça heu... sur des techniques qu'il va pas vraiment comprendre quoi. Lui il a besoin de comprendre, donc là effectivement... »

- Aide à l'aspect cognitif de l'insomnie (4^e séance) :

Une des patientes se rappelle, un an après, du schéma du cercle vicieux de Charles Morin abordé lors de cette séance (Annexe 2, diapositive 13)

P3 : « je sais pas si... c'est un peu le cercle vicieux dont on parle, dont on a beaucoup parlé dans ce groupe de sommeil [...] faut lutter contre ce cercle vicieux [...] Dès qu'on se laisse aller, comme j'ai fait, ben je suis reprise à défaut par mes angoisses, par... »

Une autre reprend les conseils de positivisme qui font partie de la restructuration cognitive de l'aspect « thérapie cognitivo-comportementale » de la session :

P1 : « si je vois que je m'endors pas, j'me dis « bon, ben c'était une bonne journée, qu'est-ce qui était bien ? » (rires) Autrement, je le fais pas systématiquement, si je m'endors, fin, j'essaie de m'endormir avec des... des, quand même, des pensées positives automatiquement, mais, sans forcer, sans me forcer à penser à ces choses positives. »

Deux patientes résumant :

P3 : « finalement, ça se prépare déjà dès la journée, et pas arrivé le soir. C'est dès la journée, où quand même heu... essayer de boire moins de café, faire du sport, fin etc. C'est vraiment une hygiène de vie. » ;

P9 : « J pense que y'avait vraiment tous les outils pour que les personnes comprennent, en tout cas moi j'ai compris des choses que je faisais pas bien aussi. Heu... les écrans, et le lâcher-prise, heu... » ; « d'arrêter de me prendre la tête quoi, fin ! Je dors pas, ben c'est pas grave. Je laisse... J crois que j'ai vraiment relativisé, j'ai moins d'angoisses en fait. Ça a levé des peurs. »

2) Leurs suggestions d'amélioration :

Près de la moitié du groupe aurait aimé davantage de pratique notamment en termes de sophrologie, relaxation. L'un d'entre eux (P7) propose que des séances de relaxation soient faites en extérieur.

P1 : « Plus de pratiques, peut-être, c'est ce que j'avais dit... Bon, c'était très bien, hein, mais je m'attendais à plus de pratique. »

P9 : « En sophro, bah forcément de mon point de vue, c'était léger, mais heu... Voilà, c'est quand même heu... Parce que moi j'ai été beaucoup plus loin sur le sujet. »

Un tiers trouve que le nombre de participants était trop élevé et que les séances étaient trop longues de ce fait ;

P7 : « Que ça soit en plus petit groupe, déjà, mais je sais que c'est difficilement possible. »

Un des patients pense qu'il faudrait stimuler le partage d'idées et de conseils entre les patients, que les interprétations viennent moins des animatrices et davantage des patients entre eux pour que l'impact soit optimal.

P8 : *« faire bosser les gens, ensemble, pour que les solutions émergent d'eux, et pas d'un truc qu'est conférentiel quoi »*

A l'inverse, une autre patiente aurait aimé que les intervenantes soient davantage dans l'information.

P2 : *« j'aurais aimé qu'on développe un peu plus, bon par exemple, fin c'est pour moi, mais les rêves, les cauchemars [...] j'aurais aimé que les psychologues les médecins parlent davantage, de tous les problèmes qui peuvent survenir quand on a un mauvais sommeil ; comment on peut améliorer son sommeil »*

Une participante (P4) aurait souhaité avoir un support écrit reprenant la totalité de ce qui a été abordé lors des séances. Plusieurs ont pris des notes eux-mêmes, le livret de l'IPNES « Bien dormir, mieux vivre » a été distribué, mais il n'y a effectivement pas eu de synthèse papier des règles d'hygiène, outils ou autres conseils délivrés lors de l'ETP.

Deux patientes (P3 et P9) auraient aimé qu'il y ait une séance avec le groupe à un an, une sorte de bilan, avoir des rappels, des conseils, voire avec consigne de réaliser un agenda du sommeil auparavant pour la séance, même si l'une (P3) se dit qu'en individuel, on pourrait régler davantage, et autrement, des problèmes personnels, et qu'elle aimerait avoir la possibilité d'un recours si ça ne va pas mieux à nouveau (de même pour P1). Effectivement, deux autres (P2 et P5) pensent que s'il y a besoin d'une suite, ce doit être en travail personnel. Deux patients (P7 et P8) ne souhaitent pas de suite à cette session. Une patiente (P4) serait partante pour refaire exactement la même série de séances, à un an.

P5 : *« Alors... Une suite heu... J'aurais tendance à dire non, parce que si on a une suite à donner c'est en travail personnel. C'est à chacun de se prendre en charge et de se dire effectivement « j'ai ce problème ; qu'est-ce qui me convient, dans une technique, j'dirais plus parallèle... ? » ; « Pour certains c'est la sophro, pour certains c'est la cohérence cardiaque... »*

Discussion

A - Intérêts et limites de l'étude

Ce travail trouve en grande partie son originalité dans le fait d'avoir revu les patients de la session ETP insomnie en entretien individuel un an après.

Comme le rappelle une publication dans la revue *Exercer* (30), la méthode qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et difficiles à mesurer. Et c'est le cas concernant l'apport de cet ETP pour les patients. D'une part l'échantillon étant de 12 personnes, les résultats quantitatifs sont à interpréter avec prudence et ne permettent pas de tirer des conclusions de large portée. D'autre part, le fait de quantifier les paramètres de l'insomnie reste limité lorsqu'on se rend compte que c'est sur le ressenti des patients que la session ETP a été le plus utile. Utiliser une méthode qualitative a ainsi permis de mieux cerner les patients et leur parcours, comprendre pourquoi tel ou tel composant de la session les a aidés ou non, explorer ce qui pourrait encore améliorer l'impact de cette session.

C'est donc par le **recueil de la parole des patients** (verbatim surtout mais également questions ouvertes des questionnaires) que l'analyse trouve sa valeur. Cela a permis aux patients d'exprimer avec leurs propres mots leur histoire (« *on a une histoire familiale un peu compliquée* », P8), le vécu de leur problématique de sommeil (« *une corvée de dormir* », P7), le parcours de leur prise en charge antérieure (« *on se débrouille un peu par nous-mêmes* », P9). Ils ont verbalisé ce que la session ETP leur a apporté (« *c'est réconfortant* », P3), ce qui les a déçus (« *on était un peu trop nombreux* », P2)

Dans la limite de la bibliographie réalisée, notons que peu d'études qualitatives par entretiens ont concerné des patients insomniaques jusqu'à présent. Cela a été le cas pour une thèse (31) portant sur des expériences de consommations d'hypnotiques ou anxiolytiques chez des patients retraités insomniaques (des entretiens enregistrés ont ensuite été analysés selon une méthodologie qualitative). Cela ne portait cependant pas sur une action de prise en charge.

D'autres travaux avec entretiens individuels portant sur des séances d'ETP de thématique différente - maladies cardio-vasculaires (32), diabète (33) – rapportent des propos similaires à notre étude. Ceux-ci démontrent le bénéfice sur le ressenti des patients : « je relativise », « je dédramatise », ou encore la notion de « richesse du partage d'expériences ». Mais il n'y a pas, encore une fois dans la limite de la bibliographie réalisée, d'études similaires rapportant des propos de patients ayant participé à des sessions d'ETP ou de TCC sur l'insomnie un an après.

Le fait de les revoir à **un an de distance** a mis en exergue le fait que les causes de leur insomnie étaient anciennes et multiples, que plusieurs avaient d'autres pathologies en cours ayant un lien avec le sommeil, et qu'ils avaient déjà expérimenté de nombreux outils pour améliorer leurs troubles du sommeil sans franc succès. D'autre part, ils ont pu revenir avec du recul sur l'impact des séances collectives sur leur sommeil, sur leur quotidien, leur ressenti, sur ce qu'ils gardent en tête un an après, sur ce qu'ils ont eu le temps de mettre en place depuis la fin de la session, ainsi que sur ce qu'ils ont apprécié ou auraient voulu voir développer. Les « déclics » et le fait de « poser des actes » pour certains patients n'ont pas été que passagers, mais se sont prolongés (activité Pilates, arrêt des écrans le soir, diminution du café). A l'inverse, d'autres patients, qui ont eu le temps d'expérimenter de nouvelles règles d'hygiène de vie, se sont rendus compte qu'il n'y avait pas de changement sur leurs nuits ou leurs journées.

En effet, la durée du suivi dans la plupart des études à petite échelle se fait à court terme. Dans d'autres thèses portant sur des prises en charge collectives de patients insomniaques –

TCC (20), conférences-ETP (34), séances psycho-éducatives (35) – les patients ont été suivis jusqu'à 3 mois maximum.

Cependant, pour des études de plus grande ampleur, un suivi a également été réalisé jusqu'à 1 an (36), (37) notamment pour les ateliers du réseau Morphée en région parisienne (38), jusqu'à 3 ans (39) et même 4 à 10 ans pour la plus longue (40).

Bien que les questionnaires initiaux et finaux soient étoffés, on peut regretter l'**absence de certains paramètres** comme une échelle d'anxiété ou encore le calcul de l'Index d'Efficacité du Sommeil avant/après, calculé sur la base de l'agenda du sommeil. De plus, le questionnaire QD2A de la dépression de Pichot présent dans le questionnaire initial n'a pas été inséré dans le questionnaire final par oubli, et a été réinséré dans l'évaluation à 1 an, sans qu'il y ait de différence significative. Enfin, le questionnaire SF-36 sur la qualité de vie n'ayant pas montré de différence significative en fin d'ETP, n'a pas été réinséré dans le questionnaire à 1 an, également pour favoriser le renvoi des questionnaires par courrier dans la crainte que les patients ne le trouvent trop long. Cependant, comme cela a déjà été mentionné, ce n'est pas dans l'analyse quantitative que l'étude et la session ETP trouvent leur intérêt mais bien dans l'analyse qualitative des données et du ressenti des patients. On peut à ce propos ajouter que **la méthodologie garantissant la reproductibilité de l'analyse aurait pu être optimisée** : le double codage réalisé par une co-doctorante et ayant ramené une grille de thèmes et sous-thèmes quasi-reproductible, n'a pas été réalisé physiquement en binôme ; il n'y a pas eu de comparaison en commun des codages effectués sur chaque partie de verbatim dans tel ou tel thème ou sous-thème.

B - Intérêts et limites de la session ETP insomnie

Les **objectifs de cette session étaient multiples** : développer les connaissances des patients sur le sommeil (différences de typologie, de structure du sommeil en fonction de l'âge), le fait qu'un bon sommeil se prépare dans la journée précédente, l'importance de l'activité physique et d'une certaine hygiène de vie ; travailler via l'agenda sur leur propre sommeil ; pointer du doigt les fausses-croyances des patients sur le sommeil, le fait que le stress et un moral altéré jouent sur leur sommeil ; travailler ces données avec des professionnelles et avec des « pairs » qui comprennent leur vécu et leur ressenti face à cette problématique de sommeil ; expérimenter des situations de relaxation et de pleine conscience, donnant lieu à une ouverture sur d'autres champs thérapeutiques tels que la sophrologie ou le yoga ; acquérir des informations sur divers outils dans lesquels ils peuvent « piocher » selon leur situation pour que cela les aide au mieux par la suite. Le but était d'accéder à un certain lâcher-prise, modifier et poursuivre des changements de comportement, améliorer la relation avec le sommeil, et non pas obligatoirement retrouver un sommeil normal. Ces objectifs ont globalement été **atteints** d'après les propos des patients.

Cette session a également permis à tous les patients concernés de **diminuer ou d'arrêter leur consommation d'hypnotiques ou anxiolytiques**. Les 2 patientes sur les 12 qui consommaient occasionnellement ont arrêté. Les 3 patients sur les 12 qui consommaient quotidiennement ont tous diminué, et ce d'environ 30%, ce qui est équivalent à ce que l'on retrouve dans une autre étude (37). C'est même davantage qu'au cours d'une étude portant sur les ateliers du Réseau Morphée (41) : 30% des patients qui prenaient un hypnotique initialement avaient arrêté à la 3^e séance, et 60% ont diminué leur posologie au cours du programme.

Les **résultats en fin de session sont positifs** : les patients sont globalement satisfaits d'avoir participé aux séances, plus de 80% des patients estiment que l'ETP les a aidés ; la moitié des patients dort mieux ; l'Index de Sévérité de l'Insomnie a baissé de 4 points sur 28 ce qui est statistiquement significatif et comparable à une étude du réseau Morphée (38) ; l'amélioration du score de somnolence sur l'échelle d'Epworth est également significative ; certaines habitudes du quotidien ont été modifiées par plusieurs patients, presque tous les patients qui ne pratiquaient pas de relaxation avant la session en ont fait entre la 3^e et la 5^e séance ; ils s'expriment dans les questions ouvertes des questionnaires sur l'impact de la session : « prise de conscience », « meilleure compréhension », « plus de recul », « aide au ressenti du sommeil » ; ils ont pour projets de « garde[r leurs] nouveaux réflexes » et pour un quart des patients , envisagent d'intégrer une activité de type psychocorporelle dans les suites.

À un an, ce qui persiste pour tous, c'est l'amélioration du ressenti de leur problématique, le fait de dédramatiser, la modification du regard porté sur la chose. Pour beaucoup, c'est grâce au caractère collectif des séances : ils ont été marqués par les histoires de vie touchantes de patients, ils s'en souviennent un an après, cela les aide toujours à relativiser ; ils ont été marqués par certaines expériences qu'ils ont partagées avec d'autres patients, parfois davantage que ce que peuvent dire les animatrices (les conséquences de l'alcool le soir sur la nuit). Prendre du recul, et aussi accepter, c'étaient également les objectifs de l'abord cognitif au cours de la session.

Cependant, on remarque que les scores quantitatifs d'ISI et de somnolence, même si en moyenne les chiffres sont meilleurs qu'initialement, **ne sont plus statistiquement significatifs au seuil 0.05 au bout d'un an**. Or, au cours d'autres études (36) (37), l'amélioration sur les paramètres du sommeil se maintient à 1 an, voire même le temps de sommeil estimé continue de s'améliorer (39). Et les études à encore plus long terme, en l'occurrence 4 à 10 ans après une TCC sur l'insomnie (40), montrent que l'amélioration sur l'ISI et les données de l'agenda du sommeil se maintient, et notamment que les patients qui n'utilisent que les méthodes de TCC lors des rechutes et non pas les médicaments, ont de meilleurs résultats sur l'ISI à 10 ans.

Pour notre étude, 5/9 personnes vues en entretiens ont l'impression que leur sommeil n'a « *pas beaucoup changé* » (P2). La modification des habitudes du quotidien, même si elle n'est pas chiffrée, semble s'être atténuée. Concernant les techniques psychocorporelles, seuls deux patients ont intégré des activités (Taï-Chi, Pilates), les autres sont restés sur le fait qu'il n'y avait pas assez de relaxation/sophrologie lors de la session, ou évoquent les limites d'accès à ces pratiques, ou envisagent encore de s'y mettre un an après.

Même si comme on l'a vu, l'impact sur le ressenti est resté (« *j'y attache moins d'importance* » (P5), avec le fait de « *dédramatiser* » (P6, P8) cette problématique de sommeil, on peut s'interroger sur cette moindre amélioration de certains paramètres au bout d'un an, notamment en évoquant l'hypothèse du profil atypique des patients inclus dans notre étude. On relève en effet dans la littérature, que 20 à 30% des patients insomniaques sont non répondeurs à une TCC (48).

Rappelons que les patients ont participé à l'ETP en étant adressés par des professionnels de santé, sans critères d'inclusion ou de non-inclusion, en dehors du fait de souffrir d'insomnie (et un critère d'exclusion pour un individu <18 ans que j'ai rajouté). En effet, l'objectif secondaire de cette étude était de se placer dans une optique d'analyser le déroulé de la session et ce qui était apprécié/moins apprécié pour se projeter dans la réalisation d'ateliers similaires en pôle de santé de médecine générale, où la population ne sera pas comparable. Mais l'objectif

principal était bien, avant tout, d'analyser cette session ETP en particulier avec son impact, et donc la population – avec ses caractéristiques – qui lui est propre.

On l'a vu, les patients de notre étude ont **déjà un long parcours derrière eux** : les $\frac{3}{4}$ ont déjà fait de la sophrologie ou de l'hypnose. Dans la thèse mettant en place des TCC de groupe en libéral (20), pour laquelle la doctorante a eu le mérite de monter ses propres ateliers, on remarque que parmi les patients ayant refusé la TCC à l'issue de la séance de présentation, la moitié avaient déjà usé d'autres moyens thérapeutiques type acupuncture sophrologie homéopathie phytothérapie, et seulement $\frac{1}{4}$ du groupe ayant suivi la TCC. Les résultats de cette étude étaient alors spectaculaires concernant l'aspect quantitatif : l'ISI diminuait de 17 à 1, l'Epworth de 11 à 3 ; pour le côté qualitatif, les résultats étaient cependant les mêmes que notre étude : apport de connaissances sur le sommeil, dédramatisation du problème d'insomnie, intérêt du groupe et de son rôle d'échange. Comme mentionné dans une étude (41), « l'objectif est qualitatif, il ne s'agit pas de dormir plus mais de dormir mieux ».

D'autre part, une méta-analyse (42) étudiant les TCC sur l'insomnie, montre que presque tous les paramètres étudiés sont améliorés. Seul le nombre d'heures de sommeil n'est jamais statistiquement amélioré, ce qui n'est pas l'objectif d'une session ETP insomnie comme on vient de le voir. On remarque que plus de la moitié des études de ladite méta-analyse (46/87 soit 53%) avaient exclu les patients ayant des **comorbidités**. Or pour rappel, parmi les patients de notre session ETP insomnie, 2 patients sur 12 ont une fibromyalgie, seulement 5 patients sur 12 n'ont pas d'apnées du sommeil, et la moitié des patients ont un score >7 sur l'échelle de dépression de Pichot.

Pourtant, une étude récente (43) a cherché à déterminer si la TCC pour l'insomnie pouvait également traiter efficacement l'insomnie chez des patients ayant pour comorbidité un **syndrome d'apnées du sommeil**. Les résultats en post-traitement et à 3 mois de suivi étaient encourageants : les patients souffrant d'insomnie et d'apnées bénéficiaient d'améliorations significatives pour leur insomnie, et on ne montrait pas de différence significative d'amélioration entre les patients insomniaques avec ou sans apnées ; dans la conclusion de cette étude, les auteurs suggéraient que les patients souffrant d'insomnie et de SAHOS soient traités en premier par TCC pour l'insomnie, avant le traitement du SAHOS. A noter que dans cette étude, seulement 9.2% des patients apnéiques avaient un SAHOS sévère, et 17.7% un SAHOS modéré. De plus, il n'y avait pas d'évaluation à plus long terme.

