



**HAL**  
open science

# Élaboration et évaluation d'un guide de thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement autonome de l'insomnie chronique: étude " Read & Sleep "

Brice-Diego Castiel

## ► To cite this version:

Brice-Diego Castiel. Élaboration et évaluation d'un guide de thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement autonome de l'insomnie chronique: étude " Read & Sleep ". Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02613619

**HAL Id: dumas-02613619**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02613619>**

Submitted on 20 May 2020

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

## **THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
par  
**Brice-Diego CASTIEL**

le 21 Mars 2019

## TITRE

**Élaboration et évaluation d'un guide de thérapie cognitivo-  
comportementale pour le traitement autonome de l'insomnie  
chronique : étude "Read & Sleep"**

Directeur de thèse : Docteur Régis LOPEZ

## JURY

**Président :**

Mr Yves DAUVILLIERS, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

**Assesseurs :**

Mr Philippe LAMBERT, Professeur des Universités de Médecine Générale  
Mr Jorge LÒPEZ CASTROMAN, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier  
Mr Régis LOPEZ, Praticien Hospitalier

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

## **THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
par  
**Brice-Diego CASTIEL**

le 21 Mars 2019

## TITRE

**Élaboration et évaluation d'un guide de thérapie cognitivo-  
comportementale pour le traitement autonome de l'insomnie  
chronique : étude "Read & Sleep"**

Directeur de thèse : Docteur Régis LOPEZ

## JURY

**Président :**

Mr Yves DAUVILLIERS, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

**Assesseurs :**

Mr Philippe LAMBERT, Professeur des Universités de Médecine Générale

Mr Jorge LÓPEZ CASTROMAN, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Mr Régis LOPEZ, Praticien Hospitalier

## ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves  
ALRIC Robert  
ARNAUD Bernard  
ASTRUC Jacques  
AUSSILLOUX Charles  
AVEROUS Michel  
AYRAL Guy  
BAILLAT Xavier  
BALDET Pierre  
BALDY-MOULINIER Michel  
BALMES Jean-Louis  
BALMES Pierre  
BANSARD Nicole  
BAYLET René  
BILLIARD Michel  
BLARD Jean-Marie  
BLAYAC Jean Pierre  
BLOTMAN Francis  
BONNEL François  
BOUDET Charles  
BOURGEOIS Jean-Marie  
BRUEL Jean Michel  
BUREAU Jean-Paul  
BRUNEL Michel  
CALLIS Albert  
CANAUD Bernard  
CASTELNAU Didier  
CHAPTAL Paul-André  
CIURANA Albert-Jean  
CLOT Jacques  
D'ATHIS Françoise  
DEMAILLE Jacques  
DESCOMPS Bernard  
DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard  
DUMAS Robert  
DUMAZER Romain  
ECHENNE Bernard  
FABRE Serge  
FREREBEAU Philippe  
GALIFER René Benoît  
GODLEWSKI Guilhem  
GRASSET Daniel  
GROLLEAU-RAOUX Robert  
GUILHOU Jean-Jacques  
HERTAULT Jean  
HUMEAU Claude  
JAFFIOL Claude  
JANBON Charles  
JANBON François  
JARRY Daniel  
JOYEUX Henri  
LAFFARGUE François  
LALLEMANT Jean Gabriel  
LAMARQUE Jean-Louis  
LAPEYRIE Henri  
LESBROS Daniel  
LOPEZ François Michel  
LORiot Jean  
LOUBATIERES Marie Madeleine  
MAGNAN DE BORNIER Bernard  
MARY Henri  
MATHIEU-DAUDE Pierre  
MEYNADIER Jean  
MICHEL François-Bernard  
MICHEL Henri

MION Charles  
MION Henri  
MIRO Luis  
NAVARRO Maurice  
NAVRATIL Henri  
OTHONIEL Jacques  
PAGES Michel  
PEGURET Claude  
PELISSIER Jacques  
POUGET Régis  
PUECH Paul  
PUJOL Henri  
PUJOL Rémy  
RABISCHONG Pierre  
RAMUZ Michel  
RIEU Daniel  
RIOUX Jean-Antoine  
ROCHFORT Henri  
ROSSI Michel  
ROUANET DE VIGNE LAVIT  
Jean Pierre  
SAINT AUBERT Bernard  
SANCHO-GARNIER Hélène  
SANY Jacques  
SEGNARBIEUX François  
SENAC Jean-Paul  
SERRE Arlette  
SIMON Lucien  
SOLASSOL Claude  
THEVENET André  
VIDAL Jacques  
VISIER Jean Pierre

#### Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude  
BLANC François  
BOULENGER Jean-Philippe  
BOURREL Gérard  
BRINGER Jacques  
CLAUSTRES Mireille  
DAURES Jean-Pierre  
DAUZAT Michel  
DEDET Jean-Pierre  
ELEDJAM Jean-Jacques  
GUERRIER Bernard  
JOURDAN Jacques

MARES Pierre  
MAURY Michèle  
MILLAT Bertrand  
MAUDELONDE Thierry  
MONNIER Louis  
PREFAUT Christian  
PUJOL Rémy  
SULTAN Charles  
TOUCHON Jacques  
VOISIN Michel  
ZANCA Michel

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie  
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe – Neurochirurgie  
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
GUILLLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick – Cardiologie  
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie  
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
CAMU William-Neurologie  
CANOVAS François-Anatomie  
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation  
CORBEAU Pierre-Immunologie  
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie  
DE VOS John – Cytologie et histologie  
DROUPY Stéphane -Urologie  
DUCROS Anne-Neurologie  
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie  
HAYOT Maurice - Physiologie  
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
LABAUGE Pierre- Neurologie  
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière  
LECLERCQ Florence-Cardiologie  
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales  
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
MOREL Jacques - Rhumatologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PRUDHOMME Michel - Anatomie  
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle-Génétique  
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
CAPTIER Guillaume-Anatomie  
CAYLA Guillaume-Cardiologie  
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie  
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
GENEVIEVE David-Génétique  
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie  
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie  
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
LONJON Nicolas - Neurologie  
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
LUKAS Cédric-Rhumatologie  
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
MORANNE Olivier-Néphrologie  
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
NOCCA David-Chirurgie digestive  
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
RIVIER François-Pédiatrie  
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François-Cardiologie  
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie  
SULTAN Ariane-Nutrition  
THOUVENOT Éric-Neurologie  
THURET Rodolphe-Urologie  
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max-Ophtalmologie  
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry-Immunologie  
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale**

### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

### 2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

## **PROFESSEUR ASSOCIÉ – Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

## **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

### **MCU-PH Hors classe**

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière



### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire  
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire  
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie  
BRET Caroline -Hématologie biologique  
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire  
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie  
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire  
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion  
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail  
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie  
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire  
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire  
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie  
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie  
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

### **MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERTRAND Martin-Anatomie  
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
HERRERO Astrid – Chirurgie générale  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie  
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

#### **Maître de conférences de 1<sup>ère</sup> classe**

COSTA David

#### **Maîtres de conférences de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice  
OUDE-ENGBERINK Agnès

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SERAYET Philippe

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

### **Maître de Conférences hors classe**

BADIA Éric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

### **Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

## **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

# REMERCIEMENTS

***À mes Maîtres,***

***Monsieur Le Professeur Yves DAUVILLIERS,***

Vous me faites l'honneur de présider mon jury et de juger mon travail de thèse. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir accepté en stage hors-filière au sein de votre service des troubles du sommeil et de l'éveil. Ainsi, j'ai pu développer ma profonde attirance pour la médecine du sommeil, et tout particulièrement pour l'insomnie, aboutissant à ce long travail de thèse. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, toute mon admiration, ma gratitude ainsi que tout mon respect.

***Monsieur Le Professeur Philippe LAMBERT,***

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse. Veuillez, Monsieur le Professeur, recevoir l'expression de mon plus grand respect et de toute ma gratitude pour l'honneur que vous me faites en jugeant mon travail. Je tiens également à vous remercier pour votre implication dans la grande qualité de la formation des internes en Médecine Générale de l'Université de Montpellier.

***Monsieur Le Professeur Jorge LÒPEZ CASTROMAN,***

Merci d'avoir répondu positivement afin de juger mon travail de thèse. Permettez-moi, Monsieur le Professeur, de vous exprimer ma plus grande reconnaissance et mon profond respect.

***Monsieur Le Docteur Régis Lopez,***

Je te remercie du fond du cœur de m'avoir fait l'honneur d'être mon directeur de thèse. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir guidé et coaché. Merci pour ta disponibilité sans faille, ta bienveillance et ta gentillesse. C'est un honneur d'être ton élève. La TCC de l'insomnie n'a « presque » plus de secret pour moi, et c'est en grande partie grâce à toi. Ce travail de thèse ayant débuté il y a maintenant presque 2 ans, merci d'avoir eu confiance en moi et de m'avoir soutenu. L'aventure ne fait finalement que commencer, puisqu'il nous faut maintenant bonifier et diffuser largement ce guide, qui espérons-le, permettra à terme, d'améliorer le sommeil de nombreux insomniaques.

## **À ma famille,**

**Papounet chéri et Mamounette d'amour**, merci pour tout. Merci pour votre amour débordant, votre soutien inconditionnel, votre disponibilité, vos conseils, votre écoute, vos attentions. J'ai une chance immense de vous avoir en tant que Papa et Maman, la vie me le rappelle tous les jours. Merci aussi pour votre engagement ainsi que les valeurs que vous n'avez cessé de nous inculquer : amour, partage, respect, bienveillance. Elles me servent au quotidien. Merci également pour votre profond altruisme et humanisme, qui inconsciemment m'ont donné le goût de la Médecine, le goût d'aider, de soigner et d'écouter les autres. C'est aussi grâce à vous que je deviens Docteur en Médecine aujourd'hui. Et n'oublions pas : qui peut le plus, peut le moins !

**Thomas** : mon grand frère d'amour. Tu as toujours été là pour moi. Dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Tu as su me calmer lors de mes colères, m'encourager lors de mes efforts. M'écouter. Me comprendre. M'enseigner aussi. Tu m'as donné goût pour la musique (quand je te piquais tes albums des Guns, d'IAM, ou encore de Raggasonic...), et rien que pour cela, je t'en remercie. Tu es un grand frère unique. Je ne mesure pas toujours la chance que j'ai de t'avoir comme frère mais ce est sûr, c'est que je t'aime mon vieux.

**Alexis** : et mon petit frère d'amour ! Quelle immense chance j'ai de t'avoir comme frère. On est pareil sur toute la ligne : cette colloc de 3 ans avec toi n'a fait que renforcer les liens intenses qui nous caractérisent. Mon compagnon de choc en festival et aussi mon compagnon de vie. Tous ces rnar, tous ces sets, toute cette vio ne sont rien comparés au bonheur que tu me renvoies. Je t'aime bro. Gros big up aussi à celle qui partage ta vie depuis maintenant quelques années et que j'apprécie énormément, j'ai nommé Camille <3.

**Granny, Mamine, Granpa, Papy** : de tout la haut, j'espère que vous m'observez grandir. J'aurais aimé partager ce jour si particulier à vos côtés. Merci pour tous les souvenirs d'enfance que vous me laissez derrière vous.

À mes **Oncles, tantes, cousins, cousines**, avec qui j'ai passé de merveilleux moments.

Puis les amis : dans l'ordre chronologique comme ça pas de jaloux :)

## - Les Ouifs -

*Et oui, le TdF.CreW occupe forcément une place particulière dans mon cœur... Vous êtes les premiers amis de ma vie, et donc les premières personnes à avoir cru en moi. Pour cette raison, je ne vous oublierai jamais ! Cela fait maintenant plus de 25 ans que l'on se connaît pour certains, et on continue de rigoler comme au bon vieux temps du squat (rolalala les souvenirs qui remontent...) Toujours aussi bêtes, toujours aussi motivés, toujours aussi soudés : je crois que c'est ce qu'on appelle l'amitié :)*

À **Charli/Charlo/THE Turtle** : d'aussi loin que je m'en souviens, tu es la première personne avec qui je suis devenu ami : on était en maternelle ensemble bordel ! Plus de 25 ans d'amitié, c'est quand même rare et pour cela, je t'en remercie. Ne change pas pour les 25 prochaines années mon gros ! PS : désolé pour la pyramide de bordel à l'EVG d'Ox, qu'est ce qu'on était bête 😊 Et évidemment, gros big up à toute ta famille de tortue !

À **Ox/Oxhino/Dear Fucker** : bon mon gros, TMTC que je pourrais écrire une thèse sur toi tellement t'es un gars sûr ! Toujours là pour m'épauler dans les coups durs : nos 2 P1 (je te remercie encore de m'avoir réveillé à tous les changements de station entre Villennes city et les Saints-Pères afin de m'éviter de finir au terminus), mes chagrins d'amour, tu t'es même pris une patate pour et avec moi (souviens toi de ce Dour festival ou on était comme 2 idiots avec un œil au beurre noir, grand loul). Bref, je t'aime ! Gros big up aux Chaumier et plus particulièrement à Nath. One love broooooooooooooo.

À **Polo/Polomartolo** : toi, même délire que les 2 bozos du dessus ! On s'est rencontré en CE2 si je ne dis pas de bêtises et depuis, on ne s'est plus quitté ! On en a traversé des épreuves ensemble bordel... Des moments joyeux comme des moments douloureux. Mais ce qui a forgé notre amitié. Tu es resté le même et c'est pour ça que je t'aime mon gros ! Tout comme Ox, tu es le 1<sup>er</sup> à prendre de mes news, et ça j'apprécie énormément. Loin des yeux mais près du cœur en ce qui nous concerne 😊 Gros BigUp à toute la famille Malissard et à Laura.