A l'inverse, dans un article (44) concernant les SAHOS sévères (avec index d'apnées hypopnées >30), un arbre décisionnel recommande de traiter en premier lieu par PPC tout en évaluant l'ISI, et de n'envisager de traiter l'insomnie par TCC ou médicaments que 3 mois après, en fonction de l'évolution de l'ISI.

Concernant les patients ayant une **fibromyalgie**, une étude (45) rapportait des résultats prometteurs concernant des critères subjectifs d'amélioration du sommeil, mais également des critères objectifs en termes de diminution de temps d'éveil nocturne.

L'association d'une **dépression** à l'insomnie qu'elle soit considérée comme cause ou conséquence de l'insomnie, semble rendre plus difficile des résultats efficaces d'une thérapie de type ETP ou TCC. C'est ce que fait remonter cette étude déjà citée (37) : des scores de dépression plus élevés au départ ont été associés à de moins bons résultats du traitement. En revanche, un travail étudiant en particulier la TCC chez des patients insomniaques avec dépression comorbide (46), retrouve une bonne amélioration de l'ISI (7 points contre 4 points

pour notre étude) et avec une persistance des améliorations à 1 an, mais sans comparaison à un groupe témoin de patients insomniaques sans dépression ayant bénéficié d'une TCC similaire (6 séances sur 6 semaines en groupe de 6 à 10 patients).

Pour finir sur cette réflexion de l'effet du profil atypique de nos patients, regardons une autre étude récente qui a analysé l'efficacité de l'accès direct à un groupe de TCC dans l'insomnie chronique (47), c'est-à-dire sans passer par un médecin coordonnateur (en l'occurrence du réseau Morphée) qui oriente différemment les patients apnéiques et les patients insomniaques. Il en résulte une amélioration similaire à la nôtre : amélioration de 3,5 points sur l'ISI en fin de programme (3 séances en groupe avec une psychologue sur un mois) et 4 points à 3 mois, ainsi qu'une amélioration des scores d'anxiété et de dépression, là encore sans analyse à un an.

Il semble donc délicat de trouver les facteurs ayant limité l'impact de la session ETP, notamment à long terme. Quoiqu'il en soit, il y a eu des bénéfices certains pour les patients.

Pour aller plus loin, on note que 7 des 9 patients vus en entretiens sont **favorables à une suite** à donner aux entretiens que ce soit en individuel ou en groupe. Il y a peut-être là une piste à explorer : les effets bénéfiques à court terme se seraient-ils estompés au fil du temps parce que les patients se sont peu à peu de nouveau sentis « livrés à eux-mêmes » ? Même s'ils avaient gardé le « bagage » de la session, il était nécessaire qu'ils poursuivent leur « *cheminement personnel* », comme l'avancait une patiente (P5). On peut citer les exercices réguliers par soi-même de relaxation ou méditation, ou à nouveau le fait d'intégrer un groupe d'activité psychocorporelle. Mais une réflexion doit demeurer sur des notions essentielles : garder à l'esprit qu'un bon sommeil se prépare dans la journée précédente, que le stress au quotidien retentit sur leurs nuits, qu'il faut s'efforcer de garder un optimisme et même un positivisme sur leur sommeil, et lâcher-prise... Est-ce que les revoir au bout d'un certain temps, maximum 1 an, ne permettrait pas de faire une « piqûre de rappel » sur ces notions, et prolonger voire majorer les effets de la session ETP pour les patients ?

C – Améliorations suggérées par les patients

L'objectif secondaire de ce travail est d'envisager la réalisation de ce type d'atelier, entre ETP et TCC, dans un contexte de médecine générale libérale. Le recueil des propos des participants, les raisons de leur satisfaction ou insatisfaction et leurs suggestions d'amélioration permet de définir leurs besoins et leurs attentes afin d'optimiser ces séances.

Limiter le nombre de participants

L'un des principaux regrets des participants à l'ETP, était le nombre trop important de patients lors des séances. Ce nombre, initialement de 21 lors de la séance de présentation n'était pas voulu par les animatrices et s'explique par une longue file active. Un courrier invitant à la séance de présentation avait été envoyé à une trentaine de patients, considérant qu'en moyenne moins de 30% répondent favorablement. Les animatrices ont été surprises de ce nombre, animant habituellement des groupes d'ETP de 10 à 15 personnes maximum. Pour les 3^e et 4^e séances, le groupe initial a donc été divisé en deux sous-groupes.

Il est donc intéressant de se renseigner sur le nombre de patients conseillé dans les recommandations ou choisi en pratique dans ce type d'ateliers. Dans son manuel sur la réalisation pratique d'ETP (49), la HAS prône un maximum de 8 à 10 personnes par séance.

Les ateliers du Réseau Morphée (41) comprennent « 5 à 10 personnes maximum », avec un résultat de satisfaction important (50% des patients sont très satisfaits, 46% satisfaits, 4% peu satisfaits) ; notons que seulement 30% des patients ayant suivi un atelier du Réseau Morphée se sentent à la fin capables de gérer seuls leur sommeil ; les autres continuent leur prise en charge avec de la relaxation, ou une autre TCC, ou avec leur médecin traitant ou un spécialiste du sommeil. C'est également sur la structure de ces ateliers du Réseau Morphée que se basent d'autres études (48) pour l'espacement et la configuration des séances de TCC. Le traitement cognitivo-comportemental prôné par Charles Morin, spécialiste de l'insomnie au Canada que l'on a déjà évoqué, regroupe 4 à 6 personnes sur une durée de 6 à 10 semaines (50).

Optimiser la gestion du temps

La HAS, dans ce même manuel de mise en pratique de l'ETP (49) recommande des durées maximales de 3h « selon un programme préétabli ». Les patients de la session ETP (11/12) ont trouvé la durée des séances (de 2h30) satisfaisante. Ce n'est donc pas la durée des séances, qui était donc plutôt adaptée, qui offre matière à discussion, mais leur contenu.

On peut pour cela comparer la structure et le contenu d'ateliers similaires. Par exemple dans la thèse sur la mise en place de TCC en libéral (20), il s'agissait d'un schéma de 3 séances de seulement 1h30 sur un mois avec :

- une séance de présentation de 30min avec remise d'une plaquette d'information sur les règles d'hygiène du sommeil et un agenda du sommeil avec explication pour le remplir ;
- une 1^{ère} séance orientée sur la technique de restriction du sommeil ;
- une 2^e séance orientée sur le contrôle du stimulus ;
- une 3^e séance dédiée à la gestion des pensées anxieuses.

Deux ateliers collectifs facultatifs ont été proposés à l'issue des 3 séances : « stress et anxiété » et/ou « relaxation », sur 1h30, ainsi que des séances optionnelles de suivi individuelles ou en groupe. Nous avons déjà rapporté les très bons résultats de ces TCC de groupe (p.44).

La base de l'atelier (ETP ou TCC) peut donc être réalisée avec une heure de moins par séance et avec moins de séances. Mais ce temps supplémentaire qui convenait à nos patients peut être employé soit à d'autres activités comme on va le voir juste après, soit à stimuler des discussions productives entre patients en termes de modifications des comportements et des cognitions, mais également en termes de responsabilisation et d'autonomie pour la suite...

Majorer l'initiation à la relaxation/méditation/autres (ex : hypnose, yoga)

Ce que les patients ont le plus apprécié a été la séance d'initiation à la relaxation type sophrologie et à la méditation pleine conscience. L'ajout de ce type d'activité tend effectivement à se répandre dans les séances de type TCC. La relaxation était déjà évoquée dans les recommandations de la HAS de 2006 (19), relaxation musculaire progressive ou biofeedback. Il était déjà prouvé qu'elle pouvait « faciliter l'endormissement et le maintien du sommeil, notamment dans les cas d'insomnie à composante anxieuse ». Dans une étude portant sur des patients présentant des symptômes anxieux et dépressifs associés à leur insomnie (51), les résultats ont révélé qu'une intervention psychothérapeutique impliquant des techniques de relaxation (contrôle de la respiration) mais également d'hypnose clinique (visualisation de lieux trouvés agréables et paisibles) conduit à des résultats positifs : les scores d'anxiété et dépression se sont significativement améliorés, et l'ISI a fortement baissé. Cette autre étude (52), ne portant pas sur une action collective, rapporte un bénéfice de la relaxation dans la diminution des médicaments pour le sommeil.

Concernant la méditation pleine conscience, une publication (53) se basant sur une dizaine d'études analysant cette pratique chez les insomniaques, rapporte des résultats très positifs en termes d'amélioration de la qualité du sommeil et/ou du fonctionnement diurne, encore une fois à 6 mois de suivi maximum.

Il existe cependant une limite à l'initiation à la méditation pleine conscience : le manque de mise en pratique. Comme l'expose également l'auteur de cet état des connaissances sur la méditation et l'insomnie (53), les études qui explorent le niveau de pratique des patients, montrent que ceux qui ont une pratique méditative régulière ont eu un sommeil plus réparateur, et qu'il existe une corrélation positive entre le temps de sommeil total et la fréquence de la pratique de la méditation.

La possibilité pour les patients qui sont en demande de davantage de pratique est de proposer des ateliers optionnels ; c'est ce qui a été pratiqué concernant la thèse avec mise en place de TCC de groupe en libéral (20), comme on l'a vu. Il pourrait également s'agir de méditation contemplative en extérieur comme l'a suggéré l'un des patients de la session ETP.

Distribuer un support écrit

Le livret « Bien dormir, Mieux vivre » de l'INPES a été remis aux patients, mais l'une des patientes regrettait de ne pas avoir reçu de support papier du contenu de l'ETP, et deux autres patientes ont fait référence aux notes qu'elles ont prises durant la session et auxquelles elle se sont référées par la suite.

Cela peut effectivement être une amélioration à retenir, de remettre au patient en fin de session un dossier avec les conseils d'hygiène du sommeil, l'abord comportemental et cognitif, les outils de médiation corporelle, etc.

En effet, la bibliothérapie est de plus en plus utilisée en médecine dans différents domaines (54) ; plus spécifiquement pour le sommeil, une étude (55) montre que la lecture de livrets portant sur le traitement comportemental de l'insomnie a permis d'améliorer les habitudes de sommeil de patients insomniaques.

Envisager un suivi

On a constaté dans les résultats de ce travail qu'il y a un bénéfice important à court terme, en fin de session, que l'on retrouve moins à 1 an (différences statistiquement non significatives).

Il peut donc être bénéfique d'organiser un suivi : par exemple recontacter les patients et faire le point avec eux sur leur évolution (contact téléphonique et/ou papier). Lors de mes entretiens à un an, les propos des patients allaient à plusieurs reprises au-delà de mes questions portant sur leur parcours, sur l'apport de l'ETP et sur leurs suggestions. Cela leur permettait une sorte de consultation individuelle pour faire le point pour eux-mêmes, voire tendait à la thérapie avec une réflexion profonde de leur part, ce qui peut expliquer la durée moyenne assez longue des entretiens. Quelques-uns auraient été partants pour donner une suite à ces séances.

Pour certains patients, qui l'ont d'ailleurs évoqué, on pourrait réaliser une séance en petit groupe (minimum 4 personnes) au bout d'un an, voire seulement quelques mois pour faire perdurer les effets de la thérapie et réfléchir ensemble pour poser d'autres actes, peut-être en conseillant la réalisation d'un agenda du sommeil. Pour d'autres, une consultation individuelle semblera plus opportune.

D – Projection dans la réalisation de sessions ETP insomnie en tant que médecin généraliste

Déroulement

On peut choisir de garder le même schéma que la session ETP étudiée à Nantes (et ainsi s'aider de l'Annexe 4) : organiser 5 séances avec des objectifs similaires pour chacune (voir Illustration 2) réparties sur plusieurs semaines, avec cependant un groupe plus restreint de 8 à 12 patients.

La 1^{ère} séance semble ne pas poser de problèmes : faire réfléchir les patients sur des questions courtes en sous-groupe, organiser la mise en commun et faire émerger par le groupe leurs besoins en matière de sommeil et de qualité de vie est la base de l'ETP, pour laquelle il existe une formation pour tout type de professionnel de santé dans nombre de grandes villes françaises. Un exemple de diaporama à projeter est disponible en annexe.

La 2^{ème} séance, avec l'analyse des agendas du sommeil semble plus compliquée : parvenir à une solution individualisée pour chaque personne au vu de l'analyse de son agenda du sommeil demande de l'expérience dans la prise en charge des troubles du sommeil. Il existe plusieurs façons d'y remédier :

- passer le Diplôme Universitaire (DU) de Médecine du Sommeil, majoritairement suivi par les spécialistes (pneumologues, neurologues, psychiatres), même s'il est accessible aux généralistes ;
- se former auprès d'un médecin du sommeil s'il l'accepte (en consultation, ou en faisant une première session en supervision) ;
- étudier des exemples d'agendas du sommeil dans des ouvrages consacrés, comme dans le livre « Prise en charge du sommeil » sorti en septembre 2017, rédigé par Sylvie Royant-Parola, Agnès Brion et Isabelle Poirot.

La 3^{ème} séance nécessite l'aide d'un sophrologue ou un professionnel de santé (médecin ou autre) formé aux techniques de médiation corporelle telles que l'hypnose ou la méditation pleine conscience : le discours du balayage corporel ou de la dégustation du morceau de chocolat ne s'improvise pas, et une certaine expérience est nécessaire dans ce domaine.

La 4^{ème} séance qui aborde l'aspect cognitif à partir d'un cas clinique semble simple, mais exige une bonne gestion du groupe (prises de paroles, reformulations, synthèse) et nécessite également une formation à l'ETP.

La 5^{ème} séance, de bilan des évolutions et de consolidation, doit faire verbaliser par chaque participant, en groupe, leurs objectifs, leur changement de comportement et comment faire appel au réseau de soins (voir Illustration 2). Et c'est là qu'il faut peut-être insister sur le fait qu'il est nécessaire que le patient poursuive lui-même ses démarches en vue de continuer à améliorer sa problématique de sommeil.

Une séance à distance peut alors se discuter, justifiée par l'amointrissement des bénéfices à 1 an lors de cette session ETP. Il semble nécessaire d'effectuer un accompagnement plus long. Cette séance de rappel pourrait permettre d'insister sur le fait que les patients ont une responsabilité dans le fait d'aller mieux, dans leurs changements de comportements ; il faut leur faire comprendre qu'ils doivent être davantage autonomes dans la poursuite de leur prise en charge si besoin est.

Une évaluation devra également être réalisée au minimum en fin de session voire à la fin de chaque séance. Celle réalisée pour cette session ETP insomnie rentre dans le cadre de cette thèse. Cela fait partie des 4 étapes de la démarche d'ETP selon la HAS (49). L'objectif est de mettre en évidence les modifications des symptômes et du vécu de l'insomnie et adapter le déroulement des ateliers si besoin est.

En conclusion, pour mener des ateliers du sommeil similaires à cette session ETP, il semble nécessaire d'être formé davantage que le cursus universitaire de base sur le sommeil, préférable d'avoir suivi une formation d'ETP et recommandé de s'entourer d'un professionnel en médiation corporelle. Une bonne organisation, avec le concours de secrétaires médicales, garantira la présence des patients à chaque séance, et à cet éventuel suivi à distance.

Aspect financier

Ces sessions d'ETP insomnie ont pu avoir lieu grâce à un forfait budgétaire alloué par un organisme régional aux animatrices, permettant la gratuité pour les patients. La question du financement se pose forcément lorsque l'on envisage la réalisation de séances d'éducation ou de thérapies collectives, notamment en médecine générale libérale.

Depuis 2010, existent de façon provisoire les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) via l'ARS qui permettent l'attribution d'une enveloppe budgétaire sous conditions (56) à des professionnels de santé d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle regroupés en SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires).

Depuis 2015, un Fonds d'Intervention Régional (FIR) a été créé pour financer des actions notamment de promotion de la santé et de prévention des maladies (57), attribué par les ARS, et financé par l'assurance maladie, l'Etat et la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

Enfin, depuis le 20 avril 2017, un autre mode de rémunération est testé dans les structures de santé pluriprofessionnelles sous réserve de remplir des prérequis (amplitudes horaires de la structure, coordination de soins et système d'information labellisé niveau « standard ») dans le cadre d'un ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) via la CPAM (58), mais on note que concernant l'éducation thérapeutique cet accord stipule que l'Assurance maladie participera prioritairement aux programmes concernant le diabète, l'asthme et BPCO, l'insuffisance cardiaque et HTA ; il serait intéressant de savoir si, en ciblant l'âge des participants, des ateliers sommeil pourraient rentrer dans le cadre de la « Prévention spécifique envers les personnes âgées ». On ressent une certaine limite à ce niveau pour cette pathologie qu'est l'insomnie, qui n'est pas une « maladie organique » stricto sensu, mais qui a des répercussions organiques comme on a pu le démontrer dans l'introduction.

Parmi les études déjà citées, l'une d'entre elles (37), britannique, a analysé l'impact à la fois clinique et financier d'un ensemble de TCC chez les utilisateurs chroniques d'hypnotiques et il en résultait une économie très importante à long terme : le coût d'une session était de £154.4 (livres sterling) par patient, alors que le coût de l'insomnie d'un patient pour le système de santé britannique a été estimé à £3418 pour 6 mois.

Conclusion

La prise en charge des 15 à 20 % de patients souffrant d'insomnie chronique dans la population générale, repose sur une approche éducationnelle et cognitivo-comportementale en première intention selon les recommandations, et ce, avant d'envisager un traitement par hypnotiques ou benzodiazépines, ces derniers ayant des effets indésirables majeurs.

Cette étude a analysé une session ETP insomnie à Nantes, entre janvier et juin 2017. Cela a permis d'étudier son déroulement dans un premier temps, puis son impact sur les patients y ayant participé dans un second temps : en fin de session, plus de 80% des patients estiment que l'ETP les a aidés ; la moitié des patients dort mieux ; tous les patients prenant des médicaments (5/12) ont arrêté ou diminué de 30% leurs molécules à visée hypnotique et/ou anxiolytique ; l'Index de Sévérité de l'Insomnie a baissé de 4 points sur 28 ; leur somnolence en journée a également baissé de façon statistiquement significative. Ils ont été globalement satisfaits de leur participation à l'ETP, du fait du caractère collectif, du professionnalisme des animatrices et de l'initiation à la relaxation. Ils regrettent le nombre trop important de patients et l'insuffisance d'exercices pratiques et d'activités psychocorporelle. Tous ont modifié leur perception du sommeil et de son retentissement au quotidien ; ils ont dédramatisé et pris du recul sur leur problématique.

L'originalité de cette thèse porte notamment sur le suivi à long terme des patients, ce qui est rarement réalisé dans le cadre d'une étude de faible ampleur. Les revoir a permis d'accentuer certaines notions déjà présentes au cours de cette session concernant les patients (pathologies comorbides, long cheminement sur le sommeil, les causes initiales de leur insomnie) et en fin d'ETP (fort impact positif sur leur ressenti de l'insomnie, bénéfiques de l'effet de groupe). Depuis, ils gardent en mémoire les parcours de vie d'autres patients ce qui les aide toujours à relativiser, le partage d'expériences, mais également les conclusions de leur agenda du sommeil, ou encore le fameux cercle vicieux de l'insomnie de Charles Morin. Cependant, l'Index de Sévérité de l'Insomnie et la somnolence en journée, ne sont plus diminués de façon statistiquement significative par rapport au début de la session.

En les revoyant un après, on a pu faire le point sur leurs objectifs initiaux : ce qu'ils ont mis en place de façon permanente si cela était bénéfique, ou de façon temporaire dans le cas contraire. Cela leur a permis d'exprimer des suggestions d'améliorations avec du recul, ce qui donne des pistes pour organiser par la suite des ateliers de ce type : organiser des groupes de plus petite taille, idéalement 6 à 8 personnes ; synthétiser les généralités et l'analyse de l'agenda du sommeil ; introduire davantage de pratique de type relaxation, biofeedback, méditation pleine conscience, hypnose ; remettre aux patients un support sur ce qui a été abordé ; envisager un bilan à un an et évaluer la démarche. On peut également conclure qu'il faut veiller à proposer un parcours de soins adapté aux besoins spécifiques de chaque patient. L'objectif n'est pas obligatoirement d'avoir un sommeil normal, mais d'améliorer la relation avec le sommeil et poursuivre le changement de comportement avec l'aide de documents, par un suivi psychologique ou en prolongeant la pratique des techniques psychocorporelles.

Le manque de temps en consultation, l'insuffisance de formation des médecins généralistes sur le sommeil et les limites dans la rémunération d'actions collectives en libéral sont souvent avancés comme freins à une prise en charge adaptée des patients souffrant d'insomnie.

Nous avons vu que l'aspect financier semble se modifier, et comment amorcer un changement à ces freins (formation personnelle continue, DIU ETP et/ou sommeil, organisation d'ateliers en partenariat avec un(e) psychologue et/ou sophrologue). Malgré cela, il va falloir

du temps pour obtenir une prise en charge optimale des patients souffrant d'insomnie chronique en France, véritable problème de santé publique ; cela nécessite une meilleure sensibilisation des médecins et une mobilisation des pouvoirs publics.

En attendant, considérons d'autres perspectives d'approches : dans un champ virtuel, fleurissent de plus en plus d'applications connectées sur Smartphone ou sur site internet ; l'une d'elles, Therasomnia® une sorte de TCC online a été étudiée (59) et montre des résultats encourageants (ISI réduit de 16.5 à 12, efficacité du sommeil améliorée, et réduction ou arrêt des hypnotiques pour 11 patients sur 12).

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : DUFLOT Anne-Claire

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Prise en charge de l'insomnie chronique : analyse d'un atelier du sommeil à Nantes


Nantes, le

14 Août 2018


Le Directeur de thèse

Rennes, le

20 août 2018


Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

- 3 SEP. 2018

UNIVERSITÉ DE
RENNES 1



Le Président de l'Université
de Rennes1


D. ALIS

Bibliographie

- (1) Bélanger L, Morin CM. Insomnie chez l'adulte. In : Billiard M, DAUVILLIERS Y. Les troubles du sommeil. Paris : Elsevier-Masson, 2è ed., 2011, 155-175 (chapitre 13)
- (2) Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella JP, Léger D. Epidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique. 2011 ;59 :409-422
- (3) Benoit O, Goldenberg F. L'insomnie chronique. Paris : éditions Masson ; 2004
- (4) Daley M, Morin CM, Leblanc M, Grégoire JP, Savard J, Baillargeon L. Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. Sleep Medicine. 2009 ;10 :427-438
- (5) Passeport pour le sommeil – Institut du Sommeil et de la Vigilance, 2005, [En ligne] <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2012/06/Passeport-du-sommeil.pdf>. Consulté le 30 janvier 2018
- (6) Adrien J, Beck F, Vecchierini MF, Léger D. Médecine du sommeil. Editions Elsevier, volume 12, issue 1, janvier-mars 2015, page 51 : Sommeil et transport – Enquête Institut National du Sommeil et de la Vigilance/MGEN – Journée du Sommeil® ; 2014
- (7) Viot-Blanc V. Durée de sommeil et Métabolisme. Revue des Maladies Respiratoires. 2015 ; Volume32, Issue10 : 1047-1058
- (8) Royant-Parola S, Brion A, Poirot I. Prise en charge de l'insomnie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson Collection MediGuides ; 2017, 242p.
- (9) Gottlieb DJ, Redline S, Nieto FJ, Baldwin CM, Newman AB, Resnick HE, Punjabi NM. Association of usual sleep duration with hypertension : the Sleep Heart Health Study ; Sleep Août 2006, 29 (8) ; 1009-14
- (10) Cohen S, Doyle WJ, Alper CM, Janicki-Deverts D, Turner R. Sleep habits and susceptibility to the common cold ; Original investigation, Arch Intern Med. 2009, 169p. (p.62-67)
- (11) Petit H. Prise en charge des troubles du sommeil en médecine générale : à partir d'une enquête auprès de 185 médecins généralistes en Franche-Comté. Thèse de Doctorat en Médecine Générale. Université de Besançon ; 2009, 174p.
- (12) Duret F, Florio D. Attentes des patients sur la prise en charge de leur insomnie chronique au sein de l'arc alpin. Thèse de Doctorat de Médecine Générale. Université de Grenoble ; 2013, 238 pages (p.23)
- (13) Cote-Rey A, Roucou I. Prise en charge de l'insomnie chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin : exploration des difficultés ressenties. Thèse de Doctorat de Médecine Générale. Université de Grenoble ; 2013, 170p.
- (14) Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Rapport ANSM décembre 2013 [En ligne] <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>
- (15) Benoit O, Goldenberg F. L'insomnie chronique. Editions Elsevier Masson, Collection Abrégés ; 2004, 194p.
- (16) [En ligne] <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information>
- (17) Royant-Parola S, Adrien J, Gronfier C. Les mécanismes du sommeil. 2è éd. Paris : Co-édition Le Pommier/Cité des sciences et de l'industrie ; 2013, 177 p.

- (18) Pellegrino R, Kavakli IH, Goel N, Cardinale CJ, Dinges DF, Kuna ST. A novel BHLHE41 variant is associated with a short sleep and resistance to sleep deprivation in humans. *Sleep*. 2014 ; 37(8) : 1327-1336
- (19) Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Décembre 2006. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale
- (20) Puech C. Mise en place de thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans le traitement de l'insomnie chronique en cabinet libéral de ville : étude prospective. Thèse de médecine générale. Université de Toulouse III, 2013
- (21) Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry*. 1994 ;151(8) : 1172-80
- (22) Jacobs G, Edwards F. Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Insomnia. A randomized controlled trial comparison. *Arch Intern Med*. 2004 ; 164 : 1888-1896
- (23) Poirot I. Place des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge des insomnies. *Annales Médico-Psychologiques*. 2012 ; 170 : 202-207
- (24) Mauvais sommeil chez un adulte – L'essentiel sur les soins de premiers choix. *Revue Prescrire.org*, Actualisation décembre 2016 [En ligne]
- (25) HAS et INPES. Guide Méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007. p.33-34 [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
- (26) INPES. Bien dormir, mieux vivre ; le sommeil c'est la santé [En ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1215.pdf>
- (27) Morin CM. *Insomnia : Psychological assessment and management*. New York : Guilford Press, 1993
- (28) Gagnon C. Validation de l'index de sévérité de l'insomnie dans les cliniques de médecine générale ; Mémoire doctoral présenté à la Faculté des études supérieures et post-doctorales de l'Université de Laval au Québec ; 2012, 94p.
- (29) Leplège A, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger T. Le questionnaire MOS SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Editions Estem. 2001.
- (30) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Revue Exercer* 2008 ; volume 19 ; 84 : 142-5
- (31) Matte A. Expériences de consommation chronique d'anxiolytiques ou d'hypnotiques par des patients retraités insomniaques. Entretiens par récits de vie. Thèse de médecine générale. Université de Nantes. Juin 2016
- (32) Sandou M. L'éducation thérapeutique en cabinet de médecine générale ; Observation et impact d'une pratique d'Education Thérapeutique sur les patients et les soignants dans une maison médicale à Savenay. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Université de Nantes. Février 2013. p.91
- (33) Cohade H, Vanhove L. Ressenti des patients diabétiques type 2 ayant participé à un programme d'éducation thérapeutique au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle. Thèse présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine. Université de Grenoble. Mars 2017

- (34) Hullar J. Impact d'une démarche d'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 pour le doctorat de médecine générale. Université de Nancy I, 2009
- (35) Soilihi S. 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. Thèse pour le doctorat de médecine. Université de médecine de Rouen. Mars 2016
- (36) Espie C, Inglis S, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia : implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour Research and Therapy*. Janvier 2001, Volume 32, Issue 1, p.45-60
- (37) Morgan K, Dixon S, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in the regulation of long-term hypnotic drug use. *Health Technol Assess*. Février 2004 ; 8(8) : iii-iv, p.1-68.
- (38) Royant-Parola S, Hartley S, Colas des Francs C, Dagneaux S, Escourrou P. 277 managements of sleeping disorders : the Morphée network. *Quality & Safety in Health Care*. 2010 ; volume19 : A131-133
- (39) Backhaus J, Hojagen V, Voderholzer U, Rieman D. Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia. *European archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2001 ; 251 : p.35-41
- (40) Castronovo V, Galbiati A, Sforza M, Poletti M, Giarolli L, Kuo T et all. Long-term clinical effect of group cognitive behavioral therapy for insomnia : a case series study. *Sleep Medicine*. Avril 2018 ; 47 : 54-59.
- (41) Londe V. Royant-Parola S. Liane MT, Storch Y, Dagneaux S, Aussert F, Colas Des Francs C, Hartley S : Prise en charge de l'insomnie chronique : les ateliers insomnie du Réseau Morphée. *Médecine du sommeil*. 2011 ; 8 ; p.166-172
- (42) Van Straten A, Van der Zweerde T, Kleiboer A, Cuijpers P, Morin CM Lancee J. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia : A meta-analysis. *Sleep Medical Revue*. Avril 2018 ; 38 : 3-16
- (43) Sweetman A, Lack L, Lambert S, Gradisar M, Harris J. Does comorbid obstructive sleep apnea impair in the effectiveness of cognitive and behavioral therapy for insomnia ? *Sleep Medicine*. Septembre 2017 ; volume 39 : p.38-46
- (44) Mollo JL. Insomnie et syndrome d'apnée obstructive du sommeil : une liaison dangereuse. *Médecine du Sommeil*. 2014 ; volume 11 : p.197-205
- (45) Edinger JD, Wohlgenuth WK, Krystal AD, Rice JR. Behavioral insomnia therapy for fibromyalgia patients : a randomized clinical trial. *Arch Intern Med*. Novembre 2005 ; 165(21) : p.2527-35.
- (46) Meurice L. Junot C. Lefebvre G. Bayon V. Strauss M. Léger D. Adrien J. Efficacité de la TCC dans l'insomnie et dépression comorbide. *Médecine du Sommeil*. Mars 2017 ; Volume 14, Issue 1, p.16
- (47) Hartley S ; Dagneaux S. Londe V. Liane MT. Aussert F. Colas-des-Francs C. Martinot C. Royant-Parola S. L'accès direct à un groupe de thérapie cognitivo-comportemental est-il efficace dans l'insomnie chronique ? *Médecine du Sommeil Editions Elsevier*. Mars 2017 ; Volume 14, Issue 1, p.42
- (48) Vanhuffel H, Rey M, Da Fonseca D, Dat-Pitault F. Apport de la pleine conscience dans les thérapies cognitive et comportementale de l'insomnie. *L'Encéphale*. Avril 2018 ; Volume 44 (Issue 2) : p.134-140

- (49) Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser ? Juin 2007. [En ligne] [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp - comment la proposer et la realiser - recommandations juin 2007.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf)
- (50) Belleville G, Bélanger L, Morin CM, Le traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie et son utilisation lors de l'arrêt des hypnotiques. Santé mentale au Québec. 2003 ; volume 28, n°2 : p.87-101
- (51) Holdevici I. Relaxation and Hypnosis in Reducing Anxious-Depressive Symptoms and Insomnia among Adults. Procedia – Social and Behavioral Sciences. Avril 2014 ; volume 127 : pages 586-590
- (52) Lichstein K, Peterson B, Riedel B, Means M, Epperson M, Aguillard R : Relaxation to Assist Sleep Medication Withdrawal ; Behavior Modification. 1999 ; volume 23, 3 : p.379-402
- (53) Adam P. Pleine conscience et insomnie : état des connaissances. Médecine du Sommeil. 2016 ; volume 13 : p.56-64
- (54) Bonnet PA. La bibliothérapie en médecine générale. Thèse de médecine générale. Faculté de Médecine de Marseille. Octobre 2009
- (55) Mimeault V. Morin CM. Self-help treatment for insomnia : bibliotherapy with and without professional guidance. Journal Consult Clin Psychol. Août 1999 ; 67(4) : 511-9
- (56) [En ligne] Disponible sur le site de l'ARS Pays de la Loire : [http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F acteurs_sante/aides_financements/experimentations/Module2.pdf](http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_acteurs_sante/aides_financements/experimentations/Module2.pdf)
- (57) [En ligne] Disponible sur le site du gouvernement, section Ministère des Solidarités et de la Santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fond-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>
- (58) [En ligne] Disponible sur le site internet de la sécurité sociale : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf
- (59) Lopez R, Bosco A, Chenini S, Barateau L, Evangelista E, Beziat S et all. Evaluation de l'efficacité d'un programme français de thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie en ligne (Therasomnia®). Médecine du sommeil. Mars 2017 ; volume 14 : p.42

Annexe 1 : Tableau descriptif des patients de la session

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Moyenne
Âge	67	83	61	55	67	51	37	48	39	64	61	60	57.75
Sexe	F	F	F	F	F	M	M	M	F	F	F	F	9F/12
CSP :													
- Employé	X			X						X		X	4/12
- Prof. intermédiaire		X			X	X	X		X		X		6/12
- Cadre			X					X					2/12
Dont retraités	X	X	X		X					X	X		6/12
Comorbidités	SEP Apn nonApp	Dép ApnApp	Apnnon App	HTA	Non	Non	Apnnon App	Non	HTA FMG Apnnon App	HTA	FMG ApnApp	ApnApp	7/12 Apn 2/12 FMG
Consommation d'anxiolytiques ou hypnotiques (+/-AD)	non	oui 2 types (+AD)	oui parfois	non	non	non	oui	non	non (AD)	oui parfois	oui 2 types	non	3/12 au quotidien 2/12 parfois
Temps de sommeil (h)	6	N.É.	5,5	3,5	N.É.	6,75	3	5	8	3	3,75	3	4,75
Durée insomnie (ans)	28	12	30	15	3	15	5	8	9	15	48	40	19
Symptômes													
Diffic. Endormissement					X	X	X			X	X	X	6/12
Réveil nocturne	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12/12
Réveil précoce		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	10/12
Scores :													
- ISI (/28)	12	21	15	21	16,5	16,5	25	14	12	21	24	20	18.16
- Epworth (/24)	11	1	13	7	6	3	2	2	17	4	7	8	6.75
- QD2A Pichot (/13)	4	13	9	8	3	1	9	0	8	5	6	10	6.33
Entretien individuel (Oui/Non ; durée)	Oui 35min	Oui 39min	Oui 1h15	Oui 55min	Oui 1h20	Oui 29min	Oui 55min	Oui 40min	Oui 47min	Non	Non	Non	9/12 50min

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle ; SEP : Sclérose en Plaques ; Dép : Dépression déclarée ; ApnApp : Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil appareillé ; ApnnonApp : SAHOS sans indication d'appareillage ou non appareillé ; FMG : Fibromyalgie ; AD : antidépresseur ; N.É. : non évalué

Annexe 2 : Diaporama "type" de présentation des généralités sur l'insomnie (séance1)

(Inspiré de celui projeté lors de la session ETP par les animatrices, modifié, complété)

Qu'est-ce que le sommeil ?



Anne-Claire DUFLOT,
doctorante en médecine générale,
thèse sur la prise en charge de l'insomnie

1

A chacun son sommeil

- Différents types de dormeurs :
 - Du soir ou du matin
 - ✓ Couche-tard, adeptes de la grasse matinée
 - ✓ Couche-tôt, personnes matinales
 - Court dormeur ou long dormeur
 - ✓ Petit-dormeurs, n'ayant besoin que de 5-6 heures
 - ✓ Gros-dormeurs, ayant besoin de 9-10h
 - ✓ En moyenne, 7-8h de sommeil, de 18 à 65 ans...
- + Différent selon l'âge (nourrisson, personne âgée...)

5

Généralités sur le sommeil

- Nous passons 1/3 de notre vie à dormir
- C'est un besoin vital
- Fonctions
 - Restauratrices : système cardio-vasculaire, respiratoire
 - Physiologiques
 - Psychologiques

2

A chacun son sommeil

- Différent selon l'âge :
 - ✓ Nouveau-né : 14-17h/24
 - ✓ Nourrisson : 12-15h/24
 - ✓ Vers 4-5 ans : 11-12h/24
 - ✓ Entre 6 et 11 ans : 9-11h
 - ✓ Entre 11 et 18 ans : 8-10h
 - ✓ Entre 18 et 65 ans : 7-9h
 - ✓ A partir de 60-70 ans : 6-7h ... (1h de sieste l'après-midi ? => 5-6h de sommeil seulement la nuit...) : le temps de sommeil nocturne diminue, on se réveille plus tôt, le sommeil s'allège (diminution du sommeil profond)

6

Composition du sommeil



Le Train du sommeil : un wagon = un cycle = environ 90min
Entre chaque wagon : micro-éveil, normal, environ 2min
Chaque wagon n'est pas composé des mêmes proportions de types de sommeil au cours de la nuit
Une nuit comporte 4 à 6 cycles.