À **Gab et Tibo** : bon, vous c'est pareil, je pourrais faire un chapitre de remerciements tellement on était tout le temps fourré ensemble à un moment de ma vie : à la fois fouinasse dans l'âme et entremetteur devant l'éternel, des soirées/festivals/afters de folie, des "j'te met bien gros" à base de parmesan sous L, bref, tellement de souvenirs qu'il faudrait que je rédige un autre bouquin ^^ et maintenant, un heureux événement est en route (merci le rhum cubain ???) et je suis méga-super-giga content pour vous ! Comptez sur moi pour l'emmener à ses 1ères teufs :)

À **Mat/Guy/La Belette** : encore un écervelé comme je les aime ! Je me remémore en écrivant ces lignes tous les fous rires que tu as pu me déclencher depuis qu'on se connaît, et rien que pour ça je te remercie ! Tu as un place de choix dans mes toilettes, tu le sais mamène ! Big up à la femme ! Et milles bisous à Lélé de buse !

À **Evounette/Le petit hamster** : le plus mignon de tous les hamsters ! Tu sais que je t'apprécie beaucoup et que j'aime ton côté complètement barjot ! Surtout ne change pas ! Tu es le bienvenue chez moi quand tu repasses sur Montpeul, c'est aussi ta ville ! Gros bisous sale trouid

À **Patdecan/Puet** : mon voisin d'en face ! On peut dire qu'on se connaît depuis un bail ! Le temps des tartines de Kiri devant la PS1 est révolu, maintenant c'est place à l'IronMan! Le mec est solide ! Et marié à la plus belle des indiennes, j'ai nommé Roja ! En espérant que tu reviennes un jour en France et pourquoi pas dans le Sud :) Bises ma vieille Puet !

À **Pierro** : aaaaaaaahhhhh mon Pierro ! Toi aussi, t'es un sacré numéro ! Champion d'escalade, jamais sans ton camtar, tu es toujours motivé pour tout ! De belles marades en festival avec toi aussi sale niiiiiiiiiiiiib des bois ! Même si on se voit que très rarement, tu restes un naab sûre ! En espérant que tu poses ton barda dans le Sud un jour, car il y a de beaux spots à grimper !

À **Tang/Tanguinoux** : enfoiré de Marseillais ! Et putain de Nordiste ! En vrai, comment, tu fais ??? :) Si on me demandait un seul mot pour te décrire, je dirais gentillesse. Parce que c'est vraiment ce qui te caractérise. Je me rappelle de toutes ces soirées qu'on a fait à Bures, sans parler de la session dans le resto hanté, c'était quand même quelque chose ! Je t'embrasse mon frère.

À **Tiphaine** : alors toi, je ne vais pas te louper ! Tu vas prendre pour ton grade ma chère ! En vrai, je t'ai réellement découverte lors de notre petit road trip en Inde à l'occasion du mariage de la Puetdecan ! Et bah je peux te dire que je n'ai pas été déçu ! Tu as du caractère et ça ça me plaît ! Et pour couronner le tout, tu rends heureux et tu es mariée à un de mes meilleurs potos donc que veux tu que je dise de plus ! + le mini Ox is coming donc beauté ultime ! Keep it on baby !

À **Florie/La relou** : ma 1ère petite copine <3 ! Tu étais auprès de moi au tout début de mes années de médecine et me voilà aujourd'hui Docteur en Médecine, 11 ans après! Ca ne te rajeunit pas ma chère ! J'espère que ta joie de vivre (qui te caractérise si bien) ne te quittera jamais.

À **Servane** (désolé, je ne m'occuperai pas de tes boobs mais je t'aiderai à trouver un spécialiste si besoin) et **Lindsay** (le bon vieux Cougi) : je vous fais de gros bisous !

À **Margaux et Charly** : le couple le plus blond que la Terre n'ai jamais porté. Gardez votre bonne humeur à vie les gros !

À **CamCam** : caliente caliente ! Me muero de ganas por estar a tu boda, nos la vamos a pasar padrísimo y disfrutar al maximo.

À **Agathe** : ma ptite Agathe ! Méga plaiz de t'avoir revu à l'anniv d'Evounette, ta drolitude n'a pas changé et c'est tant mieux ! Gros bisous !

À **Tim** : je pense à toi très régulièrement mon gros! Je me rappelle de ces sessions canette de Guinness dans ta voiture, puis golf de nuit, sans parler du bowling pinté à 14h, c'était mythique ! J'espère que tu vas bien !

À **Martouille** : pour ton énergie et ton caractère bien trempé ;)

À **Hugues** : ta beaugossitude rendrait jaloux Cléopâtre en personne ^^

À **Sandrine** : pour ton amour de la K-pop ! Des gros bisous.

À **Mat Bessard** : ton rire et ta bonne humeur qui te caractérise est indélébile ! Trop content que tu sois sur MTP!

À **Théo** : ta tête de ouinf et tes bêtises me manquent !

À **Jon et William** : ca fait un bail que l'on ne s'est pas vu les gars... alors qu'on était tout le temps fourrés ensemble à une époque! J'espère que tout roule pour vous !

À **Jij** : Jésus est parmi nous ! Gloire à toi mon gros!

## - Les Gouizs -

*Mon 2ème plus ancien groupe d'amis, et pas des moindres : j'ai nommé les Gouizs. A mon arrivée à St É en 3ème, je ne connaissais personne, et vous m'avez accueilli. Vous avez également été là dans les moments difficiles, et ça je ne l'oublierai jamais. Jamais. Et vous avez également fait parti des 1er à croire en moi malgré ma scolarité un peu chaotique et mes conneries diverses et variées. Cela fait maintenant dans les 17 ans que l'on se connaît et malgré (seulement) 3 ans sur les bancs du lycée en votre compagnie, on ne s'est jamais perdus de vue. Donc bigup à la Gouizs family qui s'agrandit de jour en jour (omg, vous êtes de vrais lapins, c'est amazing, mettez des capotes bordel ^^)*

À **Max/Tite Piute/Duduch** : bon, que dire te concernant, si ce n'est que tu es le mec le plus bête que je connaisse. Ta bêtise n'a pas de limite : "pas cap de manger ce M&Ms qui est entré/sorti d'un pot d'échappement", le fameux emplumage de Riton à base de miel + plume dans le parc de St Ger (bon moment le conseil de discipline by the way...), initiateur de l'iconique Coin Game (woulah, y a pas eu de mort, on est chanceux sur ce coup là), la liste est longue... change rien poto, reste comme tu es, c'est comme ça que je t'aime.

À **Juxt in the muxt statiiiiiiiiioooooooooonnnnnnn** : mon ptit juxt ! C'est toi mon 1er vrai copain de St E! Beau gosse comme jamais, la mèche rebelle, grand, fort, brillant, je pense que j'aurais pu devenir gay pour toi. Mais Manon en a décidé autrement (gros bisous à elle d'ailleurs, et je promets que j'ai été sage à votre mariage). C'est avec toi et ton grand frère que j'ai découvert un truc que j'apprécie toujours aujourd'hui (again, c'est hyper gay comme phrase mais je crois que tu m'as compris à quoi je faisais allusion...). Bordel, gros, t'es un putain de commissaire de police. T'as accompli ton rêve. Et on va être honnête, quand tu révisais ton concours et qu'on était en colloc à St Michel, ce n'est pas moi qui t'ai tiré vers le haut... Donc double GG, je suis fier de toi (et je m'excuse par la même occasion d'avoir saboté tes matinées de travail quand je revenais d'after). Love u dude.

À **Raf/Rafoufoune** : je crois que si je suis devenu si bête, c'est en rapport avec les milliers de coconuts qui ont très probablement causés d'irréparables dégâts sur mes petites cellules grises. En même temps, je les méritais... mea culpa pour le sbeul que j'ai foutu dans ta baraque de St Ger (tu te souviens des saucisses crues dans les placards ou lorsque l'on avait vidé intégralement le contenu de ton frigo dans la rue ? je pense que oui...). Je t'aime fort mais je t'aimerais encore plus si tu étais plus en métropole (Washington DC, NYC, Mexico, London, non mais ça va laaaa!). Hâte de revoir ta trogne et tes gros lolos. Ton Bicou d'amour.

À **Lucas/Lulu/Bolognox/Fourfesse** : là aussi on tient un champion de la bêtise ! Mon ptit Lulu, tu es le soleil qui emplit mon coeur de bonheur chaque matin, tu es là ouinf qui me fait des câlins chaque soir, tu es mon Smecta qui me soutient dans les moments difficiles. J'ai adoré crier des "à la gloire de Rome" en crachant des morceaux de lé-oupe sur les murs. Il est loin le temps où ta face ressemblait à Verdun (cf Bolognox). I love u.

À **Ritonxxxxx** : le plus gros chicrot d'entre nous. Éternel voleur de fringues, chevalière au doigt tel un prince, tu respires la bonté et la bonne humeur. Merci d'avoir un rire aussi rigolo. Je t'aime bro.

À **Anne-So/Anne-Sofix** : le trio d'enfer avec Raf tu te souviens ? Je suis retombé sur les photos de notre TPE il y a peu, une bonne barre ^^ . Merci pour ta gentillesse. Ainsi que pour ta fibre artistique qui m'a toujours impressionnée (cf le dessin de la maison de mes 30 ans). Je te fais 1000 bisous.

À **Letrox/Traodi** : THE only one. Fervent défenseur de la technique du cobra, pingouin devant l'éternel, je te kiffe comme jamais mon gros. Gros big up pour ta barbe de chinois !

À **Yoni** : l'homme aux 1000 conquêtes. Solide le type. Tu brilles dans le noir mon pote. Bouillant pour passer te voir sur LA asap. La bise mon gros.

À **Sexy Mat Matheous** : je me remémore cette Grafen Walder party dans ton ancien chez toi... C'est à cause du chinois qu'il disait le grand pitre... Mémorable. T'as choisi de t'expatrier à Marseille et t'as eu tellement raison mon gros ! Meilleure décision ever. J'ai encore reçu une photo de toi à poil nageant dans les calanques aujourd'hui. Ta zézette me manque. Jte kiff mon pote. Des méga gros bisous à Mathilde.

À **Antoine et Jo** : je me souviens encore de ce petit tour de France des potos que j'avais fait entre mes 2 semestres de P1. J'étais passé vous voir sur Lyon. A l'époque, je ne savais pas encore que j'allais devenir médecin... Le temps passe vite, mais les amis comme vous ne changent pas : toujours là, toujours beaux, toujours frais. Je vous love.

À **Arthur/Tutur/Pom** : mon tutur... toi aussi tu fais parti des gars OP. C'est grâce à toi que mon univers musical s'est ouvert. Bon, à l'époque, c'était Pleymo et Enhancer ^^ Depuis, les choses ont changé et tu vis désormais loin de nous, mais finalement proche par la pensée. Un de mes grands regrets est de n'avoir pu être présent à ton mariage... Je me rattraperai en venant vous voir lors de mon prochain voyage, c'est certain ! Des gros bisous à Véro au passage.

À **Vick** : la ptite Vick ! Toujours aussi surbookée, toujours autant en vacances ! Presque autant que moi, c'est scandaleux ! Je te fais de gros bisous !

À **Pitou** : mon voisin de classe en 1<sup>ère</sup> S. Ahahaha, qu'est ce qu'on était naze. Merci de me faire vibrer chaque jour avec notre bon vieux groupe « boontaz ». De gros bisous à Sophie !

À **Meuh et Alex** : mi-Kro, mi-rastafari, le mélange subtil aboutissant à un couple plein de vie comme le votre. Gros bisous les copains.

À **Ben et Agathe** : je suis rital, et je le reste ! Remember ce bon vieux Claude... J'espère que vos nuits sont plus calmes désormais ^^ Des poutous.