3

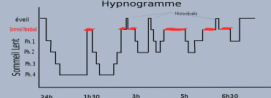
Mécanismes de l'endormissement



- L'horloge biologique est paramétrée par des synchroniseurs :
 - La **température corporelle** : élevée dans la journée, elle diminue progressivement à partir de 18-19h
 - ✓ plus la température est basse, plus on s'endort facilement
 - La **sécrétion de mélatonine** : très faible en journée, sécrétée en pleine nuit entre 22h et 4h du matin, sa sécrétion diminue pour atteindre son minimum en début de matinée
- Le rythme de 24h est conditionné par la vie sociale

7

Les types de sommeil



Noyau dur :
Minimum
3h-3h30
sur la nuit

- Un cycle est constitué de :
 - **Sommeil lent léger**, qui dure environ 20min
 - On peut encore entendre des bruits, de plus en plus vaguement
 - Temps plus ou moins long sur la nuit selon les personnes
 - **Sommeil lent profond** :
 - Relaxation musculaire et cérébrale complète
 - Période de récupération de la fatigue physique
 - on récupère de la journée d'avant
 - Compose en grande partie la première moitié de la nuit (les 3-4 premières heures)
 - **Sommeil paradoxal** :
 - Mouvements oculaires rapides
 - Période de récupération nerveuse, permettant la mémorisation
 - on prépare la journée d'après
 - Sa proportion augmente progressivement au cours de la nuit

4

Mécanismes de l'endormissement



- D'autres facteurs synchronisent l'horloge biologique
 - La **lumière** :
 - Si surexposition lumineuse le soir (notamment lumière bleue des écrans)
 - => retard à l'endormissement
 - Une bonne exposition à la lumière naturelle en journée favorise une bonne synchronisation de l'horloge biologique
 - La lumière, et notamment la lumière bleue des écrans, bloque la sécrétion de la mélatonine.
 - L'**activité physique**
 - L'**alimentation**

8

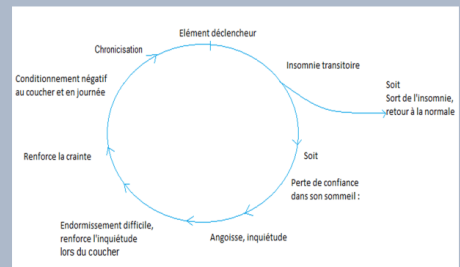
Mécanismes de l'endormissement



- D'autres facteurs synchronisent l'horloge biologique
 - La **lumière**
 - L'**activité physique** :
 - Réalisée 4 à 8h avant l'endormissement = l'après-midi : ^ sommeil profond
 - <4h avant le coucher (sport en soirée) : augmente la température corporelle...
 - Un exercice régulier pendant 12 mois : ^ sommeil profond, \ éveils et latence d'endormissement
 - + effet sur l'humeur et sur le bien-être
 - L'**alimentation**

9

L'insomnie : un cercle vicieux...



13

Mécanismes de l'endormissement



- D'autres facteurs synchronisent l'horloge biologique
 - La **lumière**
 - L'**activité physique**
 - L'**alimentation** :
 - Horaires des repas :
 - Eviter un dîner trop copieux le soir
 - Rôle de régulation sur le métabolisme énergétique (contrôle insuline, etc.)
 - Dîner riche en sucres lents : favorise l'endormissement
 - davantage 3-4h avant le coucher, que 1h seulement avant
 - Verre de lait chaud bu juste avant le coucher : diminue les mouvements de fin de nuit, diminue les réveils de fin de nuit et augmente la durée du sommeil
 - Tisanes : pas montré leur effet ; mais si rituel : favorable à l'endormissement
 - Petit nouveau : le jus de groseille : augmente la durée totale et l'efficacité du sommeil

10

Conséquences du manque de sommeil

- Perturbation des performances en journée
 - Troubles de la mémoire et des apprentissages, troubles de l'attention et de la vigilance, troubles de l'humeur et de la capacité à gérer le stress
 - ✓ Risque d'accident de voiture/de travail ou domestique par somnolence ou défaut de concentration
 - ✓ Risque d'irritabilité au travail ou en famille (dispute de couple ou avec les enfants)
- Perturbations métaboliques
 - Modification de la régulation du sucre dans le sang ; risque de développer un diabète à long terme, et favorise la prise de poids
- Perturbations immunitaires
 - Favorise le développement d'infections ; diminue l'efficacité des vaccins
- Perturbations cardio-vasculaires (hypertension,...)
- Et chez les enfants :
 - Diminution de la production d'hormone de croissance ; perturbations scolaires

14

Objectifs d'un bon sommeil :

- Être réparateur
- Permettant de se réveiller en forme
- Avoir le sentiment d'avoir bien dormi

11

Causes possibles de l'insomnie :

- Facteurs familiaux
 - Génétique
 - Education
- Facteurs environnementaux
 - Bruit, température, lumière, écrans
- Éléments de personnalité
 - Tendance à l'anxiété, à la dépression
- Médicaments et substances
 - Corticoïdes, hormones thyroïdiennes, hypnotiques au long cours
- Évènement de vie marquant
 - Positif : naissance d'un enfant
 - Négatif : maladie ou décès d'un proche, licenciement
- Pathologies ayant des répercussions sur le sommeil
 - Douleurs, troubles hormonaux, reflux, apnées+/- appareillées
- Autres...

15

L'insomnie

- Insomnie aiguë : occasionnelle, causée par un évènement physique ou psychique
 - Soit dure 1-2 jours et s'arrête
 - Soit perdure
- Insomnie de transition : maximum trois mois
- Insomnie chronique : au-delà de 3 mois

12

Les solutions

- Conseils d'hygiène de sommeil
- Aide aux changements de comportement (thérapie comportementale) avec la technique de contrôle du stimulus
- La restriction du temps passé au lit
- Aide aux changements de façons de penser (thérapie cognitive)
- Techniques de gestion du stress (méditation pleine-conscience, relaxation, sophrologie, hypnose, cohérence cardiaque)
- Médicaments et autres prises (homéopathie, phytothérapie)
- Autres : Yoga, Taï Chi / Qi Gong, Acupuncture, ...

16

Prendre des cachets....

- **Médicaments** : à discuter avec son médecin traitant
 - Somnifères : Benzodiazépines ou assimilés
 - A court terme : plutôt oui si nécessaire pour récupérer
 - A long terme : plutôt non (facile à dire... pas facile à faire...)
 - Antidépresseurs
 - Mélatonine
- **Autres**
 - Homéopathie
 - Phytothérapie (Euphytose®, Passiflore, Valériane)
 - Donormyl®

17

La technique de restriction du temps passé au lit

- Basé sur l'agenda du sommeil de préférence
- Définir un temps à passer au lit coïncidant avec le temps que l'on pense avoir dormi en moyenne chaque nuit (>5h), souvent 6h
- On retarde l'heure du coucher à 23h-minuit-1h du matin
- Avec un horaire de lever constant (5h, 6h, 7h)
- Technique difficile au début, car augmente la pression de sommeil
- Si amélioration au bout de 10 jours, on avance de 15min l'heure de coucher etc.
- Si pas d'amélioration au bout de 10 jours, on retarde de 15min l'heure de coucher
- Sieste interdite

21

Conseils d'hygiène du sommeil

- Sortir tous les jours, rechercher la lumière et le soleil, qui agissent comme un régulateur du sommeil
- Etre actif en journée : activité physique (avant 17h), mais aussi entretenir son intellect et ne pas négliger sa vie sociale
- Eviter les excitants après 17h (thé, café, cola, vitC, alcool, chocolat) ; préférer les tisanes
- Dîner léger (pas de plats de viande en sauce copieux)
- Bain ou douche : dépend des personnes (néfaste si trop chaud, bénéfique si relaxant)
- Favoriser une ambiance de détente en soirée : lecture musique promenade relaxation ; pas d'activité professionnelle, pas d'activité sur écran
- Réserver la chambre au sommeil (l'activité sexuelle étant la seule exception !) ; pas de télévision dans la chambre, pas non plus de tablette/ordi/smartphone
- Respecter une température dans la chambre de 18 à 20° (pièce aérée tous les jours)
- Vérifier que sa literie est de bonne qualité

18

Modifier ses croyances, ses pensées intrusives

- « De toutes façon, je vais mettre 2h à m'endormir »
 - Pensée négative, qui n'aide pas
- « Je ne vais pas réussir à tenir toute la journée demain si je ne m'endors pas » voire « mon chef va remarquer que je ne suis pas dans le coup et je finirai par me faire licencier »
 - Dramatisation de la situation ; activation émotionnelle avec angoisse et peur
- « Il me faut absolument mes 8h »
 - Fausse croyance le plus souvent (pour certaines personnes qui pensent cela, 6-7h sont suffisantes pour être en forme)

22

Changer ses comportements face aux troubles de sommeil

- La technique du contrôle du stimulus
 - Guetter les signes d'endormissement pour aller se coucher (bâillements, paupières lourdes, yeux qui piquent), ne pas aller au lit avant
 - Respecter un certain rituel avant d'aller se coucher (boire un verre de lait chaud, se laver les dents, se mettre en pyjama, aller aux toilettes, tirer les rideaux, etc.)
 - Se relever (après 20min environ) lorsqu'on ne s'est pas endormi, et faire de même en cas de réveil nocturne ; aller dans une autre pièce faire une activité au calme en lumière tamisée, et ne retourner se coucher que quand se présentent à nouveau les signes d'endormissement
 - Se lever le matin à un même horaire, quelle que soit la durée de sommeil
 - Eviter les siestes de plus de 20min

19

Conclusion :

- Objectifs à terme :
 - Connaître ses besoins de sommeil, son rythme
 - « A chacun son sommeil... »
 - Mettre en place des solutions qui seront bénéfiques
 - Et changer la perception que l'on a de son sommeil, prendre du recul, lâcher prise, ...

23

Changer ses comportements face aux troubles de sommeil

- Ne pas se coucher plus tôt pour « essayer de rattraper du sommeil »
- Ne pas faire du sport intensément très tard le soir pour se fatiguer
- Ne pas rester au lit la nuit, si on s'est réveillé, à se tourner et à se retourner, à regarder passer les minutes au réveil, à s'angoisser et à penser « il faut absolument que je dorme!!! »
- Faire une liste des choses à faire, dans l'idéal avant de se coucher, et mieux encore en début de soirée (objectif : éviter l'hypervigilance en y pensant une fois au lit, avoir déchargé sur le papier ses soucis)
- Ne pas rester au lit le matin à somnoler si on n'a pas bien dormi la nuit

20



Réseau de santé consacré à la prise en charge des troubles chroniques du sommeil

COMMENT REMPLIR L'AGENDA DU SOMMEIL

L'agenda se remplit à deux moments de la journée :

- ✓ le matin au réveil pour décrire le déroulement de la nuit
- ✓ le soir pour reporter ce qui s'est passé dans la journée.

- **Le matin** : inscrivez la date (*nuit du 5 au 6 juin par exemple*).
 - Notez le moment où vous vous êtes mis au lit par une flèche vers le bas. (*même si c'était pour lire ou pour regarder la télévision*)
 - Mettez une flèche vers le haut pour indiquer votre horaire définitif de lever, ou pour préciser un lever en cours de nuit.
 - Hachurez la zone qui correspond à votre sommeil. Si vous vous êtes réveillé en pleine nuit et que cet éveil a été gênant, vous interrompez la zone hachurée en regard des horaires du réveil. Le but n'est pas de vous souvenir précisément que l'éveil s'est produit entre 3h17 et 4h12 mais de traduire simplement votre impression avec des horaires qui seront obligatoirement approximatifs.
 - Précisez ensuite la qualité de votre nuit, votre forme au réveil, en remplissant les colonnes de droite (*TB = très bon, B = Bon, Moy = moyen, M = mauvais, TM = très mauvais*).
 - Précisez si vous avez pris des médicaments, ou s'il s'est passé quelque chose qui a pu interférer avec votre sommeil (*par exemple faire du sport le soir, avoir mal à la tête, avoir de la fièvre...*).

- **Le soir** : vous remplissez à nouveau l'agenda
 - Pour préciser si vous avez fait une sieste, par une zone hachurée, de la même façon que vous avez noté votre sommeil de nuit. Vous reportez si besoin les moments de somnolence en notant un « S » en regard des horaires correspondants.
 - Enfin, vous apprécierez votre forme globale dans la journée.

Vous remplirez cet agenda pendant 3 semaines minimum. S'il vous est possible de le remplir à la fois sur une période de travail et une période de vacances, vous aurez beaucoup plus d'informations.

Réseau Morphée
2, Grande Rue - 92380 Garches
contact@reseau-morphee.org - www.reseau-morphee.org

Association loi 1901 - N° d'enregistrement à la préfecture
des Hauts-de-Seine : 15024940 - N°SIRET : 444 338 511 00017

Annexe 4 : Déroulé de la session ETP : prises de notes sur ce qui a été abordé, remarques personnelles, prises de paroles des patients

1^{ère} séance : Généralités sur le sommeil

- Questions de généralités sur le sommeil (travail en sous-groupes puis mise en commun),
- Tour de table : nombre d'heures de sommeil dont chacun pense avoir besoin pour être en forme
- Projection du diaporama
- Distribution de l'agenda du sommeil et explications pour le remplir

D'une part, le fait de travailler en petits groupes stimule et entraîne la production d'idées, d'autre part, le passage de l'animateur de l'atelier une ou deux fois par groupe relance d'autres idées, ce qui permet des réponses presque complètes. Le fait d'être en sous-groupe permet aussi d'échanger sur ses propres problématiques, de se confier sur son histoire de problématique du sommeil, de partager sur ce qui a été essayé en termes de thérapeutique non médicamenteuse ou médicamenteuse, de se rendre compte qu'il y a d'autres personnes qui dorment mal ou très peu, de prendre du recul.

A la première question « qu'est-ce qu'un bon sommeil ? », les 3 premières réponses données par les patients concernent la journée à venir et non la nuit : « qui permet de se réveiller en forme », « qui est réparateur », « qui permet d'être « dispo » le matin ». Sont venus seulement ensuite les réponses en termes de quantité ou de qualité de sommeil, et les critères qui définissent l'insomnie (délai d'endormissement, réveils nocturnes, réveils précoces). A remarquer que plusieurs ont été d'accord pour noter « un sommeil sans médicaments », ce qui nous renseigne également sur leur position vis-à-vis du type de prise en charge (médicamenteuse/non médicamenteuse) de leur insomnie qu'ils privilégient spontanément. Remarquons également qu'une des personnes a formulé la réponse « de ne pas se rappeler de ses rêves », avoir vraiment eu un sommeil de plomb, mais les autres personnes n'étaient pas d'accord avec cette proposition : rêver c'est aussi avoir dormi...

Concernant les « facteurs favorisants et bloquants d'un bon sommeil », les patients retrouvent de façon assez complète : les facteurs environnementaux (bruit, chaleur, qualité de la literie etc.), « le stress, les soucis, la rumination », et ajoutent déjà à ce stade de l'atelier des réponses du type " Avoir fait de la relaxation, des exercices de cohérence cardiaque » « Faire de la sophrologie, de l'autohypnose », ce qui témoigne de leur parcours antérieur.

Les réponses concernant les « conséquences du mal dormir » sont également assez complètes ; les animatrices aident les patients à les classer en :

- Conséquences physiques (la fatigue physique, bien sûr, mais également à plus long terme, des conséquences sur la prise de poids et les facteurs cardio-vasculaires dont certains patients ont conscience ; une patiente souffrant de fibromyalgie ajoute la réponse « développement d'une fibromyalgie » à cette question, considérant apparemment que l'insomnie en est la cause),
- Conséquences psychologiques (troubles de vigilance, mémoire, concentration, humeur, comportement, ainsi que le développement de dépression, fatigue chronique, sentiment d'impuissance, perte de confiance en soi, de l'estime de soi, découragement, épuisement, avec risque d'addiction à l'alcool, au tabac, ou encore un risque de développer des troubles du comportement alimentaire (boulimie) ; une patiente évoque également le risque suicidaire),
- Conséquences sociales (isolement familial, et/ou avec le monde du travail, du fait de l'incompréhension des autres, de la culpabilité ; au niveau professionnel : arrêts maladie, perte d'emploi, troubles de l'apprentissage, difficultés scolaires ; au niveau familial : dispute dans le couple, avec les enfants, perte de patience facilitée (réactions disproportionnées, violentes, manque de contrôle de soi)
- Accidentologie (Accidents de voiture, avec risque de handicap, de décès ; Chutes, accidents domestiques ; Accidents de travail)

La dernière question (« A quoi ça sert de dormir ? ») d'une part apporte une vision positive du sommeil aux patients présents à l'atelier pour qui dormir est une perte de temps et d'autre part lève le voile sur le mal-être des patients en manque de sommeil : récupérer de la journée, se détendre, se ressourcer (récupération, réparation de la tête et du corps, régénération), bien vivre la journée du lendemain (avoir les idées claires, ne pas être fatigué, être moins nerveux, pouvoir se contrôler, se concentrer), rester dynamique, ne pas vieillir trop vite (peau, organes digestifs, autres), garder une bonne mémoire, une bonne attention, rester attentif à soi-même et aux autres, retrouver son efficacité et sa bonne humeur, se relaxer physiquement avec moins de tensions pour le corps, recharger ses batteries, reposer son corps et son esprit, équilibre, bien-être, harmonie, détente ; ranger ses idées, se déconnecter, lâcher prise ; travailler l'imaginaire ; éviter les accidents de la route, domestiques, ou du travail ; l'une des réponses à même été...vivre.

2^e séance : Agenda du sommeil

- Analyse de l'agenda du sommeil en sous-groupes de 3 patients
- Mise en commun des conclusions personnelles
- Partage d'informations sur des techniques alternatives
- Distribution du livret de l'INPES « Bien Dormir, Mieux Vivre »

Pendant environ 2h, en sous-groupes de 3, 2 patients analysent l'agenda du sommeil du 3^e et tournent, le but étant de réfléchir à ce qui pourrait être mis en place au vu de cette analyse ; les deux animatrices passent aider et donner des conseils personnalisés.

A la fin de ce temps en sous-groupe, chaque patient résume ce qu'il a retenu, et ce qu'il pense mettre en place pour la prochaine fois. Les animatrices insistent sur la formulation de la résolution : ils doivent dire « ce qu'ils vont faire », et pas « ce qu'ils vont essayer de faire »

Voici quelques **exemples de situations de patients** pour qui j'ai eu le temps de prendre des notes sur leur agenda du sommeil et leurs commentaires, cela n'étant pas exhaustif.

Exemple 1 : Patiente de 55 ans

Se couche très tôt, à 21h30, davantage pour un besoin d'allonger ses jambes et de bien-être, que pour un besoin de dormir. A la télévision dans sa chambre. S'endort vers 23h, dort 3h, se réveille à 2h du matin, va uriner ; met 2h-2h30 à se rendormir, dort 2h, puis reste au lit jusqu'à 8h.

On a donc 5h de sommeil rapporté sur 9h de temps passé à essayer de dormir (23h-8h), soit un Index d'Efficacité du Sommeil de 55% seulement (l'objectif étant de 85%). On peut même le calculer à 47.6% si l'on compte vraiment le temps passé au lit (21h30-8h, soit 10h30).

La première proposition est bien sûr de supprimer la télévision dans la chambre, de ne garder la chambre que pour le sommeil, et d'aller se coucher à 23h-23h30 seulement.

La deuxième proposition fait partie des conseils en cas de réveil nocturne : ne pas retourner se coucher immédiatement après avoir uriné la nuit, mais faire autre chose (une activité calme) avant de retourner se coucher pour favoriser le processus de ré-endormissement.

La troisième proposition est d'essayer la technique de restriction du temps passé au lit, en essayant de se lever quasiment dès le réveil vers 6-7h, et ne pas attendre systématiquement 8h.

La réflexion de la patiente après proposition d'une nuit de 23h-6h au lieu de 21h30-8h parle d'elle-même : « ça fait longtemps que je me le dis ».

Exemple 2 : Patient de 37 ans

Se couche entre minuit et 1h30 du matin, met entre 30min et 1h30 à s'endormir, dort en moyenne 5h de façon morcelée, puis se réveille entre 8h et 9h30 le matin.

Pour ce patient, on va également proposer la méthode de restriction du sommeil, en forçant le lever plus tôt que 8h-9h30 pour essayer d'avoir un sommeil moins morcelé par augmentation de la pression de sommeil le soir.

L'objectif du patient, après discussion avec les deux autres membres de son sous-groupe et une animatrice va aussi être de « bannir les écrans le soir » au moins une heure avant le coucher, et de favoriser des activités de type lecture ou musique à la place à ce moment-là, ainsi que d'effectuer au moins 30min d'activité physique dans la journée, de préférence le matin. Il se pose également la question de faire de la sophrologie pour « déconnecter » dans la journée.

Exemple 3 : Patiente de 60 ans

Se couche entre 23h et minuit, met environ une heure à s'endormir, se lève vers 7h-7h30, mais n'a eu qu'entre 3h et 4h30 de sommeil. Ce qui est intéressant chez cette patiente, c'est qu'en journée, elle est en bonne forme, ne ressent pas de fatigue. Elle dit dormir ainsi depuis 15 ans, et prend ¼ de Lexomil® au coucher depuis des années.

Ici, il semblerait que le bien-être par rapport au sommeil doive passer par une phase d'acceptation d'être du type court-dormeur. Cette patiente n'a a priori besoin que de 4h-4h30 de sommeil par nuit. Il lui est conseillé d'essayer d'arrêter très progressivement le Lexomil®, avec la technique du limage très progressif sur plusieurs semaines.

Autre « bonne résolution » qu'elle se donne : reprendre la marche qu'elle avait délaissé ces derniers temps, pour avoir une activité physique régulière.

Exemple 4 : Patiente de 83 ans

Se couche vers 23h, met en général une petite demi-heure à s'endormir. Elle prend 3 médicaments : Tranxène®, Stilnox® et Norset®. Sa problématique est la survenue de cauchemars, multiples, dans la nuit, depuis 12 ans, depuis une agression. Elle se lève vers 10h du matin. Elle dit rester « blottie » au lit jusque vers 10h, malgré un réveil dès 7-8h.

Elle reste donc 11h au lit, et a environ 6h de sommeil (ce qui semble correct pour son âge), ce qui fait un Index d'Efficacité du Sommeil de 54,5%. En plus de cela, elle fait une sieste de 1 ou 2h en début d'après-midi.

Ce qu'elle en conclut, c'est qu'elle ne doit pas modifier son coucher, ni l'heure, ni l'activité précédent le coucher puisqu'elle n'a pas de mal à s'endormir, elle va essayer de se lever plus tôt le matin, et commencer à diminuer le Stilnox® progressivement. Les animatrices lui suggèrent fortement de réaliser un travail individuel en consultation appropriée pour son problème de cauchemars.

Exemple 5 : Patiente de 67 ans :

Se couche entre 23h et 0h30, met systématiquement 1 à 2h avant de s'endormir, se réveille plusieurs fois dans la nuit pour uriner, et se lève vers 8h. Elle fait quelques siestes en journée. Elle évalue son temps de sommeil à entre 6h et 7h30 de sommeil.

D'une part, son objectif va être de diminuer les boissons après 17h pour éviter les réveils nocturnes pur uriner. D'autre part, elle va sortir et « bouger » au lieu de faire des siestes en journée.

Lors de cette séance, des **conseils** sont donnés et les patients pourront les mettre en application en fonction de ce qui est adapté à leur situation :

- Exercer une activité physique en journée, si possible l'après-midi (aller travailler à pieds, se remettre à la marche ou à la natation), s'exposer à la lumière du soleil
- Faire des exercices de sophrologie/relaxation en journée et/ou avant d'aller dormir
- Se coucher à heures régulières, faire une activité au calme le soir, comme la lecture (utiliser une liseuse pour ne pas avoir une forte lumière pour lire)
- Guetter les signes du sommeil avant d'aller dormir
- En cas de réveil nocturne, se relever (pour certains, se relever plus tôt) pour aller faire une activité au calme, et n'aller se recoucher que lorsqu' apparaissent les signes annonciateurs du sommeil
- Arrêter de se dire « il faut que » « il va falloir que » « je dois », et faire les choses réellement ; être un maximum positif/ve, lâcher prise, arrêter de se mettre la pression, prendre du plaisir, et se prendre plus de temps à soi

Des **méthodes de relaxation** sont évoquées de patient à patient : des applications pour tablette ou smartphones (Petit Bambou®, Bruit Blanc® qui crée une sorte de bruit dans les oreilles pour éviter de penser, SuperSleep®), des méthodes de cohérence cardiaque (pratique d'une respiration rythmée) ou encore des appareils simulateurs d'aube (Dodow®), et enfin les CD audio de « Nature et Découverte® » avec des bruits de mer, des chants d'oiseaux.

3è séance : Initiation à la pleine conscience et à la relaxation

1è partie : **Récapitulatif par les patients** : « D'où en êtes-vous ? »

Patiente de 55 ans : va se coucher plus tôt (22h30, au lieu de 23h-23h30), car a remarqué avec l'agenda du sommeil qu'elle n'avait pas de problème d'endormissement. Elle gagne ainsi environ 30min de sommeil. Du fait qu'une autre patiente avait parlé de son problème d'uriner la nuit, elle a diminué elle aussi les boissons le soir, mais elle se relève tout de même pour uriner. Par contre elle reste 15-20min relevée, à faire une activité de type lecture, vers 3-4h du matin.

Patiente de 83 ans : a commencé à diminuer son Stilnox® et à limer son Norset®. Elle fait toujours des cauchemars, et se lève toujours à 9h30-10h.

Patiente de 61 ans : n'était pas là à la session précédente, mais du simple fait de remplir seule l'agenda du sommeil et des conseils d'hygiène de sommeil abordés à la 1è session, elle a perçu des bénéfices : les causes de ses troubles du sommeil sont anciennes, elle ne cherche plus à essayer de les comprendre, simplement à les éliminer. A supprimé télévision et jeux vidéo au moins 1h30 avant le coucher ; évite le sport le soir (elle aimait prendre une douche chaude en rentrant) ; le souci c'est qu'elle fait moins de sport... ; fait attention à sa consommation d'alcool, se restreint à moins de trois verres le soir ; elle se sent cependant un peu triste... ; elle considérait que le sommeil était une perte de temps et elle « détestait dormir », elle a compris que le sommeil pouvait lui apporter pleins de choses...

Patiente de 63 ans : a limé son médicament Lexomil® pour dormir et a retardé son heure de coucher, de minuit, à minuit et demie ; par contre a certainement limé trop rapidement son comprimé : a eu de nouveau des insomnies, et est fatiguée.

Patient de 48 ans : a fait davantage de séances de méditation notamment avec l'application « Petit Bambou® » ; a essayé de se lever à 4h du matin dans une optique de restriction du sommeil mais est toujours fatigué, dort 5h30 « mais ce serait mieux à 6h30 » ; a fait attention à ce qu'il a fait quand il dort mieux, notamment le sport.

Patient de 51 ans : dort bien en ce moment, 6h à 6h30 par nuit, mais est encore un peu fatigué ; fait partie d'un groupe de stimulation où il fait de l'auto-hypnose, de la pleine conscience, du qi qong

Patiente de 42 ans : n'était pas présente la dernière fois ; a identifié ce qui la fait mal dormir, notamment d'aller chez des amis, etc. mais du coup dort encore moins bien...

Patiente de 60 ans, a priori court-dormeuse : toujours pareil au niveau du sommeil, se sent juste plus calme, et accepte « si elle ne dort pas, c'est comme ça »

Patiente de 39 ans : a limité les écrans ; a fait attention à ce qui la faisait moins bien dormir (elle essaie de ne pas prendre son médicament contre la tension trop tard pour cette raison), et a repéré des liens entre ses émotions, ses envies, et son sommeil.

2è partie : Balayage corporel et moment de pleine conscience

La psychothérapeute, qui conduit cet atelier, avertit les patients : « Il ne faut pas essayer de comprendre à quoi ça sert, il ne faut pas essayer de bien faire, etc. Il faut Faire, et c'est tout »

Le premier exercice commence par un bon positionnement : pieds au sol, mains sur les cuisses. Prendre conscience de son environnement (ce qui amène la sécurité). Il faut vivre l'instant présent, regarder autour de soi, écouter les bruits (les oiseaux dehors, le bruit dans les radiateurs, etc.), être attentif à la luminosité. Cela se poursuit

ainsi, avec la voix seule de la psychothérapeute et les patients assis autour de la table, calmes : « *Si vous êtes bien, fermez les yeux, sinon abaissez votre regard, fixez un point fixe. Concentrez-vous sur votre visage, faites une ou deux grimaces, pour bien sentir les muscles de votre visage ; visualisez vos épaules, qui montent quand vous inspirez ; placez votre conscience sur vos mains, serrez le poing, desserrez le poing ; prenez conscience de votre thorax, en inspiration... en expiration... prenez conscience de l'espace entre vos côtes. Mettez une main sur votre ventre, pour sentir votre abdomen, son mouvement. Inspirez... comme un ancrage dans le moment présent. Mettez votre conscience sur votre dos, comme un grand rectangle, avec dans l'alignement de votre tête, en descendant le long des cervicales, vertèbre par vertèbre... prenez tout ce qui vient comme sensation, agréable ou désagréable, en conscience. Prenez ensuite conscience de vos jambes, de la pointe de vos pieds, en passant par les talons, vous sentez bien vos talons qui sont posés au sol. A l'inspiration, faites des cercles avec la pointe de vos pieds en levant vos jambes, puis à l'expiration vous posez ; appréciez la sensation entre la jambe que vous venez d'élever et l'autre ; faites pareil avec l'autre jambe, inspirez, décrivez des cercles, vous sentez bien le genou qui se plie, expirez, reposez la jambe. Renforcez votre sentiment d'assise, votre corps dans sa globalité, des pieds à la tête. Observez votre niveau de vigilance. Puis rouvrez les yeux si vous les avez fermés. »*

Première réaction : Les patients ayant des douleurs ont remarqué avoir ressenti l'endroit douloureux au moment où le balayage corporel y était, puis sont passés à autre chose avec le déroulé de l'exercice. Le parallèle est fait avec l'endormissement : si on s'accroche à une idée, par exemple « je ne vais pas dormir », on risque de rester dessus, comme la douleur. Si on réalise un balayage corporel, cela aide à passer à autre chose...

Le deuxième exercice, avec un morceau de chocolat cassé à partir d'une tablette débute par une « lecture » plus rapide du corps, de la tête aux pieds, puis se poursuit ainsi : « *Mettez-vous à la place d'un nouveau-né ou d'un extra-terrestre qui débarque sur Terre, observez le chocolat, il y a des endroits où c'est lisse, d'autres où c'est rugueux, c'est clair ou foncé, cela crée une ombre sur la table. Regardez les endroits plus pointus, les endroits plutôt courbes. Apprêtez-vous à aller le prendre, sentez votre épaule, votre bras qui s'avance, votre main qui s'ouvre, sentez le contact sur vos doigts, amenez l'objet jusqu'à vos narines, sentez l'odeur, laissez-vous remplir de cette odeur, observez quelle image cela vous amène ? Peut-être qu'en faisant ça vous vous demandez à quoi ça sert, ce que vous allez manger ce soir, ce que vous avez fait tout à l'heure. Pensez que vous allez l'amener jusqu'à votre bouche. Remarquez que peut-être vous salivez à l'idée de le manger. Croquez : entendez le bruit, sentez la transformation de cet objet dans la bouche, sentez la texture qui se modifie dans votre bouche, sentez bien le goût, les différents goûts, la subtilité du goût. Quand vous aurez fini, vous pourrez ouvrir les yeux, tranquillement. »*

Réactions des patients à cet exercice : « c'est une sensation nouvelle », « c'est formidable ».

Un exercice équivalent peut être mis en pratique par soi-même dans le lit : le contact de la couette, l'odeur ambiante, les légers bruits environnants, etc.

Quel est le **but de ces pratiques ? Gérer le stress**, l'anxiété, les pensées intrusives qui parasitent le cerveau le soir quand on ramène des éléments du passé ou qu'on anticipe avec appréhension le futur ; en résumé s'aider à arrêter de penser.

Différences entre les définitions du stress et de l'anxiété :

- Stress : notion de physique, stress par rapport à quelque chose de précis ; manifestation du corps (oppression thoracique, sueurs, tremblements, respiration accélérée ou bloquée, contraction musculaire) ; on n'est pas dans de l'anticipation, c'est ponctuel ; initialement c'est une compétence du corps (pour réagir à un danger par exemple) ; le problème, c'est le stress chronique
- Anxiété : pas de raison définie, sentiment de danger.

Pour les patients voulant aller plus loin, la psychothérapeute leur conseille de visionner la vidéo « Les mécanismes du stress au travail » de l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des Accidents du travail et des Maladies professionnelles) [Disponible en ligne : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=Anim-005>]

Lorsqu'il y a perception d'un stress intérieur (quand nous nous sentons menacés ou face à un danger important), des hormones sont sécrétées, permettant la contraction musculaire, l'augmentation de la fréquence cardiaque, l'augmentation de la température du corps ; cela peut entraîner à long terme l'augmentation de la tension artérielle avec des maladies cardio-vasculaires, des maux de dos, et des troubles du sommeil.

Parfois pour essayer de compenser soi-même (mauvais copyright), on modifie son comportement en consommant de l'alcool, en mangeant davantage, en jouant à des jeux vidéo ou en travaillant davantage, ce qui amène à des addictions. In fine cela conduit parfois à des dépressions, au burn-out, voire au développement de cancers.

Pour toutes ces raisons et pour se sentir mieux, il est important d'agir sur le stress et l'anxiété.

Pour lutter contre le stress au quotidien, simplement, par soi-même, plusieurs fois par jour, on peut « revenir au corps » : faire du sport, prendre conscience quand on touche quelque chose, quand on marche (avoir conscience de ses jambes, de ses bras), reproduire en quelque sorte l'exercice que l'on vient de faire. Contre le stress chronique, il est souvent préférable d'être accompagné (pratiquer les activités avec un guide, pour ne pas faire que des exercices).

Parmi les **outils** pour diminuer le stress, on retrouve :

- La sophrologie (méthode Caycedo) qui porte sur l'étude de l'harmonie de la conscience.
- L'hypnose ericksonienne qui permet de réunir les ressources du conscient et de l'inconscient dans l'objectif de résoudre les problèmes en utilisant des techniques telles que la dissociation, la focalisation
- Le Qi Gong (+/- Taï Chi) qui permet de travailler sur l'énergie et la concentration (conscience du corps dans le mouvement) [c'est « une gymnastique traditionnelle chinoise et une science de la respiration qui est fondée sur la connaissance et la maîtrise de l'énergie vitale et qui associe mouvements lents, exercices respiratoires et concentration », selon la définition de l'encyclopédie Larousse.]
- Le yoga qui permet l'union du corps et de l'esprit par des exercices corporels et de méditation
- La méditation pleine conscience (Mindfulness) qui ramène son attention au corps dans le mouvement
- La relaxation comme le balayage corporel que l'on vient de faire, ou la respiration ventrale consciente
- Les thérapies cognitivo-comportementales qui composent une partie de cet atelier, en groupe, et qui existent aussi en individuel

Parmi toutes ces approches, les patients peuvent essayer et choisir ce qui semble leur convenir le mieux. C'est un peu de la phénoménologie : faire ses propres expériences et en tirer les conclusions.

Avertissement de la psychothérapeute sur la relaxation : Ça ne suffit pas de faire de la relaxation, il faut se rendre compte qu'on est dedans. Ce ne sont pas juste des exercices, c'est une philosophie qu'il y a derrière ; l'objectif c'est d'être autonome.

Pourquoi on parle de tout ça par rapport à l'insomnie ? Parce que le sommeil, ça se prépare en journée : si on est tout le temps tendu dans la journée, on est tendu le soir... On peut par exemple au pic de somnolence entre 12h et 14h, faire 15min de méditation pleine conscience.

Conclusion de cette séance, parole donnée aux patients :

« Je vais faire attention, je vais prendre soin de mon corps »

« Je vais positiver, chasser les pensées négatives »

« J'ai compris qu'il fallait être dans l'acceptation, ça va me faire cogiter. »

« Je vais essayer de trouver des moments dans la journée pour faire ça ».