À **Peltos** : la blondeuuuuuuur du type ! J'espère que ta morsure de chien va bien (remember ce moment épique en interrail ^^)

À **Antoine/Loscul et Élé** : des gros bisous les copains ☺

Gros Big Up à tous les mini-Gouizs : **Alice, Camille, Eliane, Lancelot, Luca, Maxence.**



## - Tinsmar -

*Saint Martin de France. C'était la "sanction" pour me remettre dans le droit chemin après une première 1ère S chaotique. Et bah on peut dire que la "sanction" s'est vite transformée en 2 ans durant lesquels on a bien rigolé à Martimprey. Avec "papa" et "tititia", Demoz et ses bbq dans sa chambre, le sport de maison ou on taclait les externes à la gorge, les mercredis aprem "aviron" qui nous permettaient de fumer nos clopes tranquilles, les glissades nus dans les douches, etc, etc... Je me remémore désormais ces années avec nostalgie...*

À **Ma Yekou/L'abominable yekou poilue/La Yeuk** : Aaaaaahhhh ma grosse yekou ! Toi aussi t'en tiens une sacrée couche... Le Colombien le plus Belge de tous les Français. Je suis heureux que n'on ne se soit pas perdu de vue depuis Tinsmar, puisque depuis maintenant quelques années, on se quitte plus : le Boom et la Colombie en 2018, l'Ozora en 2019... Ca va envoyer du sale ! Tu es un gars sûr, toujours motivé pour tout, ne change pas ! Je t'aime ma petite Yekou ! <3

Et méga Big Up à **Paul, Lambite, Edgard, Nico, Clouf, Bokob, Crunch, Mario Bros, Raza.**

## - Les parisiens -

À **Chakr/Chakroo/Math/Charkroogayfouroux** : Mec. MEEEECCCCCCC. Tu rends fou tellement t'es un génie sur patte. Je peux dire aujourd'hui que tu es quelqu'un de méga important dans ma vie. Toujours la patate, toujours là pour m'aider à réfléchir et résoudre mes galères, tu me distilles de précieux conseils depuis que je te connais, et j'ai toujours eu raison de t'écouter (enfin, il y a une chose concernant laquelle je ne t'écoute jamais... ahahahha). Bref, t'es un mec en or, j'ai de la chance de t'avoir à mes côtés. Tu es une des personnes qui connaît le mieux mon côté obscur, et t'as toujours été le Jedi qui lutte contre ça (la vache, c'est beau ce que je suis entrain de balancer). Evidemment, quand j'aurai le permis (inch'allah), j'essaierai de te "rendre" les 200000 km que je te dois. Et pour terminer, heureux que tu sois heureux avec la PonPon, je vois bien qu'elle est faite pour toi, et ça remplit mon petit coeur de douceur et de joie. Prend soin d'elle, mais je n'ai aucun doute la dessus. Heureux de faire partie du trouple :) Et surtout : n'oublie pas de la fermeuh. xoxo 4 ever. NB : no more sarouels pliz

À **Toto** : on l'appelle la "tri de" dans le milieu ! Tu es mon partner in crime comme on dit, surtout en ce qui concerne les festoches et le geekage ^^ . Toujours là pour me rappeler d'enlever mes lentilles, t'es un gars sûr. Ton rire si caractéristique me fait taper des barres à chaque fois mon gros, tout comme ta gueule de trizuth fini ! J'espère qu'on a encore de belles années devant nous pour kiffey comme il se doit ! J'attends ton installation dans le Sud de pied ferme. Et n'oublie surtout pas de la fermeuh. Bises mon frere.

À **Chaussa/Chaussette/Mat Mat** : encore un pitre qui s'ajoute à la bande ! Le hippie fou par excellence ! Cheveux longs et soyeux, rasé sur le té-co, le mec est là quoi ! Il ne m'en fallait pas plus pour tomber in love de ta joie de vivre! Et n'oublies surtout notre doctrine à tous : "LE MAN, TAPAHè, LE MAN, TAPAHèèèèèèèè" Et des énormes giga méga bisous à Cam, avec qui tu fais vraiment la paire !

À **Diana** : une grosse pensée pour la plus belle des danseuses de hula hoop et la plus funky des photographe s! Ne change rien, t'es parfaite comme ça !

À **Nico/Crisp'x** : ma référence en botanique. Au dessus, y a le soleil, si nécessaire à la photosynthèse ^^ . J'espère vraiment que dans un futur proche, on aura l'occasion de bosser ensemble sur le projet dont on a déjà parlé. Bises mon gros.

## - L'externat -

*Mes 1ers amis (futurs) médecins. Partenaire de travail (un peu...), partenaire de déconne (beaucoup!). La P1, grosse ambiance en amphi. 2 ans de travail pour arriver au résultat tant attendu : le (vrai) début des études de Médecine. Et aujourd'hui me voilà médecin... C'est un peu grâce à vous quand même! Donc MERCI ! Puis l'externat à proprement parlé... Je retiendrai surtout toutes ces soirées, WEI, CRIT, Ski Fac et tous ces moments inoubliables passés ensemble, on en a fait des bêtises... Mais on n'était pas à PD pour rien bordel ! Beaucoup de souvenirs s'entremêlent, avec les faluchards, avec la fanf, avec les autres...*

À **Chartier/Tiéchar/Max Vert Janus/Maxime le trans de baaaaaaase** : à croire que tous mes bons potes qui s'appellent Maxime sont d'une débilité ahurissante. Toi, ton niveau est juste hallucinant... Et c'est pour ça que je te kiffe mon bro. A base de B2O sous ichtou poto! Posey, complètement jnouney, en mode swaaaag! J'aurais trop de choses à dire sur toi mais je vais me contenter de faire un petit remember du mois pré-concours 2ème semestre que l'on a passé presque H24 ensemble à travailler : "tu connais pas ça ? oh mec, je bad pour toi". On a quand même perdu 200 places et des brouettes et on n'est passé pas loin de le rater ce concours de P1. Tant que j'y suis, on a quand même redoublé notre D1 ensemble donc boooooon. J'évitais de m'étendre sur les after chatroulette dindon, les "AES que faire?" ou encore les crêtes de punk à chien au CRIT. Tous ces souvenirs qui remontent font de toi un mec à part. Change rien bro, une brillante carrière de cacalogue t'attend, je suis juste blasé que tu aies choisi cette ville horrible pour ton internat, surtout pour un fan boy du PSG comme toi... Ah oui, on ne parlera pas non plus de ton amour pour les Kooks... (OMG, le gank, c'est cheuuuu).

À **Bertol/Bert/Gui/Guillôôôôôôôme** : bon, là encore, j'ai envie de pleurer en écrivant ces lignes de remerciement. Déjà, parce que t'es un putain de bon gars : toujours dans la mesure, tu sais discuter sans prendre partie et toujours de façon objective, en pesant le pour et le contre (chose que j'ai du mal à faire je l'avoue mon frere mais je m'améliore avec le temps). Tu sais toujours être de bon conseil quand je doute. T'as toujours été la quand j'ai eu besoin de toi, et ça c'est une belle preuve d'amitié mon gros. Aussi, parce que c'est clairement grâce à toi qu'aujourd'hui je vie dans cette belle ville qu'est MTP city : ce choix a été un tournant dans ma vie, et je ne le regretterai jamais donc heureux de t'avoir fait confiance. T'es une belle personne Guillaume. Je t'aime. Go NZR for life.

À **Mehdi/Mehdizou/Le Zouad/El Franc Maco** : Toi aussi t'es une espèce à part ! Des comme toi, il n'y en a qu'un et pour ça que je t'aime <3 (gay spotted, I WAS LOADED OKAYYY??!!). Ta vision des choses, ta fibre artistique, ton physique d'homme tibia sont autant de choses qui forcent le respouch. N'oublies pas que je suis ton 1er fan des diverses prods que tu as pondues sous tes différents alias. Et je souhaite aussi que ce soit toi qui me fasses les plans de ma future baraque. Je veux un truc chéper mon gros. TMTTC. En espérant que tu resteras toujours aussi fou. En attendant, tout le monde est très sympaaaa.

À **Laure/la teuh de base** : Ma ptite Laure d'amour ! Trop heureux de t'avoir rencontré au tout début de notre externat. J'étais ton chef d'équipe du WEI. Tu n'étais alors qu'une bizuth de base. Puis j'ai redoublé. Et je me suis donc retrouvé dans ta promo. Heureusement que tu étais là ^^ sinon, je ne serais probablement pas là aujourd'hui à soutenir ma thèse. Rien que pour ça, MERCI. Merci aussi de m'avoir supporté pendant les révisions de l'ECN. Tu vas devenir une brillante urgentiste, j'en suis sûr. Je te fais 1000 bisous my dear.

À **Vass/Vasston** : le muuuuun. Champion du pneumothorax, addict au speed rock et aux fringues Carhartt, fanfaron dans l'âme, on se connaît depuis la P1. Tant de chemin parcouru. Tant de conneries balancées. Tant de vio. Mais jamais trop. Je t'embrasse sale russkov.

À **Omar/Gromar** : mon gros. Ça fait si longtemps qu'on ne s'est pas parlé. On a pris des chemins différents, et j'en suis vraiment attristé. Vraiment. Je pense très souvent à toi et à ces quelques années passées à tes côtés. Je suis ta petite vie à distance, et je suis heureux pour toi que tu ai trouvé ta voie aux Antilles. Cette destination était faite pour toi de toute façon. Il est trop tard et ce n'est sûrement pas l'endroit, mais je m'excuse que ce ce soit terminé comme cela. Je t'embrasse.

À **Elliot** : mon parrain de faluche :) Souviens toi de tous ces crit, ces soirées, et ce United festival à Montpellier... On était bien. Mais tu as décidé d'aller soigner des mecs beaucoup trop baraques et beaucoup trop gays... A ton image en fait ahahahha ! Gros bisous mon vieux et à tantôt.

À **Damien** : une belle tri celui là aussi ! On s'est connu au tout début de l'externat puis on s'est suivi dans le Sud pour nos internats et ça c'est une beauté. On peut clairement dire que t'es un franc-mac de base. Des bisous mon gros. PS : je squatte ton boucher des Halles sans respect.

À **Thibault/Catin** : le champion du kiwi, le maître incontesté des bouliches qui pendent. Te voilà un homme accompli avec mariage, enfant et compagnie. Qui l'eut cru ? J'espère revoir ta face rapido mon gros. Bises.

Et gros big up à **Jess, Soler le raptor, Delphine, Nina** (boobs spotted), **Harold** (mickeeeeyyyyy), **Thimoche, Vicou, Manu** (GG pour le TC/PC au mariage de Catin), **Azedine, Nono, Tigran, Flo, Felix, Mehdi Ben Castro**, ainsi que **la Faluche et la Fanfare de Paris Descartes**.

## - Perpi -

*Le début des choses sérieuses : j'ai nommé l'internat. Du travail, évidemment, mais surtout de grosses marades comme on les aime ! Ça ne pouvait pas se passer autrement dans le meilleur internat de France. Une belle brochette de vainqueurs, des collocs survitaminés, des feux d'artifices, des after destruction massive de mobilier (big up au mec de la sécu qui venaient remplacer les extincteurs 2 fois par semaine), des jacuzzis, des confettis, des paillettes, des retournage de chambre, des chaises au plafond, des tornades de cagettes, de l'art moderne sur les murs, pffffff, la liste est beaucoup trop longue... Ces 6 mois ont été tout simplement épiques, et je m'y suis fait des copains pour la vie. Je n'oublierai jamais tous ces moments (sauf ceux que j'ai déjà oubliés).*

À **Mika/Daisy/le PU-PH de vascu** : 135.3 db. Une des plus belles rencontres de mon internat. Tu le sais mamene. Rencontre au WEI, puis ce semestre mythique en Pneumo à Perpi. Notre quotidien ? 9h-11h30/15h-18h. Siestes. Brancardage. Fibro-ponction. En mode Syrie all starz ^^ . J'aurais trop de choses à te dire par écrit, et certaines choses ne s'écrivent pas petit cochon. Tu gères ta life comme moi la pêche au silure : le gars est proprio, médecin vasculaire et en plus il a un gros szboub. Que demande le peuple ? Olivier ? Oliviiiiieerrrr ? ahahaha. N'oublie surtout pas de te faire ce tatouage loup que tu need tant : ton pec n'en sera que plus gros. Je t'aime mon gros. Des gros bisous aussi à ta femme qui est désormais ma référente dermato préférée (mais dis lui de s'améliorer au squash plz...)

À **Agnès** : méga fière de toi ma chère ! Tu as accompli ton rêve et ça c'est beau ! J'espère que tu vas bien et que ton projet Canada se concrétise, tu pourras entre autres y pratiquer ton meilleur anglais ^^ Gros bisous !

À **Clem** : mon ptit bout d'chou ! Trop content d'avoir rencontré ta douceur et ta gentillesse en début d'internat :) Dommage que tu aies décidé de retourner sur Panam city, mais je sais que tu l'as fait pour de bonnes raisons! Gros bisous à Tommy au passage.

À **Perrine** : THE duchesse. The only one. La meuf a du sang bleu quoi. Simply amazing. En revanche, c'est un honneur que je te fais d'être dans mes remerciements. Ne l'oublie jamais. JAMAIS. #jtekisskisslove

À **Matou + Pierre + Rémi** : le trio de l'enfer. Pas un pour rattraper l'autre. Mais vraiment. Ça serait trop long d'énumérer tous les bons souvenirs que j'ai avec vous 3, mais rappelons nous simplement de cet after jetage de canapé par dessus bord. Mythique. Voilà.

À **Edwige** : notre petite pharmacienne régionale. Digne représentante des NS, toujours motivée pour tout, dommage que tu aies décidé de partir à Nice ! Je te fais de gros poutous poutous.

À **Charlo** : la sportive-aventurière de la colloc ! Je compte bien me mettre au kite d'ici peu, j'espère que tu m'apprendras !

À **Hélène** : la plus choupi des choupinettes ! Je te fais de gros bisous.

À **Agathe** : quand en lendemain de garde, la trance rencontre le violon : un subtil mélange !

À **Martin** : oh putain fratééééé ! Le plus perpignanais des PO. Et en 4K svp. Bises mon vieux.

Au plus mignon des couples, **Sofia et Flo** : félicitation en avance pour votre mariage ;)

Au plus coquinou des couples, **Camille et Guillaume** : bientôt le mariage ? :)

À **Alex** : ma petite racaille de Shangai ! J'ai cru voir que Mr était en Nouvelle-Cal à remplacer. Et bah ca va la vie ! Continue à te mettre bien comme tu le fais, c'est le secret du bonheur.

Mais aussi à **Fanny, Benoit, Floriane, Agathe J., Caroline, Ariane, Florence, Manue**.

## - Carca -

À **Romain** : une autre très belle rencontre de mon internat. Souviens-toi de notre 1ère rencontre... J'arrive à la bourre en staff le 1er jour. Puis pause clope (tu ne fumais pas à l'époque...) et bim, on a accroché direct. Merci aussi pour ta gentillesse et ta bienveillance. Ce qui devait arriver arriva : tu vas devenir papa ahahahaha putain c'est beau bordel! Hyper content pour vous! Embrasse très fort Odile de ma part. Et comme d'hab, je viens squatter votre piscine et votre BBQ 2 semaines cet été :)

À **Alban** : l'homme le plus classe du monde ! (après Georges). T'es un bon gars, droit dans ses bottes. C'est rare de nos jours. Toujours chaud pour un ptit concert, ton instinct musical me fait grand bien. Dommage que tu ne connaisses pas Sheraf...

Et bip up à **Redha, Robin, Adama, Sophie**, et **le gang des roumains** (cimer pour l'odeur de vos petits dej avant d'aller au bloc).

## - Ma promo d'adoption -

À **Simon** : t'es un sacré numéro toi ! Tu es complètement barjot et c'est ça que je kiffe chez toi. Plus naturel et spontané, tu meurs ! Mais du coup, ça aboutit à pas mal de conneries qui sont plus drôles les unes que les autres (les énumérer serait beaucoup trop long ^^). Je t'attends de pied ferme pour le Boom 2020 poto ! Je t'aime. PS : go t'acheter une e-cigarette plz, ainsi que du skill.

À **Stef** : une douceur inimitable (cpasgay), une gentillesse sans limite, un pneumologue expert. Il ne m'en fallait pas plus pour mettre mes pieds dans tes (Stefan) Janoski. Heureux de t'avoir rencontré en début d'internat, this is for life bro. Love u. Gros bisous à notre Lolo nationale au passage !

À **Pench** : ou plutôt Jean-Marie le Pench. Ce rire bordel. Cette tête de quadrizuth. Tout est mignon chez toi. Tout. Allez, touche-la. Stp. Touche-la à travers le jean. Allez, rien qu'un peu.

À **Maiss** : le gars est beaucoup trop mobile quoi ! T'as décidé de taper tous les pays du monde ou quoi ? Attends un peu que je me mette au kite et que je t'apprenne 2-3 trucs !

À **Paul** : le master de Super Mario Smash Bros de la vio. Le mec pèse dans le game.

À **Cédric** : on va au sporting mon frère ! ahahah des barres, je sais pas comment tu fais pour nous supporter. Surement ta gentillesse à toute épreuve !

À **Sarah** : une petite nana tout mimi, pleine de vie, avec un caractère bien trempé ! Keep on !

À **Renaud** : on n'est pas la pour les truites mon gars. AHAAH, ce souvenir indélébile. Bonne route dans ta nouvelle spé : l'ichtologie.

À **Clarisse** : ton enthousiasme me ravit, tout comme ta joie de vivre. Ne change pas.

À **Thibault** : gros, faut vraiment qu'on s'envoie une partie de pêche un de ces 4. On sortira des fats silures qu'on bouffera à la broche comme des gros lards.

### - MTP city -

À **Philou** : une de mes superbes rencontres dans le Sud ! Au delà de notre passion commune pour la pêche (et pour beaucoup d'autres choses ^^), j'apprécie ton côté posé et serein. Tout comme ta gentillesse à toute épreuve. Des gros bisous à Fanny, Anna et Rafi évidemment !

À **Hélène** : raaaaaaa ma grosse ! Tellement happy de t'avoir rencontré et d'avoir participé en mode fouine à votre fusionnage avec le gros Bertol ! Je suis tellement heureux pour vous, que vous fassiez la paire comme ça, c'est magnifique. En même temps, j'avais pas de doutes, tu es unique et exceptionnelle à la fois !

À **Chloé** : ma partenaire du Son Libre ^^ adepte de la danse du raptor ! Continue à avoir la pêche, c'est communicatif ! Tu feras une super urgentiste poulette !

À **Morgan** : mon alter-égo niveau son. Le gars ne rate pas une teuf ahahaha. J'espère te revoir bientôt dans le Sud et pourquoi pas au Son Libre ☺

À **Quentin et Marion** : le duo infernal, toujours fourrés ensemble ces 2 là ! Merci pour votre bonne humeur les copains.

À **Jo et Lulu** : vous avez le cœur sur la main, et c'est ça que j'apprécie chez vous. Ne changez rien !

À **Gigi et Marion** : cette session voiture de folie qu'on s'était envoyée ahahahha. J'espère que vous allez bien et que vous êtes prêts à accueillir la bonne nouvelle qui pousse dans le bidou de Marion ☺

À **Gus** : t'es si mignon poto. Un gros nounours comme on les aime. Heureux que tu sois rentré de ton road trip, on va pouvoir refaire la fiesta ensemble ^^

À **Nouz** : encore une belle découverte ! On s'en met des belles à chaque fois, et on partage le même délire niveau son, et ça ca fait du bien !

À **Senam** : encore une énergumène comme on les aime ! A bientôt poto.

À **Sophie et Ben Fonti** : toujours fourrés en soirée ces 2 là ^^ j'espère que tout roule pour vous !

### - Le service des Urgences de Lapeyronie -

Initialement complètement blasé de me retrouver en stage pour 6 mois aux Urgence de Lap, j'ai rencontré de superbes personnes, qui pour certaines sont restées des amis. J'ai finalement adoré mes 6 mois avec vous, tant sur le plan pro que perso ! Une équipe médicale et paramédicale en or. Je ne pouvais pas vous quitter au bout de 6 mois, j'ai donc décidé de revenir faire des gardes 6 mois de plus (déchoc 4 ever baby). Donc merci à vous !

Au **Pr Sebbane** : non, je ne veux toujours pas faire le DESC de Médecine d'Urgence :) Mais merci pour tout !

À **mes co-internes** : j'espère que l'on sera amené à rebossier ensemble comme au bon vieux temps ^^

À mes anciens chefs : **Antoine B., Barbara C., Benoit A., Bruno L., Cécile O.** (gros big up à toi), **Damien P., Jean-François V., Juline B., Magaly T., Martin D., Natacha S., Olivier V.** Merci pour votre patience et votre enseignement ! J'espère que tout le monde va bien !

Aux infirmiers : **Emilien, Romain, Elsa, Stéphanie.** Merci pour tout !

## - Le service des troubles du sommeil de Gui de Chauliac -

À **la team SOMMEIL !!!** : merci à **Bertrand, Elisa, Lucie** et **Sofiène**. Vous m'avez accueilli à bras ouverts. Vous m'avez enseigné la Médecine du sommeil et notamment aidé à comprendre toutes ces ondes farfelues ^^ . Merci aussi de m'avoir adressé vos patients pour mon étude. Merci du fond du cœur. Vous êtes la meilleure des teams.

À **Aurélie** : merci de m'avoir accueilli 6 mois dans ton cabinet et merci pour ton enseignement en Pneumologie et Allergologie.

À **mes co-internes , Anna et Elisa** : merci pour votre présence durant le stage, et votre bonne humeur. Merci aussi d'avoir joué le jeu pour les PVT de 7h du matin. J'espère que tout roule pour vous les filles. :)

Aux **IDE et aux ARC du service** : merci pour votre accueil et votre bienveillance. J'ai rarement été aussi bien accueilli dans un service et ça fait du bien. Toujours un plaisir de discuter avec vous les filles.

À **Gisele** : une secrétaire en or ! Y en a pas 2 des comme toi ! Merci pour tout !

Aux **IDE de consultation**. Merci pour votre bienveillance. Vous m'avez toujours aidé à me trouver un box de consultation et ce fut toujours un plaisir de discuter avec vous entre 2 patients.

Aux **secrétaires de consultations et d'accueil** pour avoir programmé environ 200 rdv de consultation pour moi et d'avoir été si gentilles et disponibles.

Aux **patients de Read&Sleep**, sans qui cette étude et par extension ce travail de thèse n'aurait pas pu être possible ! Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir joué le jeu à fond.

## - Mes maîtres de stage -

À **Jean-Baptiste** : merci de m'avoir enseigné la Médecine Générale à ta façon. Humaine et franche. Merci également de m'avoir remis dans le droit chemin à un moment où j'étais un peu perdu. J'espère que tout roule pour toi.

À **Olivia** : merci de m'avoir accueilli en stage et de m'avoir fait confiance. Merci pour ton enseignement et ton écoute. Merci aussi de m'avoir fait progresser dans cette Médecine d'écoute, qui est primordiale à mon sens. J'espère te recevoir bientôt à la maison autour d'un café :)

## - Les inclassables -

À **Julien gras dpeurc**, le plus mignon des peurc. J'espère que tu as toujours ton ptit gras à portée de main. Passe faire un bisous dans le Sud quand t'as l'ocaz mon frere.

À **Christelle et Claire**, les grosses dékeulaaaaasse ^^ . J'espère que tout roule pour vous.

À **Lamouf**, pour ta bonne humeur et ta gentillesse. Par contre, go tg ftw u noob ^^

À **Mimo et Vico**, parce que vous êtes de belles tri. N'oubliez jamais de la fermax. Jamais.

Aux **Boomers** : **Alice, Elsa, Damien, Mélanie, Nico, Antonia** : chauds pour 2020 ? :)

À **La team Colombie** : **Scarlett et Gabrielle**, j'espère ne pas avoir été trop lourd, mais on a quand même bien rigolé, c'était un pur voyage en votre compagnie. Maybe un revival un jour ! Signé, Brice-Diego.

À **Laurence** : merci de m'accueillir dans ton établissement pour fêter ma thèse. Merci aussi pour ta gentillesse.

Une pensée émue pour **mon professeur d'Histoire-Géographie** qui m'avait dit que je ne serais jamais médecin. Il m'a permis de prouver qu'aucune barrière n'est insurmontable lorsque l'on a la volonté de réaliser ses rêves. Qu'il en soit remercié...

À **Siam** pour avoir fait ses griffes sur mes coffrets collector de vinyls. Merci aussi à toi d'avoir régulièrement écrit avec tes pattes des "ù!\$!mpghhèdf(rqsz"r"lp" quand je rédigeais le guide de TCC. Je t'aime petite boule de poils, même si maintenant tu es loin de moi.

À **Georges Abitbol**, l'homme le plus classe du monde, source d'inspiration permanente pour moi.

À **Bobby**, toujours présent pour faire la fête, solide comme un roc, rose comme un porc, long comme jamais ! J'espère que tu seras encore parmi nous pour longtemps :)

À **Seasnake**, car sans toi, rien de tout ça n'aurait été possible. Je t'aime petit bout de viande.

À **Skee Mask** et son album "Compro", que j'ai bien dû écouter une 100aine de fois en rédigeant cette thèse.

À **Babe** : merci d'être entrée dans ma vie il y a maintenant 4 ans... ☺ et merci d'être présente au quotidien. Le reste ne s'écrit pas ... ^^ I love you to the moon and back !



## Liste des abréviations

**TCC** : Thérapie Cognitivo-Comportementale

**TCC-I** : Thérapie Cognitivo-Comportementale de l'Insomnie

**eTCC-I** : Thérapie Cognitivo-Comportementale de l'Insomnie sur Internet

**ISI** : Index de Sévérité de l'Insomnie

**ESS** : échelle de somnolence d'Epworth

**BDI** : inventaire de dépression de Beck

**CAS-16** : échelle de croyances et attitudes concernant le sommeil

**HAS** : Haute Autorité de Santé

# SOMMAIRE

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2. Le trouble insomnie</b>	<b>3</b>
2.1. Données épidémiologiques	3
2.2. Critères diagnostiques	5
2.2.1. ICSD-III	6
2.2.2. DSM-V	7
2.2.3. ICD-10	8
2.3. Principaux symptômes	8
2.4. Symptômes et signes associés	10
2.5. Insomnies secondaires	10
2.6. Diagnostics différentiels	11
2.7. Évaluation clinique de la plainte d'insomnie	12
2.8. Place des examens complémentaires	13
<b>3. Les stratégies thérapeutiques de l'insomnie</b>	<b>15</b>
3.1. Les traitements médicamenteux	16
3.1.1. Molécules concernées	16
3.1.2. Prescription d'un hypnotique	18
3.1.3. Arrêt du traitement	19
3.1.4. Les limites des traitements hypnotiques	20
3.1.5. Mélatonine	23
3.2. La TCC-I en face à face	24
3.2.1. Modèle physiopathologique de l'insomnie chronique	24
3.2.1.1. Facteurs prédisposants	25
3.2.1.2. Facteurs précipitants	26
3.2.1.3. Facteurs perpétuants	26
3.2.1.4. Le cercle vicieux de l'insomnie	27
3.2.2. Principes de la TCC-I	30
3.2.2.1. La psycho-éducation	30
3.2.2.1.1. Comprendre l'insomnie	30
3.2.2.1.2. Informations sur le sommeil normal	31
3.2.2.1.3. Les mesures d'hygiène du sommeil	31
3.2.2.2. Les mesures comportementales	31
3.2.2.2.1. La restriction du temps passé au lit	32
3.2.2.2.2. Le contrôle par le stimulus	34
3.2.2.2.3. Les techniques de relaxation	35