« Ça a permis un renforcement de ce que j'ai déjà commencé à mettre en place. »

« J'en avais déjà entendu parler, de tout ça, le yoga, la méditation... c'était pas le bon moment, ça m'avait énervé ; maintenant je vois l'intérêt. »

4^e séance : Abord cognitif à partir d'un cas clinique

Pour débiter cette séance, les patients prennent la parole pour dire d'où ils en sont et la psychothérapeute synthétise leur propos et/ou les conseille (en gras) :

- Patiente de 45 ans : « j'ai eu l'impression de reconstruire un puzzle, dans les faits, comme si les choses devenaient possibles alors que j'étais assez pessimiste »

⇒ **Gain d'optimisme**

- Patient de 48 ans : « j'ai l'impression d'avoir pris plus de recul... c'est moins présent... j'ai rationalisé des trucs. Je dors mieux globalement ; il y a deux nuits, j'ai fait une nuit blanche, mais ce n'est pas grave. Je renforce ce que j'avais déjà commencé à mettre en place, à savoir des exercices de relaxation. Je focalise moins. »

⇒ **Meilleure acceptation, lâcher-prise**

- Patiente de 55 ans : « C'est la 3^e séance qui m'a le plus apporté. J'ai des nuits plus agitées en ce moment mais à cause de douleurs du fait d'une fracture faite entre temps ; par contre, je réserve le lit pour dormir uniquement, et depuis huit jours, j'ai refait trois fois une séance toute seule avec de la mousse au chocolat en pleine nuit, ça m'a aidée à me rendormir, et j'ai dormi jusqu'à 9h20 ! Je déculpabilise, c'est positif pour le ré-endorment, et je fais quelques exercices de sophrologie. »

⇒ **A trouvé quelque chose pour arrêter de penser, gain en lâcher-prise**

- Patiente de 42 ans : « Je n'ai pas eu le temps de mettre en pratique, mais j'y ai beaucoup repensé, et j'en ai parlé avec ma fille de 11 ans, qui a aussi des troubles du sommeil. Je repars avec des idées. Il y a des moments où j'ai une insomnie, par intermittence, j'ai des outils pour anticiper, avec le contrôle des pensées, en n'étant pas dans le contrôle, mais dans le recentrage sur soir. Moi qui avait des insomnies en cas de changement de routine, je vais avoir l'occasion de mettre en pratique avec un voyage bientôt. »

⇒ **Pour les enfants, on peut conseiller le livre : « Calme et Attentif comme une Grenouille »® avec de petits exercices en pleine conscience**

- Patient de 51 ans : « Je fais des nuits en dents de scie. Quand je ne dors pas, je laisse passer un cycle ou juste 30-45min, je « fais avec ». »

⇒ **Acceptation**

- Patiente de 60 ans : « Je ne dors toujours que par 2h, j'attends, tant pis, j'me lève, je ne pense plus. J'accepte mieux le fait de ne pas dormir. Dans la journée, j'ai toujours quelque chose à faire. Et j'ai des problèmes avec mes parents en ce moment, mais je suis moins en retrait, je dis ce qui ne va pas, je repositionne ce qui ne va pas. Il ne faut pas se focaliser sur ce qui ne va pas. »

⇒ **« Vous vivez mieux le fait de ne pas avoir le sommeil dont vous rêviez. Et cela semble vous faire avancer sur une chose importante de votre vie. »**

- Patiente de 83 ans : « C'est la prise de conscience qui a changé. Une nuit, j'ai eu la tentation de prendre ¼ de somnifère à 3h du mat', je ne l'ai pas fait, après tout je suis retraitée, c'est pas la peine d'être en forme. J'ai pris de l'assurance. J'ai essayé les petits exercices de la semaine dernière, mais sans votre voix, je m'égare. Et je fais toujours des cauchemars... » Je suis toujours de 23h30 à 9h30-10h au lit. »

⇒ **A pris de la distance.** Problématique des cauchemars : à travailler en individuel.

- Patiente court-dormeuse : « Ce n'est pas le moment pour que je diminue mon Stilnox® : j'ai des problèmes cardiaques qui commencent, je prends de la trinitrine depuis la dernière fois, et j'ai ma mère qui perd la mémoire... J'ai fait un peu de relaxation.. »

⇒ **Conseil de se mettre dans une association de relaxation en groupe**

- Patiente de 39 ans, fibromyalgique : « Je vais un peu mieux car j'ai moins de douleurs, j'ai eu de la Kétamine 5 jours en hospitalisation, ça m'a permis de me poser. Globalement c'est mieux, mais plus parce que j'ai moins de douleurs. J'ai moins de stress. Mon regard, ma perception des choses a changé, je suis plus positive, j'ai des outils, en journée, comme la sophro, le recentrage sur le corps. Il faut apprendre à lâcher-prise. J'ai arrêté de faire ce que je faisais dans mon lit : un listing de mes problèmes, voire regarder mes mails. J'arrête à partir de 19h30, et je passe plus de moments en famille. Le fait d'avoir entendu les autres dire certaines choses, que

le sommeil ça servait à rien, que c'était une perte de temps, que j'étais pas toute seule, c'est grâce à [patiente de 61 ans], que j'ai avancé notamment. »

- Patiente de 61 ans : « Je n'ai pas pu mettre en application les exercices : j'ai voyagé, j'ai un frère malade dans le nord. Je me sens convalescente, c'est très fragile. J'essaie de prendre des rythmes plus réguliers. Quand on est dans un cercle vertueux, c'est plus facile de faire attention, mais dès que ça va moins bien c'est facile aussi de « rechuter », avec les écrans, les rythmes décalés, etc.

Cas clinique :

Mme X, 55 ans, se plaint d'insomnie depuis 15 ans. Les troubles ont débuté à l'occasion d'un surmenage professionnel, suivi d'un licenciement. Elle avait du mal à s'endormir, ressassant sans arrêt ses problèmes de travail. Quelques temps plus tard, elle retrouve un travail où tout se passe bien, mais elle s'inquiète de son sommeil, car l'insomnie persiste alors qu'elle ne pense plus du tout à ses anciennes difficultés professionnelles.

Elle tente par différents moyens pour essayer de mieux dormir : lire ou regarder la télévision le soir dans son lit, pour se changer les idées ; se coucher plus tôt pour rattraper le sommeil qui manque ; essayer de se détendre en faisant du sport et en prenant une douche le soir ; boire beaucoup de tisanes avant de se coucher... Mais le sommeil ne s'améliore pas. Elle se sent de plus en plus fatiguée dans la journée, de plus en plus irritable et éprouve des difficultés de concentration au travail. Elle s'inquiète pour des broutilles. Elle a, parfois, des crises d'angoisse le soir au coucher. D'ailleurs cette incapacité à dormir augmente encore son stress et elle commence à s'interroger sur les causes de cette insomnie.

Des éveils nocturnes apparaissent. Elle met des heures à se rendormir. Elle a beau s'acharner à rester au lit pour ne pas trop se réveiller, le sommeil ne veut pas venir ; elle voit les heures passer sur son réveil et a l'impression de ne pas réussir à arrêter de penser. Elle essaie l'ordinateur la nuit, pour se distraire, mais cela n'améliore rien.

Elle consulte un médecin qui ne trouve aucune maladie et lui prescrit un somnifère. Malheureusement, celui-ci peu à peu perd son efficacité ; malgré plusieurs changements de médicaments, elle n'est toujours pas satisfaite de son sommeil. Elle décide d'arrêter les médicaments, mais l'insomnie se révèle encore plus marquée : c'est donc qu'elle doit en avoir besoin. Elle essaie aussi de faire une sieste dans la journée ou de se lever plus tard pour avoir ses 8h de sommeil mais cela n'arrange rien. Elle se sent « mal dans sa peau ». Elle se persuade que des difficultés familiales et professionnelles sont dues à son manque de sommeil. Si elle trouve un traitement, tous ses problèmes vont s'arranger. Sinon, elle risque d'avoir de gros problèmes de santé...

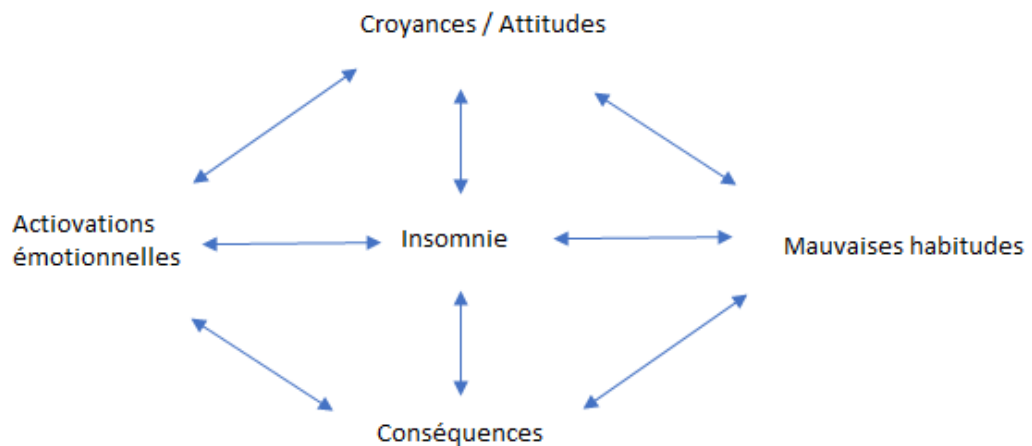
⇒ « **Qu'est-ce qui se passe pour cette personne, à votre avis ?** »

- Il y a des éléments déclencheurs (surmenage puis licenciement) et du stress
- Elle a des activations mentales, « ressasse »
- Elle a perdu confiance dans le fait de savoir dormir
- Ce n'est plus le fait de ressasser ses problèmes de travail qui l'empêche de dormir, c'est l'inquiétude de ne pas dormir
- Elle prend de **mauvaises habitudes**, cherche des moyens, n'adopte pas la bonne attitude :
 - Ordi, télé au lit...
 - Se coucher plus tôt (augmente son temps passé au lit au lieu de le restreindre)
 - Sport le soir et douche a priori chaude ensuite
 - Tisane le soir, risque de se réveiller car a envie d'uriner, et donc risque d'entraîner des difficultés à se rendormir
- La fatigue, l'irritabilité, les problèmes de concentration et de mémoire : ce sont les **conséquences** de ses troubles du sommeil ; ses crises d'angoisse le soir, c'est qu'elle appréhende le coucher, elle appréhende de ne pas dormir : elle se conditionne à ne pas dormir (**activation cognitive**), elle se dit des choses qui ne l'aident pas, et **activation émotionnelle** (peur et angoisse).

- Ses éveils nocturnes sont des conséquences : des tisanes... mais aussi de l'angoisse (s'interroge sur les causes de l'insomnie) ... Le fait d'avoir de micro-réveils, environ 2min, c'est normal, entre chaque cycle de sommeil, mais elle, elle s'interroge sur le fait de se réveiller et du coup ne se rendort pas facilement.
- A des fausses **croyances** également, croit que si elle s'acharne à rester au lit, elle va se rendormir.

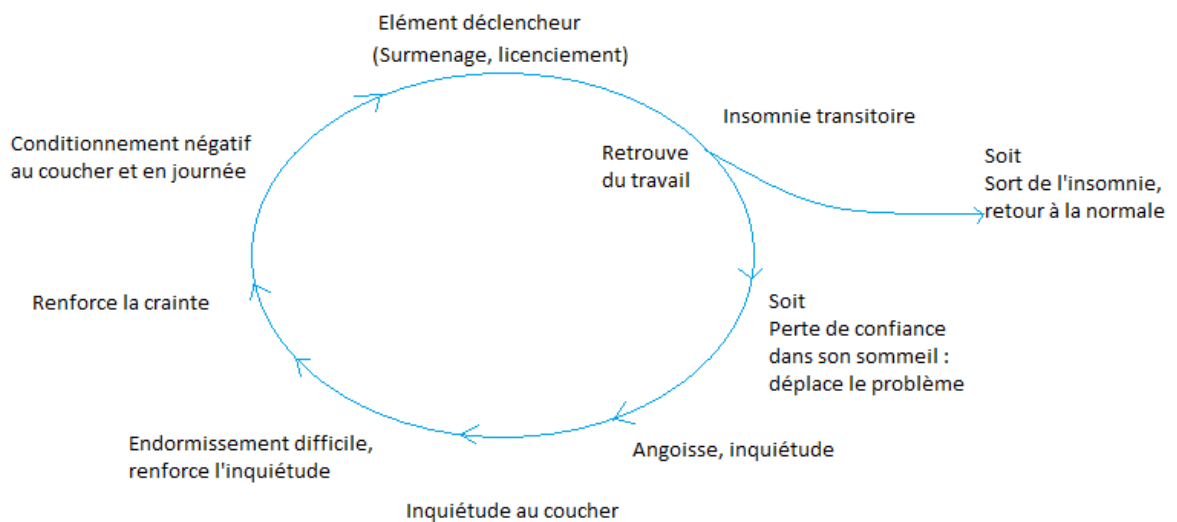
En s'aidant des prises de parole des patients, la psychothérapeute réussit peu à peu à construire le **cercle vicieux de l'insomnie de Charles Morin** (27).

Tout est intriqué :



A ce moment, la discussion part sur : « Pourquoi le médecin prescrit-il des somnifères ? » : « manque de formation » (sur le sommeil), « manque de temps » (en consultation), « facilité » . « Le médicament répond à un problème en offrant une solution, a priori. » « Mais chacun a des ressources pour faire sans médicaments. »

- La patiente du cas clinique pense qu'elle n'a aucune action possible sur son sommeil : encore une fausse croyance.
- Le fait de ne pas être satisfaite de son sommeil, c'est une croyance aussi, elle a une certaine idée de son sommeil, un sommeil idéal, le sommeil rêvé.
- On a l'impression que « tout tourne autour de son sommeil, qu'il n'y a plus de plaisir » : elle fait du sport, du fait de sa problématique de sommeil...
- Autre croyance : « il faut que je dorme 8h », alors qu'on a vu qu'il y avait des courts et des longs dormeurs.
- Mauvaise habitude prise : la sieste
- « Elle se persuade que ses difficultés familiales et professionnelles sont dues à son manque de sommeil » : croyance « tout est de la faute de l'insomnie »
- Pense qu'elle va être malade : « croyance »



Une solution pour la perte de confiance dans le sommeil, c'est de positiver, le voir comme utile, à quoi il sert : pour retrouver du plaisir et de l'intérêt dans le sommeil, le rendre moins obligatoire, pas automatique, ne pas être obligé d'être performant dans le sommeil, ce qui est un peu dans la culture de la société actuelle d'être dans la performance, dans le contrôle, la maîtrise des choses.

Il faut prendre conscience que ce sont les pensées qui nous empêchent de s'endormir, d'où l'accent mis sur comment retrouver ses ressources personnelles, accepter les choses comme elles viennent.

L'objectif est de ne plus avoir d'inquiétudes au coucher, de retrouver une sécurité intérieure.

Pour récapituler les outils :

- Le repos flash, la sieste courte de 20 min, permet aussi de prendre conscience qu'on a la possibilité de récupérer dans la journée
- Les règles d'hygiène principales du sommeil
- Les applications sur outils connectés : Petit Bambou®, Cohérence cardiaque, RespiRelax® sur Iphone®
- Les livres : *Méditation Pleine conscience* de Christophe André ; *Le pouvoir du moment présent* d'Eckhart Tolle (exercices)
- La musique relaxante
- Les activités en association avec un professionnel : Sophrologie, Auto-hypnose, Méthode de Schütz (training autogène de Schütz), Tai Chi +/- Qi Gong, Yoga

En fin de séance, **synthèse** en 10min : « Avec quoi vous repartez, en quelques mots-clés ? »

- Patiente de 83ans : « Pleins de choses dans la tête que j'ai envie de faire, prendre des RDV »
- Patiente de 39 ans : Repart avec un bon coup de clé, « Stabilo sur ce que j'ai dans la tête »
- Patiente la soixantaine : Positive, confiante, bien partie, accepter
- Patient de 46 ans : Renforcement, Philosophie pour se recentrer, « au lieu de me disperser avec pleins d'applis, d'exercices »
- Patiente court-dormeuse : « J'ai appris des choses, je vais faire »
- Patiente de 61 ans : Réactivation des leviers pour dormir
- Patient de 51 ans : « Mon épouse veut se mettre à faire de la relaxation avec moi »

- Patiente de 39 ans : Acceptation, être acteur, responsable, changement de perception
- Patiente de 55 ans : « J'accepte mieux ma situation, je veux effacer les croyances, les activations cognitives, le négatif, et revenir à mon corps »
- Patiente de 42 ans : « Je sais que j'ai les réponses »

En aparté, la psychothérapeute m'explique en quelques mots : ces ateliers sommeil sont avant tout une thérapie de l'acceptation, cela les aide à « faire le deuil du sommeil infailible ». C'est de la phénoménologie, on les aide à chercher du sens par leur propre expérience.