3.2.2.3. La restructuration cognitive .....	37
3.2.2.3.1. Garder des attentes réalistes .....	39
3.2.2.3.2. Eviter de blâmer l'insomnie .....	40
3.2.2.3.3. Réviser ses mauvaises conceptions des causes de l'insomnie .....	42
3.2.2.3.4. Ne jamais essayer de dormir .....	42
3.2.2.3.5. Apprendre à gérer ses pensées intrusives .....	43
3.2.2.3.6. Ne pas dramatiser après une mauvaise nuit .....	44
3.2.2.3.7. Adopter une attitude scientifique .....	44
3.2.2.3.8. Ne pas mettre trop l'accent sur le sommeil .....	45
3.2.2.3.9. Développer une tolérance face aux effets de l'insomnie .....	45
3.2.3. Efficacité de la TCC-I en face à face .....	46
3.2.4. TCC-I versus pharmacothérapie .....	47
3.3. Alternatives à la TCC-I en face à face : le « self-help » .....	48
3.3.1. La TCC-I online .....	48
3.3.2. La TCC-I sur le mode de la bibliothérapie .....	51
<b>4. Objectifs de l'étude .....</b>	<b>51</b>
<b>5. Matériel et méthode .....</b>	<b>52</b>
5.1. Le guide .....	52
5.1.1. Élaboration .....	52
5.1.2. Contenu .....	52
5.1.2.1. Cahier d'évaluation : semaines 1 et 2 .....	53
5.1.2.2. Cahier TCC : semaines 3 à 8 .....	54
5.1.2.2.1. Semaine n°3 .....	54
5.1.2.2.2. Semaine n°4 .....	56
5.1.2.2.3. Semaine n°5 .....	58
5.1.2.2.4. Semaine n°6 .....	59
5.1.2.2.5. Semaine n°7 .....	60
5.1.2.2.6. Semaine n°8 .....	60
5.1.2.3. La notion de « coaching sommeil » .....	61
5.2. L'étude Read&Sleep .....	62
5.2.1. Justification de l'étude .....	62
5.2.2. Type d'étude .....	63
5.2.3. Population étudiée .....	63
5.2.3.1. Critères d'inclusion .....	63
5.2.3.2. Critères d'exclusion .....	64
5.2.4. Déroulement de l'étude .....	65
5.2.4.1. Recrutement .....	65
5.2.4.2. V0 : visite de pré-inclusion .....	65
5.2.4.3. V1 : visite d'inclusion .....	66

5.2.4.4. Entretien téléphonique de mi-parcours .....	67
5.2.4.5. V2 : visite de fin d'étude .....	67
5.2.4.6. Contact de suivi à 6 mois .....	67
5.2.5. Critères de jugements .....	68
5.2.5.1. Principaux .....	68
5.2.5.1.1. Acceptabilité et faisabilité .....	68
5.2.5.1.2. Index de Sévérité de l'Insomnie .....	69
5.2.5.2. Secondaires .....	70
5.2.5.2.1. Paramètres de l'agenda du sommeil .....	70
5.2.5.2.1.1. Efficacité de sommeil .....	71
5.2.5.2.1.2. Temps passé au lit .....	71
5.2.5.2.1.3. Temps total de sommeil .....	72
5.2.5.2.1.4. Latence d'endormissement .....	72
5.2.5.2.1.5. Nombre de réveils nocturnes .....	72
5.2.5.2.1.6. Veille intra-sommeil .....	72
5.2.5.2.2. Autres mesures subjectives du fonctionnement .....	72
5.2.5.2.2.1. Échelle de somnolence d'Epworth .....	72
5.2.5.2.2.2. Inventaire de dépression de Beck .....	73
5.2.5.2.2.3. Échelle de croyances et attitudes concernant le sommeil .....	73
5.2.5.2.3. Consommation d'hypnotiques .....	74
5.3. Analyse statistique .....	75
<b>6. Résultats.....</b>	<b>75</b>
6.1. Échantillon .....	75
6.2. Flow-chart .....	76
6.3. Caractéristiques démographiques .....	77
6.4. Caractéristiques cliniques .....	77
6.5. Critères de jugements principaux .....	81
6.5.1. Index de Sévérité de l'Insomnie .....	81
6.5.1.1. Comparaison de l'ISI avant et après intervention .....	81
6.5.1.2. Rémission .....	81
6.5.1.3. Taux de réponse .....	82
6.5.2. Acceptabilité et faisabilité .....	82
6.6. Critères de jugements secondaires .....	84
6.6.1. Paramètres de l'agenda du sommeil .....	84
6.6.1.1. Efficacité du sommeil .....	84
6.6.1.2. Temps passé au lit .....	85
6.6.1.3. Temps total de sommeil .....	85
6.6.1.4. Latence d'endormissement .....	85
6.6.1.5. Nombre de réveils nocturnes .....	86

6.6.1.6. Veille intra-sommeil .....	87
6.6.2. Autres mesures subjectives du fonctionnement .....	87
6.6.2.1. Somnolence .....	87
6.6.2.2. Symptomatologie dépressive .....	88
6.6.2.3. Croyances et attitudes concernant le sommeil .....	89
6.6.3. Consommation d'hypnotiques .....	89
6.7. Tableau récapitulatif .....	90
<b>7. Discussion .....</b>	<b>91</b>
<b>8. Conclusion .....</b>	<b>95</b>
<b>9. Bibliographie .....</b>	<b>96</b>
<b>10. Commentaires des patients .....</b>	<b>103</b>
<b>11. Annexes .....</b>	<b>106</b>
<b>12. Serment d'Hippocrate .....</b>	<b>127</b>
<b>13. Permis d'imprimer .....</b>	<b>128</b>
<b>14. Résumé .....</b>	<b>129</b>

# 1. Introduction

Le sommeil fait partie des fonctions vitales de l'être humain. En effet, nous passons environ un tiers de notre vie à dormir.

Parmi les troubles du sommeil, l'insomnie est sans aucun doute l'entité la plus fréquente, et constitue un important problème de santé publique, de part ses répercussions humaines, sociales et économiques.

Même si la prévalence vie entière de ce trouble est estimée à 19 % (1), une grande partie des personnes souffrant d'insomnie n'en parlent pas à leur médecin, entretenues par l'idée que l'insomnie n'est pas un vrai problème de santé, aboutissant ainsi à une « épidémie de souffrants silencieux ».

Les médecins généralistes sont concernés au premier chef par ce trouble, l'insomnie étant un motif typique de recours en soins primaires, et ont en charge le diagnostic, le traitement et le suivi de la grande majorité des patients insomniaques.

Encore de nos jours, la réponse thérapeutique la plus classique à ce trouble reste la prescription quasi systématique d'un traitement médicamenteux, la France n'échappant évidemment pas à la règle puisque nous sommes connus pour consommer bien plus d'hypnotiques et d'anxiolytiques que nos voisins européens. Il est ainsi estimé que 7 à 10 % de la population utilisent une médication prescrite pour promouvoir le sommeil, et ce bien souvent sur une base régulière et prolongée (2).

Les médecins généralistes, même s'ils sont conscients des limites des traitements médicamenteux, tout comme des risques d'accoutumance et de dépendance, ne connaissent généralement pas d'autres alternatives thérapeutiques, ou alors sont insuffisamment formés, et pour ceux qui le sont, ne disposent pas d'un temps de consultation adéquat pour les mettre en oeuvre.

Une des alternatives thérapeutiques, la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC), a largement fait preuve de son efficacité concernant le traitement de l'insomnie primaire. Il existe aujourd'hui une littérature conséquente sur l'efficacité et sur l'excellent rapport bénéfice-risque de la Thérapie Cognitive et Comportementale de l'Insomnie (TCC-I) (3,4).

En effet, les programmes de TCC-I permettent une amélioration clinique significative de l'insomnie chez près de 80% des patients (5).

Habituellement pratiquée en face à face, en programme court (6 semaines), seul ou en groupe, par un professionnel de santé formé (médecin, psychologue, infirmier), la TCC-I reste, d'après les dernières recommandations officielles, le traitement de première intention, puisqu'elle permet dans la grande majorité des cas de traiter efficacement cette pathologie (6,7,8).

Malgré la preuve indiscutable de son efficacité et les recommandations faisant de la TCC-I le traitement de première intention de l'insomnie chronique, l'offre de soins actuelle en France reste insuffisante car les centres de sommeil spécialisés sont trop peu nombreux et le nombre de professionnels formés trop faible. Il est ainsi difficilement envisageable de prévoir en l'état la généralisation à court terme de la TCC-I compte-tenu des coûts induits, et de l'effort de formation que cela représente.

C'est donc l'argumentaire développé dans cette introduction qui nous a amené à réfléchir sur la manière dont il serait possible d'optimiser la prise en charge de l'insomnie en soins primaires, aboutissant à ce travail de thèse.

*« Insomnie. Singulier état où l'acuité des sens s'accroît, où les souvenirs s'accumulent jusqu'à devenir parfois intolérables, où le temps qui s'écoule pourtant au ralenti permet à la pensée de galoper follement »*

**Yvette Naubert**

## 2. Le trouble insomnie

### 2.1. Données épidémiologiques

De nombreuses études épidémiologiques ont tenté d'estimer la prévalence de l'insomnie, et ce notamment en France, au sein de la population générale.

Cependant, ces estimations doivent être interprétées avec prudence pour deux raisons :

- une grande hétérogénéité des définitions (9)
- une grande hétérogénéité des méthodologies utilisées (10)

Une étude datant de 2000 portant sur 12778 personnes représentatives de la population française, retrouvait ainsi une prévalence de l'ordre de 19 % selon les critères du DSM-IV, dont 9 % correspondait à une insomnie sévère (11).

De plus, il est maintenant largement reconnu que la prévalence de l'insomnie augmente avec l'âge (après 65 ans, deux fois plus de patients souffrent d'insomnie par rapport aux sujets de moins de 45 ans) (12) et qu'elle est deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Enfin, la prévalence de l'insomnie est également significativement plus élevée chez les apparentés de sujets insomniaques que dans la population générale (13) tout comme au sein des classes socio-économiques défavorisées.

La prévalence de l'insomnie chronique fait qu'elle a des conséquences socio-économiques importantes (14).

Elle représente des coûts élevés pour notre société, qu'ils soient directs et indirects (15,16).

Les coûts directs concernent les consultations médicales, les explorations diagnostiques éventuelles, les hospitalisations possibles, le traitement et le suivi thérapeutique. Ils étaient évalués à environ 1.5 milliard d'euros en 1999 (17).

Concernant les traitements, les Français consomment 80 millions de boîtes d'anxiolytiques et 67 millions de boîtes d'hypnotiques, ce qui représente 320 millions d'euros remboursés par l'assurance-maladie. Fin 2002, la prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques représentait en



France 9,7 % des prescriptions totales de médicaments. Parmi les 25 médicaments les plus prescrits en France, cinq sont des psychotropes dont deux hypnotiques (Zopiclone et Zolpidem) (18).

Les coûts indirects englobent tous les aléas liés à l'insomnie et à son traitement en relation avec la mauvaise condition médicale des patients. Ils comportent l'absentéisme au travail, les accidents du travail, la diminution de la concentration du patient et de sa productivité, les accidents de la route,... Ce coût indirect est difficile à quantifier mais est estimé à environ 80 milliards de dollars aux États-Unis. Les accidents de travail et les accidents de la circulation sont un élément important du coût indirect. Par exemple, la fatigue liée à l'insomnie est l'élément essentiel permettant d'expliquer ces accidents. En 2003, une publication américaine (19) souligne que la fatigue est la cause primordiale des accidents de la route aux États-Unis (4ème cause de mortalité et 51 % de tous les décès par accident, 2,5 millions de handicaps par an, coût estimé à environ 50 milliards de dollars). Dans une étude française datant de 2006, le pourcentage d'employés ayant au moins un arrêt de travail était respectivement de 50% et 34% pour les insomniaques et les bons dormeurs. Le coût supplémentaire pour l'assurance maladie de l'absentéisme associé à l'insomnie était estimé à 77€ par employé et par an. Le coût supplémentaire pour les employeurs a été estimé à 1295€ par an. Enfin, les employés déploraient eux-mêmes un coût de 100€ par an (20).

Enfin, les insomniaques sont plus souvent absents au travail, mais pas uniquement du fait de leur insomnie, mais aussi du fait de l'augmentation de la fréquence d'autres pathologies médicales, notamment les lombalgies chroniques (20).

## 2.2. Critères diagnostiques

L'insomnie chronique est définie comme un trouble persistant portant sur l'initiation, la durée, le maintien ou la qualité du sommeil, trouble qui se manifeste en dépit de circonstances et d'occasions satisfaisantes pour le sommeil et qui retentit sur le fonctionnement de la personne au cours de la journée.

Le terme "insomnie" est donc défini par l'association de trois composantes :

- une difficulté à dormir
- qui entraîne des conséquences diurnes
- et ce malgré un contexte adéquat pour le sommeil de nuit

Chez les adultes souffrant d'insomnie, les plaintes liées au sommeil les plus typiques sont les difficultés d'endormissement ou de maintien d'un sommeil continu pendant la nuit.

Il est indispensable que des troubles diurnes soient aussi présents pour définir l'insomnie comme une maladie. Ils comprennent habituellement une fatigue, une baisse de l'humeur ou une irritabilité, une sensation générale de mal-être ou des troubles cognitifs, classiquement associés à une altération de la qualité de vie, affectant les activités sociales ou professionnelles. Dans les formes sévères d'insomnie, il peut exister une augmentation du risque d'accident du travail ou de voiture, de même que des troubles psychiatriques ou cardiovasculaires.

Il existe plusieurs types d'insomnie : l'insomnie chronique mais aussi d'autres formes comme l'insomnie transitoire/épisode ou encore le trouble insomnie récurrent.

L'insomnie chronique caractérise les sujets dont les difficultés à dormir dépassent en fréquence et en durée des seuils acceptables de sorte qu'il en résulte une morbidité cliniquement significative.

L'insomnie chronique est décrite dans plusieurs classifications nosologiques, qui proposent des algorithmes basés sur des critères cliniques :

- l'ICSD-III (*International Classification of Sleep Disorders, 2014*) (21)
- le DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013*) (22)
- l'ICD-10 (*International Classification of Diseases, 10ème édition*) (23)

La définition et les critères proposés par le DSM-V sont probablement les plus largement utilisés en pratique clinique courante.

### **2.2.1. ICSD-III** (*par l'International Classification of Sleep Diseases*)

Les critères A à F doivent être remplis.

<b>A. Le patient se plaint, ou l'entourage observe au moins un des éléments suivants :</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. difficulté à s'endormir</li><li>2. difficulté de maintien du sommeil</li><li>3. réveil plus précoce que l'horaire désiré</li><li>4. refus d'aller se coucher à un horaire approprié</li><li>5. difficulté à s'endormir sans l'intervention d'un des parents</li></ol>
<b>B. Le patient se plaint d'au moins un des éléments suivants au cours de la journée, liés aux difficultés de sommeil nocturnes :</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. fatigue ou mal-être</li><li>2. troubles de l'attention, de la concentration, ou de la mémoire</li><li>3. altération de la vie sociale, familiale, professionnelle, ou fléchissement des résultats scolaires</li><li>4. trouble de l'humeur ou irritabilité</li><li>5. somnolence diurne</li><li>6. problèmes comportementaux (hyperactivité, impulsivité, agressivité)</li><li>7. diminution de la motivation, de l'énergie, des initiatives</li><li>8. facilité à faire des erreurs ou à avoir des accidents</li><li>9. préoccupation ou insatisfaction par rapport au sommeil</li></ol>
<b>C. Les plaintes concernant le sommeil et la veille ne peuvent pas être expliquées exclusivement par le manque d'occasion de dormir (c'est à dire que suffisamment de temps est réservé pour dormir) ou par un contexte inadapté au sommeil (c'est à dire que l'environnement est sûr, sombre, calme et confortable).</b>
<b>D. Les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés surviennent au moins trois fois par semaine.</b>
<b>E. Les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés sont présents depuis plus de trois mois.</b>
<b>F. Les troubles du sommeil et de veille ne sont pas mieux expliqués par une pathologie du sommeil autre que l'insomnie.</b>

### 2.2.2. DSM-V (par l'American Psychiatric Association)

<b>A. La plainte principale est une insatisfaction concernant la quantité ou la qualité du sommeil, associée à un (ou plus) des symptômes suivants :</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. difficulté à initier le sommeil</li><li>2. difficulté à maintenir le sommeil, caractérisée par des réveils fréquents ou des problèmes pour s'endormir après les réveils</li><li>3. réveils matinaux précoces, avec impossibilité à se rendormir</li></ol>
<b>B. Le trouble du sommeil entraîne une détresse ou déficience cliniquement significative sur le plan social, professionnel, éducatif, académique, comportemental.</b>
<b>C. Les difficultés de sommeil surviennent au moins trois fois par semaine.</b>
<b>D. Les difficultés de sommeil sont présentes depuis au moins trois mois.</b>
<b>E. Les difficultés de sommeil surviennent malgré des conditions adéquates pour la venue et le maintien du sommeil.</b>
<b>F. L'insomnie n'est pas mieux expliquée par et ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble veille-sommeil (une narcolepsie, trouble respiratoire en rapport avec un trouble du sommeil, un trouble du rythme circadien, une parasomnie).</b>
<b>G. L'insomnie n'est pas en rapport avec les effets physiologiques d'une substance (médicaments, drogues).</b>
<b>H. La coexistence d'un trouble mental ou d'une pathologie médicale n'explique pas la plainte principale de l'insomnie.</b>
<p><i>A spécifier :</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- avec comme comorbidité un trouble mental, incluant un trouble d'utilisation de substances</li><li>- avec une autre comorbidité médicale</li><li>- avec un autre trouble du sommeil</li></ul> <p><i>A spécifier :</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- trouble insomnie épisodique : les symptômes évoluent depuis au moins 1 mois mais moins de 3 mois</li><li>- trouble insomnie persistant : les symptômes évoluent depuis au moins 3 mois</li><li>- trouble insomnie récurrent : 2 (ou plus) épisodes espacés d'un an</li></ul>

### **2.2.3. ICD-10** (par l'Organisation Mondiale de la Santé)

Dans cette définition, elle est appelée insomnie non organique.

Il s'agit d'une affection dans laquelle la durée et la qualité du sommeil ne sont pas satisfaisantes et qui persiste pendant une période prolongée. Il peut s'agir d'une difficulté d'endormissement, d'une difficulté à rester endormi ou d'un réveil matinal précoce.

L'insomnie est un symptôme commun à de nombreux troubles mentaux ou physiques ; elle ne doit être classée ici, parallèlement au diagnostic principal, que lorsqu'elle domine le tableau clinique.

## **2.3. Principaux symptômes**

Comme dit précédemment, une difficulté d'endormissement est fréquemment retrouvée chez les personnes souffrant d'insomnie, caractérisant « l'insomnie d'endormissement » ou « initiale ».

Classiquement, chez les jeunes adultes, une latence d'endormissement supérieure à 20 minutes peut laisser penser qu'il existe un trouble du sommeil significatif. Chez les adultes d'âge moyen et les sujets plus âgés, le délai pathologique est généralement défini à partir de 30 minutes.

L'autre symptôme très fréquemment retrouvé est une difficulté de maintien du sommeil, correspondant à « l'insomnie de maintien ». Concrètement, il se manifeste par des réveils itératifs pendant la nuit avec une difficulté à se rendormir.

Des périodes d'éveils intra-sommeil supérieures à 20 minutes chez les jeunes adultes et supérieures à 30 minutes chez les adultes d'âge moyen et les sujets âgés indiquent généralement un trouble du sommeil significatif.

La dernière entité de ce tableau clinique concerne les personnes présentant un réveil final trop précoce, bien avant l'heure de réveil désirée (i.e : l'heure programmée sur le réveil-matin). Les plaintes concernant le réveil précoce sont moins bien définies, mais correspondent généralement à un réveil final au moins 30 minutes avant l'heure de réveil désirée. Il faut impérativement qu'elle soit associée à une réduction concomitante de la durée totale du sommeil en comparaison des habitudes de sommeil prémorbides (par exemple, un réveil final à

4h00 du matin est significatif sur le plan clinique si l'heure du coucher habituelle se situe à 23h, mais pas si elle se situe à 21h).

Il est à noter que le degré de perturbation du sommeil nécessaire pour établir un diagnostic d'insomnie chronique est assez arbitraire car il s'appuie principalement sur les plaintes subjectives des personnes à propos de leur sommeil.

Enfin, il est nécessaire de préciser que l'insomnie chronique peut également prendre la forme de la combinaison simultanée de deux types de troubles parmi les trois, classiquement une insomnie d'endormissement couplée à une insomnie de maintien. Les plaintes d'un patient peuvent aussi évoluer dans le temps (symptômes initiaux en faveur d'une insomnie d'endormissement puis disparition pour laisser place à une insomnie de maintien).

Comme précisé plus haut, ces symptômes surviennent malgré un contexte adéquat et une durée suffisante chaque nuit pour trouver le sommeil.

Une autre partie des symptômes caractérisant l'insomnie, outre les difficultés nocturnes, concerne le retentissement diurne de ces dernières, altérant ainsi le fonctionnement normal de la personne durant la journée. Habituellement, il s'agit d'une fatigue (manque d'énergie, réduction des activités), une réduction de la motivation, une diminution de la concentration, de l'attention et du bon fonctionnement de la mémoire, ainsi qu'une irritabilité et une altération de l'humeur. Une baisse des performances professionnelles ou académiques est souvent rapportée, tout comme une altération de la vie familiale ou sociale. Enfin, il existe fréquemment une somnolence subjective caractérisée durant la journée, associée à une sensation de vigilance réduite. Tout cela peut amener à des erreurs professionnelles ou bien des accidents de travail ou de la route. Parallèlement à cela, des symptômes somatiques peuvent être associés, comme des céphalées ou des troubles gastro-intestinaux.

Il est reconnu que pour remplir le diagnostic d'insomnie chronique, il faut que ces symptômes surviennent au moins trois fois par semaine et depuis au moins trois mois.

Cependant, il est admis que des formes d'insomnie transitoire ou épisodique sont une source significative d'anxiété et d'handicap fonctionnel, et qui peuvent nécessiter une prise en charge clinique dans certains cas, notamment médicamenteuse (seule indication recommandée par la HAS concernant la prescription d'hypnotiques dans le traitement de l'insomnie).

## **2.4. Symptômes et signes associés**

Les personnes souffrant d'insomnie développent fréquemment une attention et une préoccupation excessives envers leurs difficultés de sommeil, tout comme sur leurs conséquences diurnes. Classiquement, cela survient la journée et s'amplifie quand l'heure du coucher approche.

De plus, de nombreuses personnes souffrant d'insomnie chronique présentent un état d'hyperéveil conditionné en réaction à des signaux environnementaux dans leur chambre ou à leurs efforts conscients pour s'endormir. C'est d'ailleurs pour cela qu'il est classique chez les insomniaques de s'endormir relativement facilement ailleurs que dans leur chambre lorsqu'ils n'essaient pas de dormir. Ce mécanisme s'explique par un hyperéveil cognitif et physiologique.

## **2.5. Insomnies secondaires**

Le DSM et l'ICSD décrivent également des formes d'insomnies dites « secondaires », qui résultent de troubles primaires concomitants ou causaux.

L'insomnie secondaire à une pathologie psychiatrique est supposée être causée par, ou être concomitante à une pathologie psychiatrique. L'insomnie est une plainte commune, particulièrement parmi les patients ayant des troubles de l'humeur, psychotiques ou de la personnalité. C'est également le cas dans le trouble anxieux généralisé, le trouble panique ou bien l'état de stress post-traumatique. Dans ce cas, l'insomnie est considérée traditionnellement comme un symptôme secondaire, causé par le trouble psychiatrique lui-même.

L'insomnie secondaire à une pathologie médicale est supposée être causée par, ou être secondaire à une pathologie médicale concomitante. De nombreuses pathologies médicales peuvent être associées à une plainte d'insomnie durable dans le temps. Toute pathologie aigue ou chronique peut de fait occasionner de l'insomnie. Les pathologies cardiaques ou pulmonaires chroniques sont aussi des causes d'insomnie secondaire. De même, l'hyperthyroïdie entraîne classiquement des difficultés de sommeil. Enfin, les autres pathologies du sommeil, qui sont systématiquement à rechercher dans un bilan d'insomnie, sont aussi des causes d'insomnie secondaire (syndrome des jambes sans repos).

Enfin, l'insomnie secondaire à l'usage de médicaments ou de substances est supposée être causée par, ou être secondaire à l'usage d'un médicament ou d'une substance, ou bien à son sevrage. Ainsi, la plainte d'insomnie peut survenir soit pendant les périodes d'utilisation, soit lorsque leur usage est interrompu. L'usage de nombreuses molécules peut être incriminé : bêtabloquants, diurétiques, corticoïdes, antidépresseurs ayant un effet stimulant. Le sevrage en hypnotiques, antidépresseurs sédatifs ou bien certains antalgiques peut également entraîner de l'insomnie.

## **2.6. Diagnostics différentiels**

En pratique, il peut être difficile de différencier l'insomnie chronique des troubles du rythme circadien.

Concernant le retard de phase, l'endormissement est systématiquement retardé par rapport à l'heure souhaitée, parce que le rythme circadien endogène du patient est retardé par rapport aux horaires de sommeil souhaités. Toutefois, les personnes présentant un retard de phase sont capables de s'endormir avec moins de difficultés et ont un sommeil de durée normale s'ils parviennent à s'endormir en phase avec leur rythme endogène, en décalant leurs horaires de coucher et de lever. La prévalence du retard de phase est particulièrement élevée chez l'adolescent et le jeune adulte.

De même, une insomnie chronique qui se présente sous la forme d'une difficulté à maintenir le sommeil avec un réveil précoce doit aussi être différenciée d'une avance de phase. Elle a tendance à être plus présente chez le sujet âgé. L'endormissement est sensiblement plus précoce que l'horaire souhaité parce que le rythme circadien endogène du patient est en avance par rapport à l'horaire de sommeil souhaité. Toutefois, la durée totale de sommeil est satisfaisante quand les patients choisissent un horaire avancé de coucher et de lever qui coïncide avec l'avance de leur rythme circadien endogène.

De plus, l'insomnie chronique doit être différenciée des difficultés de sommeil liées à un contexte qui perturbe le sommeil. Une variété de facteurs liés à l'environnement, comme par exemple trop de bruit ou de lumière, ou des températures extrêmes perturberont le sommeil chez la plupart des personnes. De plus, dormir dans un lieu présentant un danger ou une menace imminente à sa propre sécurité peut aussi affecter le sommeil. Un partenaire de lit qui



ronfle trop bruyamment ou bien bouge trop pendant la nuit peut également perturber le sommeil. C'est pour cette raison que le diagnostic d'insomnie chronique ne doit être retenu que lorsque toutes ces perturbations potentielles sont absentes.

L'insomnie chronique doit aussi être différenciée des situations de restriction volontaire et chronique de sommeil (=insuffisance du sommeil). Certaines personnes présentent une somnolence et une fatigue excessives durant la journée avec une diminution du temps de sommeil durant la nuit en raison d'un agenda surchargé pendant la journée ou le désir de se coucher plus tard afin de participer à des activités sociales. Toutefois, si ces sujets s'accordent suffisamment de temps pour dormir, ils sont capables d'initier et de maintenir facilement leur sommeil sur une durée normale.