5^è séance : Bilan et consolidation

- Patiente de 55 ans : « Merci à vous, cela m'a apporté beaucoup, mais mon mari est malade en ce moment. Je m'endors facilement ; je me couche plus tard qu'avant, j'éteins vers 22h30, j'ai un cerveau qui cogite beaucoup. Je fais de la névralgie cervico-brachiale. Je m'angoisse beaucoup pour les autres. J'ai perdu 25kgs en 2011, je suis mieux mais je dois perdre encore 5kgs. Je vois un médecin homéopathe 2 fois par an, et je fais de la sophrologie. Je fais la technique de l'escargot [*technique de sophrologie pour se recentrer sur soi en visualisant une spirale de type escargot*]
- Patient de 37 ans : « Pas d'amélioration. Mais acceptation des moments dans la journée, chasser l'angoisse grâce à la relaxation. Si je passe deux nuits très bien, j'ai l'impression que c'était le « dé clic », et non... Au quotidien, je fais de la méditation, pour décrocher, au travail. C'est le regard sur la chose qui a changé, plutôt que la chose elle-même. Ça m'a permis d'apprendre à observer mes mécanismes. »
- Patiente de 83 ans : « Il y a beaucoup de choses à faire pour mieux dormir. J'ai diminué de 50% mes médicaments pour dormir. Ma fille est décédée il y a deux ans, mon autre fille est hospitalisée, mais on a appris que ce n'était pas un cancer. Je suis appareillée pour le syndrome des apnées du sommeil. »
- Patiente de 60 ans : « J'ai mieux dormi depuis 1 mois. Il y a eu les vacances, avec les enfants et les petits-enfants, y'avait pas de télé, pas d'ordi. On a un grand lit d'environ 2m sur 2m avec deux matelas »
- Patiente de 67 ans « Je me réveille toujours à 4h du matin, mais après je n'ai plus de coupure. Donc 1 seul réveil dans la nuit. Avec un endormissement plus facile. Il y a de l'amélioration. Le matin je me réveille un peu plus tard mais j'ai toujours un temps d'adaptation. Je me couche à 23h. Je prends de la distance par rapport à mes problèmes familiaux. A l'endormissement, j'essaie de ne plus penser à mes soucis familiaux. Je vais mettre en place des consultations individuelles pour prendre de la distance par rapport à ma fille. »
- Patiente de 61 ans « Il n'y a pas grand-chose de neuf. J'ai rechuté. J'ai un sommeil infailible. Je m'interrogeais. Je ne dormais pas. J'ai peur que ça recommence J'étais à l'étranger ; depuis que je suis rentrée c'est mieux. C'est fragile, mais c'est pas très grave.
- Patient de 48 ans : « Je m'endors beaucoup mieux grâce à la méditation. Le gros changement, c'est que « je m'en fous ». Ça ne me secoue pas comme avant. »
- Patiente de 64 ans : « Je n'ai pas l'impression que mon sommeil ait changé mais je me sens mieux. J'y pense moins. Je ne me focalise plus. Je pense que je fais de meilleures nuits. Dans la vie quotidienne, je pense un peu plus à moi, je fais moins pour les autres. J'ai stoppé tous mes traitements pour dormir. Je me prends un moment après le déjeuner pour me poser 15-20min. »
- Patiente de 39 ans : « Rien de changé depuis la dernière fois, j'ai un regard différent, je ne suis pas seule dans ce cas : mon problème ce n'est pas le sommeil, c'est la douleur, je suis suivie en consultation douleur. Je n'utilise plus mon portable et les écrans le soir »

- Patient de 51 ans : « J'ai pris conscience des nuits où je dors très bien et d'autres non. Ça m'a beaucoup aidé pour la sophrologie et la confiance en soi. »

- Patiente de 60 ans, « Les problèmes sont les mêmes : je m'endors bien avec ma PPC mais 2h seulement. Mais maintenant, si je ne dors pas « tant pis », cela ne me tracasse plus. »

Deuxième discussion sur les médecins généralistes : « les médecins sont tout de suite traitement médicamenteux, parce qu'ils n'ont pas le temps, qu'ils n'écoutent pas, ils nous demandent notre carte vitale, notre carte bleue » ; « ils ne savent pas, et en plus ils ne savent pas où diriger » ; « Il faut savoir formuler nos besoins auprès des médecins »

« Est-ce que vous proposeriez ces sessions à d'autres personnes ? Et pourquoi ? »

- « On apprend beaucoup de choses »
- « On prend conscience du rythme du sommeil »
- « L'agenda du sommeil c'était intéressant, ça donne une vision globale, ça permet de prendre conscience qu'on dort plus »
- « On se rend compte qu'on est pas les seuls »
- « Je me rends compte que mon problème est rien par rapport à ce que d'autres ont. Je me plains moins, je relativise. »
- « Ça a permis de revoir des techniques, de réactualiser les connaissances »
- « Ça responsabilise. Au lieu de penser que c'est de notre faute, on cherche en soi »
- « Ça donne une autre façon de voir les choses »

Conclusion commune : c'est le ressenti, grâce au groupe, qui est différent, et c'est surtout le ressenti qui gâche la vie.

Le reste de la séance permet de réaborder certains points :

- Savourer avec tous nos sens l'instant présent, mettre sa présence en chaque moment, penser au présent
- La finalité des outils, des techniques, c'est pour mieux vivre. Il faut faire ses expériences.
- Revoir le mode de fonctionnement, changer le regard sur les choses, faire attention aux idées reçues, aux fausses croyances ; « Le principal ennemi c'est nous-même »
- L'objectif c'est de ne pas trop penser au sommeil ; il ne faut pas attendre de résultats.

Annexe 5 : Questionnaires

1) Questionnaire de début de session

Questionnaire de première rencontre

Date du questionnaire : ____/____/____

NOM : PRENOM :

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : F M

Lieu d'habitation : Ville : Code postal :

Profession (actuelle ou ancienne) :

Etes-vous retraité ? OUI NON

Etes-vous en arrêt de travail ? OUI NON Si oui, depuis combien de temps ? et pour quelle(s) raison(s) ?

Etes-vous en recherche d'emploi ? OUI NON

Percevez-vous l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) ? OUI NON

Quelle est la raison principale de votre présence à cette rencontre ?
.....
.....

Comment / Par qui avez-vous été dirigé ici ?
.....
.....

De quel type de troubles du sommeil vous plaignez-vous ?

Somnolence ou accès d'endormissement dans la journée

Insomnie (mauvais sommeil pendant la nuit)

Les deux

Ni l'un ni l'autre

Depuis quand présentez-vous ces troubles du sommeil ?
Depuis ans

Bonjour,


Afin de clore mes études de médecine générale, je réalise ma thèse sur le sommeil, et en particulier l'insomnie.

Merci de bien vouloir répondre au questionnaire ci-joint dès à présent, ainsi qu'à un second questionnaire dans plusieurs semaines.

Vos informations personnelles ne seront utilisées qu'à des fins statistiques et concernant ma thèse, elles seront détruites à la fin de celle-ci.

Par avance, merci de votre aide,

Anne-Claire DUFLOT



d/ecompositivite.com

Les 5 questions préliminaires suivantes vont permettre une évaluation de la sévérité de vos troubles de sommeil :

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (au cours du dernier mois) de vos difficultés de sommeil :
- a) Difficulté à s'endormir : Aucune Légère Moyenne Très Extrêmement
- b) Difficulté à rester endormi(e) : Aucune Légère Moyenne Très Extrêmement
- c) Problèmes de réveils trop tôt le matin : Aucune Légère Moyenne Très Extrêmement

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

Très satisfait Satisfait Plutôt neutre Insatisfait Très insatisfait

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

Aucunement Légèrement Moyennement Très Extrêmement

4. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTÉES** pour les autres, en terme de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucunement Légèrement Moyennement Très Extrêmement

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

Aucunement Légèrement Moyennement Très Extrêmement

3

1. Evaluation de la qualité du sommeil et de la vigilance

Votre sommeil de nuit

1. Avez-vous des difficultés d'endormissement plus de 3 fois par semaine ? Oui Non
2. Vous réveillez-vous souvent au cours de la nuit ? Oui Non
3. Avez-vous, plus de 3 fois par semaine, des éveils, vers 2, 3 ou 4h du matin sans pouvoir vous rendormir ensuite avec la sensation d'une somnolence sans vrai sommeil ? Oui Non
4. Vous levez-vous au cours de la nuit pour uriner ? Oui Non
Si oui, combien de fois par nuit ?
5. Vers quelle heure vous couchez-vous pendant la semaine ? entre h et h
6. Combien de temps mettez-vous pour vous endormir ?
 moins d'1/4 d'heure
 entre ¼ d'heure et ½ heure
 entre ½ heure et 1 heure
 plus d'1 heure
7. Quelle est votre heure habituelle de réveil définitif pendant la semaine ?
Entre et
8. Combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin pour être en forme ? h
9. Combien d'heures en moyenne dormez-vous par nuit ? h
10. Avez-vous des horaires particuliers (3x8, 2x8, travail de nuit, ...) ?
 Oui Non
Si oui, précisez le rythme de vos rotations :

11. Le week-end ou les jours de repos, votre rythme est-il habituellement différent ?

Oui Non

Si oui, précisez : vos horaires de coucher : h
vos horaires de lever : h

4

12. Vous arrive-t-il de ronfler au cours de la nuit ?

Oui Non

Si oui, cela vous arrive-t-il ... ?

- Presque toutes les nuits (6-7 nuits par semaine)
- Souvent (4-5 nuits par semaine)
- Parfois (2-3 nuits par semaine)
- Rarement (1 nuit par semaine ou moins)

13. Vivez-vous en couple ?

Oui Non
 Oui Non

Faites-vous chambre séparée à cause des ronflements ?

Oui Non

14. Vous arrive-t-il de vous réveiller brusquement la nuit avec une sensation de suffocation ?

Oui Non

15. Vous a-t-on fait remarquer qu'il vous arrivait d'arrêter de respirer pendant votre sommeil ?

Oui Non

16. Transpirez-vous beaucoup en dormant ?

Oui Non

17. Votre partenaire vous reproche-t-il de bouger les jambes la nuit ou de lui donner des « coups de pied » ?

Oui Non

18. Au moment de vous coucher avez-vous des sensations d'impatiences et d'agacement dans les jambes qui vous empêchent de vous endormir et vous obligent à vous lever ?

Oui Non

19. Vous est-il arrivé de ne plus pouvoir bouger ni parler lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez, comme si vous étiez paralysé ?

Oui Non

20. Avez-vous parfois l'impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas, au moment du coucher, ou en cas de fatigue dans la journée (comme un rêve ou un cauchemar éveillé) ?

Oui Non

21. Faites-vous régulièrement des cauchemars ?

Oui Non

22. Etes-vous sujet à des accès de somnambulisme ou parlez-vous la nuit ?

23. Au réveil, vous sentez-vous le plus souvent ... ?

- En forme et « dispo »
- Encore fatigué et endormi
- Autre, précisez :

24. Vous arrive-t-il d'avoir mal à la tête le matin au réveil ? Oui Non

5

Dans la journée

25. Avez-vous des moments de fatigue ou de baisse de forme ?

Oui Non

Si oui, vers quelle(s) heure(s) :

26. Avez-vous des moments de somnolence ?

Oui Non

Si oui, vers quelle(s) heure(s) :

27. Avez-vous des accès de somnolence contre lesquels vous ne pouvez pas lutter ?

Oui Non

Si oui, vers quelle(s) heure(s) :

28. Faites-vous la sieste plus de 3 fois par semaine ?

Oui Non

29. Vous arrive-t-il de vous endormir ou d'être somnolent sans vraiment vous endormir dans une des situations suivantes ? Cette question s'adresse à votre vie dans les mois derniers. (Si vous ne vous êtes pas trouvé dans une de ces situations, imaginez comment elle aurait pu vous affecter) :

0 = je ne suis jamais somnolent 2 = chance moyenne de m'endormir
1 = faible chance de m'endormir 3 = forte chance de m'endormir

- Assis en lisant un livre ou le journal 0 1 2 3
- En regardant la télévision 0 1 2 3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, cinéma, théâtre) 0 1 2 3
- Si vous êtes passager d'une voiture pendant un trajet d'une heure 0 1 2 3
- Allongé l'après-midi, lorsque les circonstances le permettent 0 1 2 3
- Assis en parlant avec quelqu'un 0 1 2 3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool 0 1 2 3
- Au volant d'une voiture lors d'un arrêt de la circulation de quelques minutes 0 1 2 3

Total :

30. Avez-vous déjà piqué du nez ou vous êtes-vous déjà endormi en conduisant ?

Oui Non

Si oui, celle vous arrive-t-il ... ?

- Presque tous les jours (6-7 fois par semaine)
- Souvent (3-4 fois par semaine)
- Parfois (1-2 fois par semaine)
- Rarement (1-2 fois par mois)
- Jamais ou presque jamais

6

31. En dehors de tout épisode de sommeil, vous arrive-t-il d'avoir une chute soudaine de la tête, d'un membre ou de tout votre corps vous conduisant à des maladroites ou à des chutes ?

Oui Non

Si oui, est-ce provoqué par une émotion ?

Oui Non

32. Dans le tableau suivant, cocher pour chaque proposition la réponse qui correspond à votre état

	Vrai	Faux
En ce moment, ma vie me semble vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis sans énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis découragé(e) et dégoûté(e) par moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ce moment je suis triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'esprit moins clair que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aime moins qu'avant les choses qui me plaisent ou m'intéressent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma mémoire me semble moins bonne que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis sans espoir pour l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Prenez-vous habituellement des médicaments pour dormir ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Depuis combien de temps ? ans

34. Prenez-vous habituellement des médicaments pour calmer votre anxiété ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Depuis combien de temps ? ans

35. Quel est votre poids ?

.....

Avez-vous pris du poids récemment (depuis moins de 5 ans) ?

Oui Non

Si oui, combien de kgs ? en combien d'années ? (<5ans)

36. Quelle quantité de boissons alcoolisées buvez-vous en moyenne par jour ?

Vin : verres/jour

Bière : verres/j

Apéritifs : verres/j

Digestifs : verres/j

Nombre de verres par jour : (1 verre de vin = 1 canette de bière = 1 apéritif = 1 digestif)

37. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ?

Oui Non

Si oui, à quel âge avez-vous commencé à fumer ? à ans

Pour les fumeurs :

Combien fumez-vous en moyenne :

- De cigarettes par jour ?
- De cigares par jour ?
- De tabac à pipe (en grammes) par jour ?

Pour les ex-fumeurs :

Si vous avez arrêté de fumer, précisez depuis quelle année ?

Combien fumez-vous en moyenne auparavant :

- De cigarettes par jour ?
- De cigares par jour ?
- De tabac à pipe (en grammes) par jour ?

38. Avez-vous le permis de conduire ?

Oui Non

Si oui combien de kms faites-vous par an en conduisant ? kms

39. Etes-vous un professionnel de la route ?

Oui Non

40. Avez-vous eu un accident automobile du fait de la somnolence ?

Oui Non

Si oui, combien de fois ?

41. Avez-vous failli avoir un accident automobile du fait de la somnolence ?

Oui Non

(ex : en conduisant sur la file opposée, ... sur le bas côté, ...)

Si oui, combien de fois ?

42. Avez-vous eu un accident de travail du fait de la somnolence ?

Oui Non

Si oui, combien de fois ?

43. Pour quels problèmes de santé êtes-vous suivi par votre médecin généraliste ?

(diabète, hypertension, etc)

.....

.....

.....

.....

.....

44. Quels médicaments prenez-vous ? (vous pouvez recopier ou photocopier une ordonnance)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 - Questionnaire de qualité de vie (SF 36)

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Merci de répondre à toutes les questions de ce questionnaire !

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :
 Excellente Très bonne Bonne Satisfaisante Mauvaise
2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? Bien meilleur qu'il y a un an Plutôt meilleur À peu près pareil Plutôt moins bon Beaucoup moins bon
3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel :
 - a. Efforts physiques importants : courir, soulever des objets lourds, faire du sport
 OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)
 - b. Efforts physiques modérés : déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules
 OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)
 - c. Soulever et porter les courses :
 OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)
 - d. Monter plusieurs étages par l'escalier :
 OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)
 - e. Monter un étage par l'escalier :
 OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)
 - f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir :
 OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)
 - g. Marcher plus d'un kilomètre à pied :
 OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)
 - h. Marcher plusieurs centaines de mètres :
 OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)
 - i. Marcher une centaine de mètres :
 OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)
 - j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller :
 OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)

9

4. Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

	OUI	NON
a - Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(e) ou déprimé(e)) :

	OUI	NON
a - Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

7. Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

Nulle Très faible Faible Moyenne Grande Très grande

8. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitée(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

a. vous vous êtes senti(e) plein de vie ?

En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

b. vous vous êtes senti(e) très nerveux ?

En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

10

2) Questionnaire de fin de session

Questionnaire de dernière rencontre

Date du questionnaire : ____/____/____ (si possible ne pas le remplir dès sa distribution, mais attendre une date proche de la dernière session au cours de laquelle il sera ramassé)

NOM : PRENOM :

Date de naissance : ____/____/____

Après ces différentes séances d'ETP insomnie, selon vous :

Dans l'ensemble, est-ce que ces séances vous ont aidé ? Oui Non
 Globalement, êtes-vous satisfait(e) d'avoir participé à ces séances ?

très satisfait(e) satisfait(e) moyennement satisfait(e) non satisfait(e)

Pourquoi ?

.....

Dormez-vous mieux ? Oui Non

Si oui, est-ce que vous pensez que ces séances vous ont aidé(e) ? Oui Non

Dans quelle mesure ces séances vous ont-elles aidé(e) ?

.....

Vous sentez-vous mieux en journée ? Oui Non

1

Sur la forme, qu'est-ce qui vous a le plus aidé ? (plusieurs réponses possibles)

- Les conseils personnalisés des professionnelles ?
- Le fait que les séances soient collectives ?
- L'étalement des séances sur une durée de plusieurs semaines ?
- Autre :

Sur le fond, qu'est-ce qui vous a le plus aidé ?

- L'aspect théorique : les facteurs favorisant/défavorisant d'un bon sommeil, etc. ?
- L'agenda du sommeil : sa réalisation, son analyse, la conclusion pour vous-même ?
- Les expériences de pleine conscience, relaxation ?
- Le vécu, l'expérience, la discussion avec les autres patients du groupe ?
- Autre :

Avez-vous été satisfait de la première séance ? (« Qu'est-ce que le sommeil ? » avec travail en groupe, mise en commun et power point)

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait N'a pas participé

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

Avez-vous été satisfait de la deuxième séance ? (« Agendas du sommeil » avec analyse et conclusions pour chacun)

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait N'a pas participé

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

2

Avez-vous été satisfait de la troisième séance ? (« Introduction à la pleine conscience et à la sophrologie »)

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait N'a pas participé

Pour quelle(s) raison(s) ?
.....
.....
.....

Avez-vous été satisfait de la quatrième séance ? (« Bilan de ce qui a été compris »)

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait N'a pas participé

Pour quelle(s) raison(s) ?
.....
.....
.....

De façon générale sur l'ETP sommel :

- Qu'est-ce que vous n'avez pas, ou le moins, apprécié ?
.....
.....
.....

- Selon vous, que manquait-il à ces sessions ?

.....
.....
.....

- Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

.....
.....
.....

Avez-vous apprécié que ces séances se fassent en groupe ? Oui Non

Que pensez-vous du nombre de participants par séance ?

- Pour les deux premières séances à une vingtaine :
 très satisfaisant satisfaisant moyennement satisfaisant non satisfaisant

- Pour les deux dernières séances à une dizaine :
 très satisfaisant satisfaisant moyennement satisfaisant non satisfaisant

Pourquoi ?

.....
.....