Enfin, les symptômes d'insomnie peuvent survenir d'une manière comorbide avec d'autres pathologies du sommeil, comme le syndrome d'apnée du sommeil ou bien le syndrome des jambes sans repos. Un diagnostic d'insomnie chronique ne s'applique donc pas si un traitement efficace de la pathologie du sommeil concomitante résout les symptômes d'insomnie.

## **2.7. Evaluation clinique de la plainte d'insomnie**

Le diagnostic d'insomnie repose principalement sur l'évaluation clinique du patient, et ce, quelque soit le système nosologique utilisé. Puisque le diagnostic d'insomnie se fait par exclusion, en plus de l'évaluation détaillée du sommeil, des évaluations médicales et psychiatriques sont nécessaires pour rechercher la présence de symptômes d'une autre pathologie du sommeil, d'un trouble médical, d'un trouble psychiatrique, ainsi que l'utilisation d'une substance pouvant avoir des effets disruptifs sur le sommeil.

L'évaluation devra préciser le type de difficulté de sommeil, sa durée, son évolution. De plus, il faudra explorer les horaires de sommeil, les conséquences et le degré d'incapacité associé à l'insomnie.

L'analyse fonctionnelle quant à elle permettra d'identifier les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants.

L'outil essentiel pour l'évaluation de l'insomnie reste l'agenda du sommeil. Il s'agit d'un journal quotidien rempli par le patient qui recueille des informations sur différents paramètres du

sommeil (prise de médication ou d'alcool pour dormir, durée des siestes, heure de coucher et de lever, temps d'endormissement, nombre et durée des éveils nocturnes et sentiment de repos le matin). L'agenda du sommeil est normalement complété tous les matins pour une durée minimum de deux semaines lors de l'évaluation initiale du sommeil. Il possède ainsi l'avantage d'évaluer les difficultés de sommeil sur une période continue, dans l'environnement naturel du patient. Il est très utile pour préciser la nature de l'insomnie et identifier certains facteurs (horaires de sommeil irréguliers par exemple) qui peuvent perpétuer l'insomnie. Il est également indispensable pour calculer l'efficacité de sommeil qui sera nécessaire pour la mise en place de certaines composantes de la TCC-I. Il s'agit d'un instrument pratique et économique, qui demeure le plus utilisé comme mesure du sommeil dans les études de traitement de l'insomnie (*annexe II*).

De plus, de nombreux scores et index ont leur place dans l'évaluation de l'insomnie.

Le plus connu est l'index de sévérité de l'insomnie (ISI). Il s'agit d'un instrument de mesure auto-rapportée évaluant les symptômes subjectifs et les conséquences de l'insomnie, ainsi que le degré d'inquiétude ou de détresse causée par les difficultés de sommeil. L'ISI comporte sept items mesurant la sévérité des difficultés de sommeil (difficulté à initier le sommeil, difficulté à le maintenir, réveils trop tôt le matin), la satisfaction quant au sommeil actuel, la perturbation du fonctionnement quotidien, la perception de l'entourage quant à la détérioration apparente de la qualité de vie et le degré d'inquiétude ou de préoccupation face aux difficultés de sommeil. Chaque item est coté sur une échelle de 0 à 4 et le score total varie entre 0 à 28. Le score total permet de classer le patient selon la sévérité de son insomnie. Il peut être complété en moins de cinq minutes et scoré en moins d'une minute (*annexe I*).

## **2.8. Place des examens complémentaires**

En fonction de l'enquête diagnostique et étiologique, certains troubles nécessiteront une exploration par des techniques spécialisées, notamment par actimétrie, polygraphie ou polysomnographie.

L'actimètre est un bracelet enregistreur de mouvements, sans fil, porté au poignet. Ce dispositif permet de façon simple de relever les rythmes d'activité et de repos, qui témoignent dans une certaine mesure du rythme éveil-sommeil. Les paramètres les mieux étudiés sont la durée

totale de la période d'inactivité et les éveils en cours de nuit. Mais ces mesures ne sont pas d'une précision extrême. Il est utilisé de façon continue pendant plusieurs jours et nuits consécutifs. Ce n'est cependant pas un moyen de diagnostic de l'insomnie. Elle peut parfois aider à en clarifier la sévérité et compléter l'agenda du sommeil. En pratique, il appartient au spécialiste du sommeil de poser les indications de cette technique.

La polygraphie (en ambulatoire) ou la polysomnographie peuvent également être utilisées dans certaines situations. C'est le cas en particulier lorsque l'on suspecte une pathologie du sommeil associée telle qu'un syndrome d'apnées du sommeil ou un syndrome de mouvements périodiques des membres. La polysomnographie permet de visualiser graphiquement la veille et le sommeil. Elle associe les enregistrements simultanés de l'activité électro-encéphalographique (EEG), des mouvements des globes oculaires (EOG) et de l'activité électrique des muscles du menton (EMG). En fonction de la situation clinique, on ajoute à ces enregistrements ceux de l'ECG, des mouvements respiratoires, du flux aérien nasal et buccal, de la saturation en oxygène, de l'activité des muscles jambiers antérieurs, de la température corporelle.

L'avis d'un spécialiste du sommeil pourra également intervenir

- en cas d'insomnie rebelle, avec ou sans escalade thérapeutique
- en cas d'insomnie inexplicquée

Le choix des indications de techniques d'exploration relève du spécialiste du sommeil consulté, sachant que les données obtenues, de nature objective, ne peuvent pas se recouper totalement avec les données subjectives, même si celles-ci sont recueillies à l'aide de questionnaires ou de tests validés, portant sur des paramètres bien définis.

De même, la prescription d'un bilan sanguin n'interviendra que dans des situations très particulières, par exemple lors de la recherche d'un trouble thyroïdien.

<p><b>1) Entrevue clinique du sommeil :</b>  a) symptomatologie de l'insomnie  b) histoire naturelle de l'insomnie :  - facteurs prédisposants  - facteurs précipitants  - facteurs perpétuants</p>
<p><b>2) Antécédents personnels et familiaux</b></p>
<p><b>3) Examen/bilan médical</b></p>
<p><b>4) Examen psychiatrique</b></p>
<p><b>5) Instruments d'évaluation complémentaires :</b>  a) agenda du sommeil  b) questionnaires sur le sommeil :  - index de sévérité de l'insomnie  - index de qualité du sommeil de Pittsburgh  - échelle de croyances et attitudes concernant le sommeil  c) questionnaires sur caractéristiques associées :  - inventaire de dépression de Beck  - inventaire d'anxiété de Spielberger  - échelle de somnolence d'Epworth  - échelle de fatigue de Pichot  - questionnaire de typologie circadienne de Horne et Ostberg</p>
<p><b>6) Actimétrie, polygraphie ou polysomnographie</b>  a) analyse de la continuité et de l'architecture du sommeil  b) analyse des fonctions physiologiques durant le sommeil (respiration, rythme cardiaque, mouvements des jambes, etc)</p>

*Etapas d'une investigation d'un patient présentant des symptômes d'insomnie selon (13)*

### 3. Les stratégies thérapeutiques face à l'insomnie

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

L'instauration d'un traitement pour l'insomnie justifie une consultation centrée sur celle-ci.

Selon les cas, soit l'insomnie est un symptôme associé à une autre pathologie, dont elle peut constituer un signal d'alarme, soit elle est à considérer comme une pathologie en elle-même. Dans le premier cas, de loin le plus fréquent, le traitement doit avant tout chercher à être étiologique. Cela n'exclut pas de traiter l'insomnie en elle-même, selon l'évaluation de sa chronicité et/ou de sa sévérité.

### **3.1. Les traitements médicamenteux**

Encore de nos jours, la réponse thérapeutique la plus classique face à l'insomnie reste la prescription quasi systématique d'un traitement médicamenteux, la France n'échappant évidemment pas à la règle puisque nous sommes connus pour consommer bien plus d'hypnotiques et d'anxiolytiques que nos voisins européens. Il est ainsi estimé que 7 à 10 % de la population utilisent une médication prescrite pour promouvoir le sommeil, et ce bien souvent sur une base régulière et prolongée (2).

Les médecins généralistes, même s'ils sont conscients des limites des traitements médicamenteux, tout comme des risques d'accoutumance et de dépendance ne connaissent généralement pas d'autres alternatives thérapeutiques, ou alors sont insuffisamment formés, et pour ceux qui le sont, ne disposent pas d'un temps de consultation suffisant pour les pratiquer.

La HAS a publiée en 2015 une fiche de bon usage du médicament (24) qui détaille les molécules recommandées pour la prise en charge de l'insomnie et leur modalité de prescription.

La prescription d'hypnotiques, benzodiazépines ou apparentés, ne doit pas être banalisée, car, si elle facilite le sommeil, elle ne résout pas les causes de l'insomnie et peut être à l'origine de nombreux effets indésirables aux conséquences parfois graves.

Leur usage requiert le respect de règles précises : dose minimum utile, limitation dans le temps (inférieure à 28 jours), information du patient sur la durée du traitement, modalités d'arrêt et effets indésirables, réévaluation programmée de la situation.

#### **3.1.1. Molécules concernées**

Les benzodiazépines sont des molécules anxiolytiques et hypnotiques appartenant à la classe des psychotropes, substances susceptibles de modifier le psychisme et les comportements humains en agissant sur le système nerveux central.

Il s'agit de cinq benzodiazépines et deux molécules apparentées qui sont remboursées dans la prise en charge des troubles sévères du sommeil à court terme.

Il existe à l'heure actuelle deux classes médicamenteuses recommandées pour la prise en charge de l'insomnie.

Les benzodiazépines produisent globalement un endormissement plus rapide, une réduction du nombre et de la durée des réveils nocturnes et une augmentation significative du temps total de sommeil (25). Une méta-analyse de 2000 rapporte une augmentation du temps total de sommeil de 61.8 minutes grâce à cette classe médicamenteuse (26). Leur mode d'action est la potentialisation de l'effet inhibiteur de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) dans le système nerveux central. Outre leur action hypnotique, elles ont des propriétés anxiolytique, myorelaxante et anti-convulsivante. Compte tenu de leur demi-vie plutôt élevée, leur prescription est plutôt réservée aux insomnies avec réveils nocturnes fréquents et réveil matinal trop précoce.

Les hypnotiques non benzodiazépiniques (ou molécules apparentées), ont un effet hypnotique similaire aux benzodiazépines traditionnelles. Cependant, les effets sont plus spécifiques en raison de leur action plus sélective sur les récepteurs GABAergiques. Cette plus grande spécificité pourrait expliquer l'un des avantages de ces agents, à savoir l'absence de modification du sommeil lent profond. De plus, en raison de leur demi-vie très courte (entre 2h30 et 5h), les effets résiduels diurnes sont généralement peu marqués. Ces deux molécules sont particulièrement indiquées dans les insomnies avec latence d'endormissement élevée.

DCI	Spécialités	DCI	Spécialités
<i>Benzodiazépines</i>		<i>Molécules apparentées</i>	
Estazolam	NUCTALION	Zolpidem	STILNOX
Loprazotam	HAVLANE	Zopiclone	IMOVANE
Lormétazépam	NOCTAMIDE		
Nitrazépam	MOGADON		
Témazépam	NORMISON		

*Tableau récapitulatif des médicaments remboursés selon la HAS.*

De nombreuses autres classes médicamenteuses (notamment les anxiolytiques) peuvent parfois être utiles pour le traitement de l'insomnie (*annexe VII*). Cependant, il est indispensable d'éviter leur prescription dans ce cadre étant donné leur demi-vie élevée, maximisant le risque d'effets résiduels en journée.

### **3.1.2. Prescription d'un hypnotique**

Dans tous les cas d'insomnie, et avant toute intervention médicamenteuse, il convient de s'assurer que les règles d'hygiène du sommeil de base soient bien respectées. En effet, ces règles peuvent parfois suffire à restaurer le sommeil en cas d'insomnies légères et sans comorbidité.

Toutefois, elles peuvent être insuffisantes pour résoudre un problème d'insomnie modérée à sévère, quand celle-ci est aiguë.

Dans ce cas, la prescription d'un hypnotique ne doit s'inscrire que dans une stratégie à court terme. La plus faible dose efficace, individuelle, doit être recherchée et prescrite pour une période limitée, de quelques jours à 4 semaines maximum incluant la période de diminution de la dose. Le cumul de plusieurs médicaments à effet sédatif est à proscrire : il n'apporte pas d'effet supplémentaire mais potentialise les effets indésirables parfois graves.

Le choix d'un hypnotique est fonction :

- du profil d'insomnie du patient (insomnie d'endormissement, difficulté de maintien du sommeil ou réveil matinal prématuré)
- du délai et de la durée d'action du produit
- du risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec d'autres psychotropes
- de l'état physiologique du patient (âge, état rénal et hépatique)
- du type d'activités susceptibles d'être pratiquées par le patient au décours de la prise

Le patient doit être informé des conditions du traitement, de ses effets indésirables et des précautions à respecter. En particulier, il doit être informé du faible effet de ces médicaments, des risques de troubles de la mémoire, de somnolence, de troubles du comportement et de chute ainsi que de phénomènes de tolérance pharmacologique et de dépendance.

Le changement d'un médicament pour un autre n'est justifié que si le patient a des effets indésirables en rapport direct avec le produit utilisé.

Quel que soit le choix thérapeutique, une seconde consultation au moins est recommandée à l'issue de la durée de prescription, en vue d'une réévaluation de la situation, ne serait-ce qu'en raison d'un risque de chronicisation du trouble.

Il est à noter que le STILNOX est à prescrire sur une ordonnance sécurisée, en précisant le nombre de comprimés et de prises en toutes lettres. Une nouvelle ordonnance ne peut être établie pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance.