Que pensez-vous :

- Des horaires des séances ?

très satisfaisant satisfaisant moyennement satisfaisant non satisfaisant

- De l'intervalle de temps entre les séances ?

très satisfaisant satisfaisant moyennement satisfaisant non satisfaisant

- De la durée des séances ?

très satisfaisant satisfaisant moyennement satisfaisant non satisfaisant

- Du nombre de séances ?

très satisfaisant satisfaisant moyennement satisfaisant non satisfaisant

- Du professionnalisme/de l'écoute/de la disponibilité des animatrices ?

très satisfaisant satisfaisant moyennement satisfaisant non satisfaisant

Auriez-vous aimé que ces séances se déroulent dans votre commune d'habitation ? Oui Non

Avec un médecin de votre commune ? Oui Non

Avec des participants de votre commune ? Oui Non

Pensez-vous que ce soit possible ? Oui Non

Pourquoi ?

.....
.....
.....

Merci de répondre à nouveau à certaines questions du questionnaire initial :

Concernant la sévérité de vos troubles de sommeil :

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (au cours du dernier mois) de vos difficultés de sommeil :
- a) Difficulté à s'endormir : Aucune Légère Moyenne Très Extrêmement
- b) Difficulté à rester endormi(e) : Aucune Légère Moyenne Très Extrêmement
- c) Problèmes de réveils trop tôt le matin : Aucune Légère Moyenne Très Extrêmement
2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAITE** / **INSATISFAITE** de votre sommeil actuel ?
- Très satisfait Satisfait Plutôt neutre Insatisfait Très insatisfait
3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien ? (ex : fatigue , concentration, mémoire, humeur)
- Aucunement Légèrement Moyennement Très Extrêmement
4. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTÉES** pour les autres, en terme de détérioration de la qualité de votre vie ?
- Aucunement Légèrement Moyennement Très Extrêmement
5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil ?
- Aucunement Légèrement Moyennement Très Extrêmement

6

L'aspect financier / la gratuité : est-ce important pour vous ? Oui Non

Quelle somme auriez-vous été prêt à dépenser pour participer à 5 séances similaires ?

- 0€ 2 à 5 € par séance (10€ à 25€) 10 à 25€ par séance (50 à 125€)
 50 à 70€ par séance (250 à 350€) davantage

Avez-vous modifié vos habitudes au quotidien concernant : (Expliquez brièvement)

- votre activité en journée ?
 le temps précédant le coucher ?
 votre heure de coucher et de lever ?
 votre attitude en cas de réveil nocturne ?
 autre chose en rapport avec le sommeil ?

Avez-vous pratiqué vous-même des moments de relaxation / pleine conscience depuis la 3^e séance ?

- Quotidiennement Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

Le faisiez-vous avant ? Oui Non Cela vous a-t-il aidé(e) ? Oui Non

Avez-vous modifié votre façon de percevoir votre sommeil et son retentissement au quotidien, depuis le début des séances d'ETP sommeil ?

- Oui Non

Recommanderiez-vous ces ateliers à d'autres personnes ayant des troubles du sommeil ?

- Oui Non

Pourquoi ?

.....
.....

Maintenant que cette session ETP est terminée, que projetez-vous de faire pour continuer à résoudre vos problèmes initiaux de sommeil ?

.....
.....
.....
.....
.....

5

c. Soulever et porter les courses :

OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)

d. Monter plusieurs étages par l'escalier :

OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)

e. Monter un étage par l'escalier :

OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)

f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir :

OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)

g. Marcher plus d'un kilomètre à pied :

OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)

h. Marcher plusieurs centaines de mètres :

OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)

i. Marcher une centaine de mètres :

OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)

j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller :

OUI, beaucoup limité(e) OUI, un peu limité(e) NON, pas du tout limité(e)

4. Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

	OUI	NON
a- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d- Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) :

	OUI	NON
a- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- Avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

7. Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

Nulle Très faible Faible Moyenne Grande Très grande

8. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

a. vous vous êtes senti(e) plein de vie ?

En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

b. vous vous êtes senti(e) très nerveux ?

En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

c. vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?

En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

d. vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?

En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

e. vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?

En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

f. vous vous êtes senti(e) triste et déprimé(e) ?

En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

g. vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?

En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

h. vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?

En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

i. vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?

En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

En permanence Une bonne partie du temps De temps en temps Rarement Jamais

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas ?

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a - Je tombe malade plus facilement que d'autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Je me porte aussi bien que n'importe qui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - Je suis en excellente santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire (ainsi qu'au questionnaire initial). Bonne continuation à vous, et dormez bien, « dormez mieux, pour mieux vivre ».



Anne-Claire DUFLOT

11

3) Questionnaire d'évaluation à 1 an et proposition d'entretien

Bonjour,

Comme convenu par téléphone, je vous envoie trois questions issues des questionnaires que vous aviez déjà remplis, qui me permettront d'avoir une évaluation à 1 an de recul de l'atelier sommeil auquel vous avez participé à la Clinique du Confluent de Nantes, avec Dr Humeau et Mme Paris l'année dernière (de janvier à juin 2017). Merci encore d'avoir rempli les deux questionnaires de début et fin d'atelier.

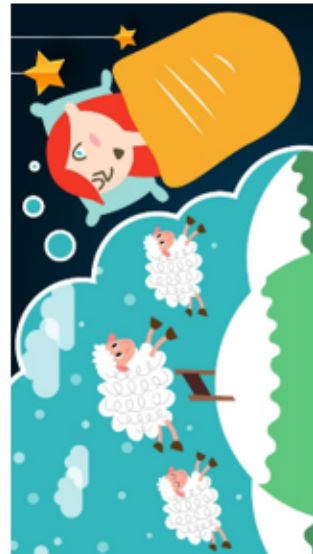
Comme je vous l'ai expliqué par téléphone, je vous recontactais également dans le but de vous proposer un entretien individuel pour aborder l'apport de cet atelier au bout d'un an. Avec votre accord, l'entretien sera enregistré, ce qui me permettra de retranscrire fidèlement votre discours et d'en analyser les propos. Les données recueillies pendant l'entretien, tout comme pour les ateliers et questionnaires, seront anonymisées. L'enregistrement audio sera détruit à la fin de l'étude.

Si vous acceptez cet entretien, qui durera environ une demi-heure, je vous recontacterai pour convenir d'un lieu et d'une date qui seront fixés en fonction de vos disponibilités, entre mi-mars et mi-avril (2018).

Merci par avance de me renvoyer dans l'enveloppe préaffranchie les trois questions avec votre choix concernant la proposition d'entretien.

Anne-Claire DUFLOT.

(Je vous laisse mes coordonnées si vous souhaitez me recontacter de vous-même.)



**Annexe 6 : Résultats quantitatifs des questionnaires
(ayant fait l'objet de calculs statistiques)**

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Moyennes
ISI en début de session	12	21	15	21	16,5	16,5	25	14	12	21	24	20	18,167
ISI en fin de session	7	15	9	18	12	8	25	16	9	14	NE	16	13,545
Différence début/fin	5	6	6	3	4,5	8,5	0	-2	3	7		4	4,091
ISI 1 an après	3	16	16	16	14	9	28	17	16	17	20	17	15,75
Différence début/1 an après	9	5	-1	5	2,5	7,5	-3	-3	-4	4	4	3	2,417
Epworth en début de session	11	1	13	7	6	3	2	2	17	4	7	8	6,75
Epworth en fin de session	9	1	7	5	NE	2	1	3	16	4	3	8	5,364
Différence début/fin	2	0	6	2		1	1	-1	1	0	4	0	1,455
Epworth 1 an après	7	2	13	9	2	2	1	6	17	2	4	10	6,25
Différence début/1an après	4	-1	0	-2	4	1	1	-4	0	2	3	-2	0,5
Pichot en début de session	4	13	9	8	3	1	9	0	8	5	6	10	6,333
Pichot 1 an après	1	10	9	7	4	1,5	10	0	7	5	3	3	5,042
Différence début/1an après	3	3	0	1	-1	-0,5	-1	0	1	0	3	7	1,292
Temps dormi estimé début	6h	NE	5h30	3h30	NE	6h45	3h	5h	8h	3h	(3h45)	3h	4h52
Temps dormi estimé fin	6h30	NE	7h	3h30	(6h30)	6h30	3h	4h30	8h	4h	NE	4h	5h13
Différence début/fin	30min	NE	1h30	0	NE	-15min	0	-30min	0	1h	NE	1h	21min

Qualité de Vie - SF36	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Moyennes
Fonctionnement physique (PF) avant	85	10	55	60	100	100	85	100	65	70	65	20	67,917
Fonctionnement physique (PF) après	85	30	75	70	100	95	65	100	57,5	65	65	40	70,625
Différence PF	0	-20	-20	-10	0	5	20	0	7,5	5	0	-20	-2,708
Limitations physiques (RP) avant	100	0	0	50	100	50	0	100	50	50	0	25	43,750
Limitations physiques (RP) après	100	50	66,7	100	100	25	0	100	25	100	75	0	61,808
Différence RP	0	-50	-66,7	-50	0	25	0	0	25	-50	-75	25	-18,058
Douleurs physiques (BP) avant	80	32,5	32,5	22,5	100	90	45	80	45	45	67,5	22,5	55,208
Douleurs physiques (BP) après	80	35	55	35	100	57,5	22,5	45	5	45	77,5	22,5	48,333
Différence BP	0	-2,5	-22,5	-12,5	0	32,5	22,5	35	40	0	-10	0	6,875
Santé générale perçue (GH) avant	45,8	8,3	37,5	50	75	37,5	50	75	50	58	50	41,7	48,233
Santé générale perçue (GH) après	45,8	33,3	54,2	45,8	70,8	33,3	45,8	58,3	14,6	75	37,5	37,5	45,992
Différence GH	0	-25	-16,7	4,2	4,2	4,2	4,2	16,7	35,4	-17	12,5	4,2	2,242
Vitalité (VT) avant	50	0	20	30	30	41,3	20	70	10	15	36,3	30	29,383
Vitalité (VT) après	60	10	45	30	60	50	10	50	15	30	60	35	37,917
Différence VT	-10	-10	-25	0	-30	-8,7	10	20	-5	-15	-23,7	-5	-8,533
Fonctionnement social (SF) avant	50	12,5	62,5	62,5	62,5	87,5	25	100	50	50	62,5	62,5	57,292
Fonctionnement social (SF) après	87,5	50	62,5	50	100	75	25	75	50	75	100	75	68,750
Différence SF	-37,5	-37,5	0	12,5	-37,5	12,5	0	25	0	-25	-37,5	-12,5	-11,458
Limitations psychiques (RE) avant	100	0	66,7	33	100	100	33	100	33	67	33,3	66,7	61,058
Limitations psychiques (RE) après	100	33,3	50	100	100	100	0	100	100	0	100	100	73,608
Différence RE	0	-33,3	16,7	-67	0	0	33	0	-67	67	-66,7	-33,3	-12,550
Santé psychiques (MH) avant	68	0	40	48	28	84	32	88	36	44	64	44	48,000
Santé psychiques (MH) après	96	20	40	36	56	84	36	64	60	52	60	60	55,333
Différence MH	-28	-20	0	12	-28	0	-4	24	-24	-8	4	-16	-7,333

Annexe 7 : Formulaire de consentement pour l'entretien individuel

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT Participation à une étude pour une thèse de médecine générale
Mme DUFLOT Anne-Claire, doctorante en médecine générale et Dr HUMEAU Marie-Pierre, pneumologue spécialiste du sommeil, directrice de thèse, vous ont proposé de participer à une étude intitulée :
Prise en charge de l'insomnie en ambulatoire : étude et analyse d'un atelier du sommeil à Nantes, apport sur le sommeil, la qualité de vie et le ressenti des patients
Pour finaliser cette étude, des entretiens individuels sont réalisés auprès des patients qui ont bénéficié de l'atelier du sommeil à Nantes à la clinique du Confluent de janvier à juin 2017 et qui ont répondu aux questionnaires initial et final distribués et recueillis au cours de ces ateliers.
Avec votre accord, l'entretien sera enregistré, ce qui permettra de retranscrire fidèlement votre discours et d'en analyser les propos. Les données recueillies pendant l'entretien, tout comme pour les ateliers et questionnaires, seront anonymisées. L'enregistrement audio sera détruit à la fin de l'étude.
Nom et prénom du patient :
<input type="checkbox"/> J'accepte de participer à un entretien individuel dans le cadre de cette thèse et que l'entretien soit enregistré avec un dictaphone.
Signature :



Annexe 8 : Grille d'entretien individuel

1. Pour commencer, est-ce que vous pouvez revenir sur votre parcours, votre histoire par rapport à votre problématique de sommeil ?
2. Est-ce que vous pouvez me parler des ateliers sommeil ?
3. Qu'est-ce que les ateliers sommeil vous ont apporté ?
4. Est-ce que vous pouvez me décrire votre sommeil : maintenant, et tel qu'il était avant les ateliers ?
5. Concernant vos journées, comment se passent-elles ? Comment vous sentez-vous au quotidien ? Est-ce que vous notez une différence par rapport à avant les ateliers ?
6. Avez-vous mis en place ou continué de mettre en place des outils appris ou suggérés en séance, lesquels ?
7. Qu'est-ce qui vous a manqué pendant les ateliers ? Qu'est-ce que vous auriez aimé en plus ?
8. Est-ce que vous aimeriez qu'il y ait une suite à ces ateliers ?

Annexe 9 : Analyse des verbatim des entretiens en thèmes et sous-thèmes

Qui sont-ils ? (Profil des patients)	Origine multiple de leur problématique de sommeil	<ul style="list-style-type: none"> - Prédilection (familial) - Facteurs déclenchants (parentalité, début d'une pathologie autre, événement de vie marquant (décès ou maladie d'un proche, agression), facteurs professionnels, difficultés relationnelles familiales et de couple, - Facteurs surajoutés, - Lien avec l'anxiété, le moral - Auto-entretien 	
	D'autres problèmes de santé	Type : apnées, fibromyalgie, etc. Avec conséquences directes ou indirectes sur le sommeil	
	Déjà un long chemin parcouru	<ul style="list-style-type: none"> - Expression de leur souffrance - Prise en charge médicale passée - Vision négative des médicaments - Plusieurs ont déjà fait de la sophro/relaxation/méditation/hypnose - Plusieurs ont vu psychiatre/psychologue, - Lecture d'ouvrages sur le cheminement personnel - Faculté de se trouver des solutions 	
L'effet de la session ETP ...	Sur leur sommeil	Pas ou très peu pour la majorité, Pour certains légère amélioration (+1h, +régulier/+réparateur), Pour d'autres fluctuation	
	Sur leurs journées / qualité de vie	Un peu plus de sérénité grâce aux outils (d'hygiène ou de relaxation) ou aux activités auxquelles ils se sont mis	
	Sur leur ressenti	<ul style="list-style-type: none"> - Surtout ça qui a changé - Prise de recul par rapport à leur problème de sommeil - Importance de l'effet groupe++ (identification ou au contraire relativisé par rapport aux autres), - Dédramatisation, rationalisation, lâcher-prise 	
L'analyse de la session :	Ce qui les a aidés ou pas	Sur la forme	<ul style="list-style-type: none"> - Déroulé : des avis différents : critiquable ou satisfaisant - Nombre de personnes : trop important - Animatrices du groupe : sentiment d'écoute, professionnalisme, pour deux une déception (confusion psycho/sophro/psychothérapeute) - Caractère collectif : les a beaucoup aidés : partage d'expériences, parfois sentiment que c'était insuffisant - Aspect financier : gratuité appréciée, mais aussi considérée comme un frein à plus de pratique
		Sur le fond	<ul style="list-style-type: none"> - Règles d'hygiène : à tenter (écrans, activité physique, alcool, café, favorisation du processus de réendormissement) - Agenda du sommeil : peut les aider - Initiation sophrologie/méditation : très apprécié, les aide au quotidien, leur donne envie d'en faire plus dans ce genre de pratique - Abord cognitif : qui a joué consciemment (rappel du cercle vicieux de Charles Morin) ou inconsciemment - Résumé : beaucoup d'outils, aide à la relativisation
	Suggestions d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> - Davantage de pratique, notamment en plein air - Nombre de personnes moins important - Davantage de partage entre patients - Support écrit - Suivi à 1 an en groupe ou consultation individuelle 	

DUFLOT Anne-Claire - Prise en charge de l'insomnie chronique : analyse d'un atelier du sommeil à Nantes

93 feuilles, 3 tableaux, 30cm. - Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2018 ; N°

Résumé : La prise en charge de l'insomnie chronique recommandée en première intention est le traitement éducatif et cognitivo-comportemental (TCC), trop peu réalisé en France. Une session d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) à Nantes a été analysée par questionnaires, puis entretiens individuels à un an. **Objectifs :** En étudier l'impact sur les patients, et sa reproductibilité en médecine générale. **Méthodes :** Une session ETP de 5 séances de janvier à juin 2017 à l'Hôpital Privé du Confluent à Nantes a été analysée. Des questionnaires de début et fin de session portant sur le sommeil des patients, leur qualité de vie et leur ressenti, ont été recueillis ; un questionnaire d'évaluation à 1 an envoyé. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés, le verbatim analysé. **Résultats :** 12 patients ont rapporté les questionnaires. Plus de 80% estiment que cet atelier les a aidés, la moitié dort mieux. L'Index de Sévérité de l'Insomnie et la somnolence se sont significativement améliorés avant/après. Les consommateurs occasionnels de somnifères ont arrêté leur prise ; les consommateurs quotidiens ont diminué de 30%. Il n'y a pas d'augmentation quantitative de sommeil, mais une amélioration de sa qualité, de la journée, des symptômes d'insomnie. Le bénéfice principal, mis en exergue par les 9 entretiens réalisés à 1 an, est la modification du vécu de l'insomnie au quotidien. **Conclusion :** Une prise en charge collective (ETP/TCC) permet d'améliorer le ressenti des patients concernant leur insomnie chronique. Cette thèse confirme l'intérêt et la reproductibilité de sessions ETP similaires en médecine générale.

Rubrique de classement : Troubles de la veille et du sommeil**Mots-Clés :** Insomnie chronique – TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale) – ETP (Education Thérapeutique du Patient) – Sommeil – Qualité de vie – Effets à long terme**Mots-Clés anglais MeSH :** Chronic insomnia – CBT (Cognitive Behavioral Therapy) – Patient Education – Sleep – Quality of life – Long-Term Effects

JURY :

Président :	- Monsieur le Pr Benoît DESRUES
Assesseurs :	- Monsieur le Dr Gabriel ROBERT - Madame le Dr Laure FIQUET - Madame le Dr Marie-Pierre HUMEAU-CHAPUIS