### **3.1.3. Arrêt du traitement**

La diminution du nombre des sites récepteurs expliquerait que les benzodiazépines perdent leur efficacité à long terme (tolérance) et que le patient doit ensuite augmenter les doses, aboutissant parfois à des associations, ce qui n'est absolument pas justifié puisque toutes les benzodiazépines agissent sur le même récepteur.

Dès l'instauration du traitement, le médecin doit expliquer au patient la durée du traitement et ses modalités d'arrêt. L'expérience montre que les patients qui commencent à prendre des benzodiazépines ont souvent de la difficulté à arrêter. Il est donc nécessaire de bien évaluer la situation clinique avant la prescription. Il faut également établir une stratégie permettant d'offrir une alternative au médicament et en discuter dès la prescription initiale avec le patient.

Chez les utilisateurs au long cours, quelle que soit la stratégie choisie, en ambulatoire ou à l'hôpital, avec ou sans prise en charge spécialisée, l'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois. Il est utile de se référer à l'échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines avant d'évaluer au mieux l'attachement pré-sevrage (*annexe VIII*).

Bien que l'objectif soit l'arrêt complet, l'obtention d'une diminution de la posologie doit déjà être considérée comme un résultat favorable. Si la stratégie d'arrêt échoue, il est recommandé d'encourager le patient à recommencer ultérieurement après évaluation des raisons de l'échec. Il faut savoir que plus les molécules sont puissantes, plus le sevrage est difficile.



Lorsque l'on veut réduire la posologie d'une benzodiazépine, il est nécessaire de procéder graduellement. Il est donc utile de s'aider de plan de sevrage, sous forme de tableau, (exemple en annexe IX) qui sera spécifique à chaque molécule. Il est important de donner au patient des directives claires, de préférence par écrit (à spécifier sur l'ordonnance par exemple). Après avoir réduit la posologie à la plus petite dose quotidienne possible, il sera demandé au patient de ne pas en prendre certains jours. Il s'agit là d'une étape importante, durant laquelle le patient aura besoin de soutien. On indique par écrit les jours de prise, et on réduit ce nombre progressivement. Il faut impérativement que le patient respecte ces directives pour ne plus associer la prise de benzodiazépines au soulagement des symptômes initiaux. Une fois le sevrage réussi, il est important de continuer à suivre le patient pendant quelques semaines pour prévenir une rechute éventuelle et lui permettre de gagner en assurance. Dans les moments difficiles du sevrage, on répétera au patient que ces symptômes sont temporaires. Il faut lui accorder du temps et le féliciter des progrès accomplis (27).

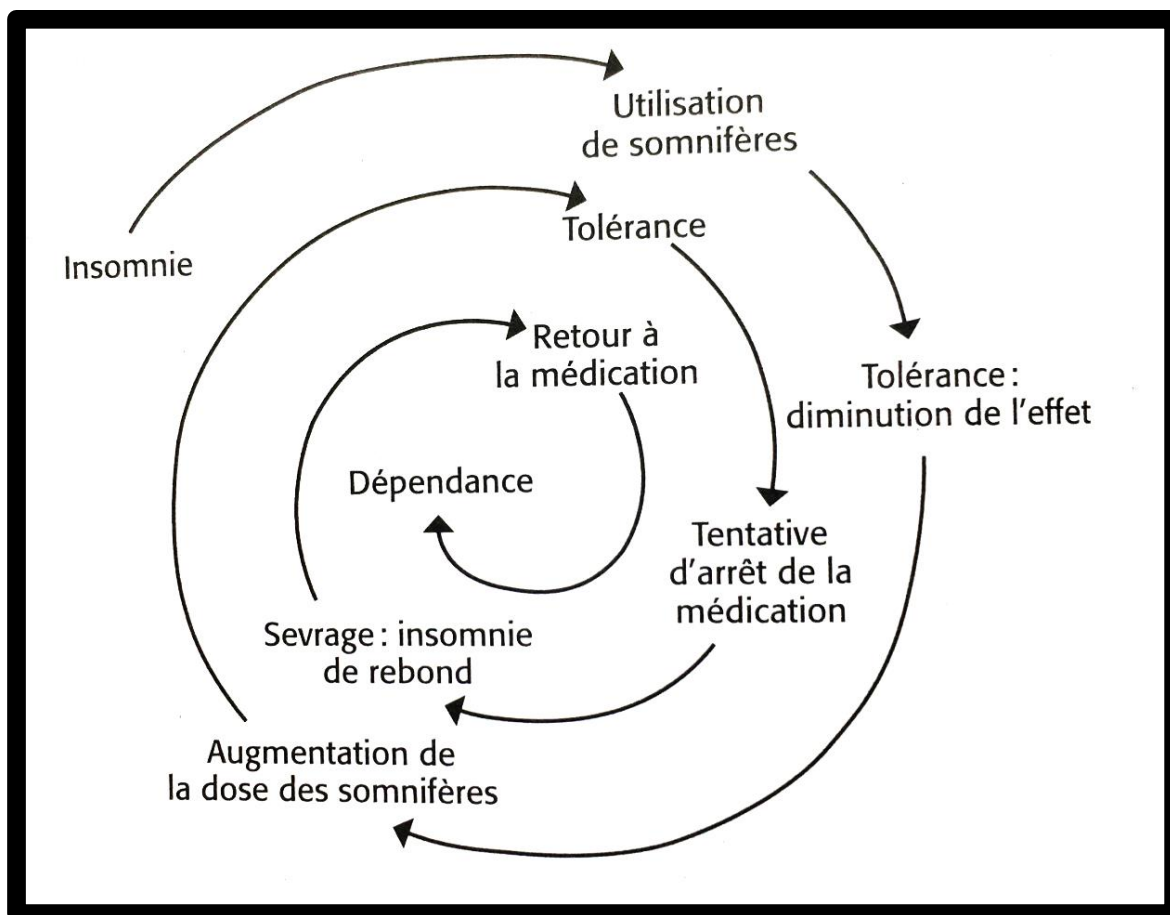
Il n'y a pas d'argument pour proposer un autre traitement médicamenteux lors du sevrage. L'accent doit être mis sur les mesures d'accompagnement non médicamenteuses qui peuvent être aussi prolongées que nécessaires.

### **3.1.4. Les limites des traitements hypnotiques**

Les benzodiazépines sont des molécules ambivalentes : d'un côté efficaces avec un effet psychotrope qui agit dès les premières minutes suivant la prise, mais dont l'usage peut devenir source d'effets indésirables importants et de dépendance (28). En effet, la prescription de ces molécules est un problème de santé publique, d'une part à cause des problèmes de consommation chronique et de son coût, de pharmacodépendance et de syndrome de sevrage développés par les patients, et d'autre part à cause de l'apparition d'importants effets sédatifs et amnésiants. La question de la fréquence d'utilisation de ces molécules, de leur utilisation par rapport aux psychothérapies ainsi que du rapport bénéfice/risque a donc été réévaluée par les autorités telles que l'HAS ou l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

Une des principales problématiques de la mise en route d'un traitement par hypnotiques est la survenue d'un cercle vicieux de dépendance aux somnifères. Ce n'est évidemment pas toutes

les personnes qui utilisent un hypnotique qui développent une dépendance : le risque augmente lors d'une utilisation régulière et prolongée. Entraînant alors une accoutumance suivie d'une augmentation des doses... puis la tentative d'arrêt aboutit fréquemment à une insomnie de rebond (souvent plus sévère que l'insomnie initiale), et donc le retour à la médication, aboutissant ensuite à une dépendance.



*Cercle vicieux de la dépendance aux benzodiazépines.*

Une étude française effectuée par le Centre d'Évaluation et d'Information sur la pharmacodépendance (CEIP) datant de 2007 a mis en évidence que le Zolpidem avait un potentiel d'abus et de dépendance important, ce qui amena à terme l'HAS à modifier ses règles de prescriptions (29).

La surconsommation des benzodiazépines et apparentés est également un problème. 25 à 30% des adultes ont déjà consommé un psychotrope anxiolytique/hypnotique dans la population générale française. Ces chiffres sont plus élevés que dans les autres pays du monde. En effet, la délivrance d'hypnotiques/anxiolytiques est 2 à 3 fois plus élevée en France que dans la majorité

des autres pays industrialisés. Les principaux facteurs de risque associés à la prise d'anxiolytiques sont : le sexe féminin, l'âge jeune ainsi que l'importance des troubles psychiques et somatiques (30). Les raisons pouvant expliquer cette surconsommation sont l'importante prévalence du trouble anxieux et de l'insomnie, l'influence des industries pharmaceutiques, l'enseignement délivré aux étudiants en médecine et en pharmacie ainsi que le comportement des patients qui insistent pour avoir leur prescription difficilement refusable par le médecin (31).

Cette surconsommation des benzodiazépines et apparentés entraîne de fait un coût élevé pour la société.

Comme précisé, les benzodiazépines ne sont pas des molécules anodines, puisqu'elles comportent (en plus de leur potentiel d'accoutumance et de dépendance) de nombreuses contre-indications, précautions d'emploi, interactions médicamenteuses et effets indésirables.

Les principales contre-indications absolues sont les insuffisances respiratoire et hépatique sévères, la myasthénie, le syndrome d'apnée du sommeil et les antécédents d'intoxications/intolérance. Chez les personnes âgées et les consommateurs chroniques d'alcool, il est également conseillé d'évaluer le rapport bénéfice/risque avec attention.

Certaines précautions d'emplois doivent être prises en considération : risque de survenue d'amnésie antérograde/d'altération des fonctions psychomotrices/de troubles du comportement lors de la mise en route du traitement, risque de crise convulsive en cas de sevrage trop brutal. Il faut également bien penser à avertir des risques de somnolence diurne, surtout concernant les molécules ayant une demi-vie longue, notamment chez les conducteurs de véhicules ou de machines.

De nombreuses interactions médicamenteuses existent : alcool, dérivés morphiniques et traitements de substitution, antiépileptiques, neuroleptiques, antidépresseurs, ...

Enfin, les effets indésirables sont particulièrement nombreux : altération des fonctions cognitives, troubles du comportement, dépendance avec syndrome de sevrage ou de rebond à l'arrêt du traitement, tolérance en cas de prise chronique, baisse de la vigilance (25). En cas de surdosage, une confusion mentale peut s'installer, avec une somnolence pouvant aller jusqu'au coma. L'hypotonie, l'hypotension et la dépression respiratoire sont présents dans les cas les plus graves.

Enfin, les benzodiazépines affectent l'architecture du sommeil. Elles accroissent la proportion de temps passé en stade 1, et réduisent la proportion de sommeil à ondes lentes (stade 3) et, dans une moindre mesure, de sommeil paradoxal. Ces effets sont toutefois moins prononcés avec les hypnotiques non benzodiazépiniques comme le Zolpidem ou le Zopiclone.

C'est pour toutes ces raisons que des alternatives thérapeutiques à la pharmacothérapie ont été développées, la plus efficace étant de loin la TCC.

### **3.1.5. Mélatonine**

Il s'agit de l'hormone produite naturellement par la glande pinéale, sous l'influence de la lumière du jour, aboutissant à une photoréception circadienne, conduite par les voies visuelles.

L'horloge circadienne est caractérisée par deux propriétés fondamentales :

- la rythmicité de son activité endogène proche de 24h ; elle est sous-tendue par des boucles moléculaires d'autorégulation positive et négative reposant sur l'expression rythmique d'une dizaine de gènes horloge
- elle doit être synchronisée c'est à dire "remise à l'heure", par des synchroniseurs externes

Le plus puissant d'entre eux reste la lumière du jour, qui emprunte les voies visuelles, et déclenche une neurostimulation, aboutissant à la sécrétion de mélatonine, elle même impliquée dans la venue et le maintien du sommeil.

En l'absence de toxicité immédiate, la mélatonine a fait l'objet de multiples études chez l'insomniaque, impliquant différentes méthodes d'évaluation (auto-questionnaires, actimétrie, polysomnographie). La majorité des études a été réalisée avec des préparations à libération immédiate à des doses souvent élevées (plusieurs milligrammes) pour contrebalancer la cinétique d'élimination très rapide. Des effets non spécifiques ont pu être observés, conséquence d'une interaction de la mélatonine avec la plupart des systèmes de neuromédiateurs lors de son administration à forte dose. La méta-analyse de Brzezinski et al., prenant en considération comme critères d'évaluation la latence d'apparition, l'efficacité et la

durée du sommeil, conclut à un effet significatif mais minime chez les sujets normaux et les insomniaques, chez ces derniers en particulier lorsque la sécrétion endogène est diminuée (32).

Une autre étude menée par l'Agency for Healthcare Research and Quality de l'université d'Alberta conclut au peu d'intérêt de la mélatonine comme promoteur de sommeil, sauf dans l'insomnie et troubles du rythme veille-sommeil par retard de phase (33). Chez le sujet âgé, le début de sécrétion de mélatonine ainsi que le pic de concentration sont retardés. De plus, cette concentration est plus faible et se termine plus tôt. C'est pour cette raison qu'une forme à libération prolongée a été développée. Elle a été évaluée et a montré qu'elle était supérieure au placebo sur la latence d'endormissement aussi bien subjective qu'objective. L'architecture du sommeil n'a pas été modifiée. Cependant, une réduction de la fragmentation du sommeil n'a pu être mise en évidence. Cette formulation est donc indiquée en monothérapie dans le traitement à court terme de l'insomnie primaire chez des patients de 55 ans ou plus (34).

## **3.2. La TCC-I de l'insomnie en face à face**

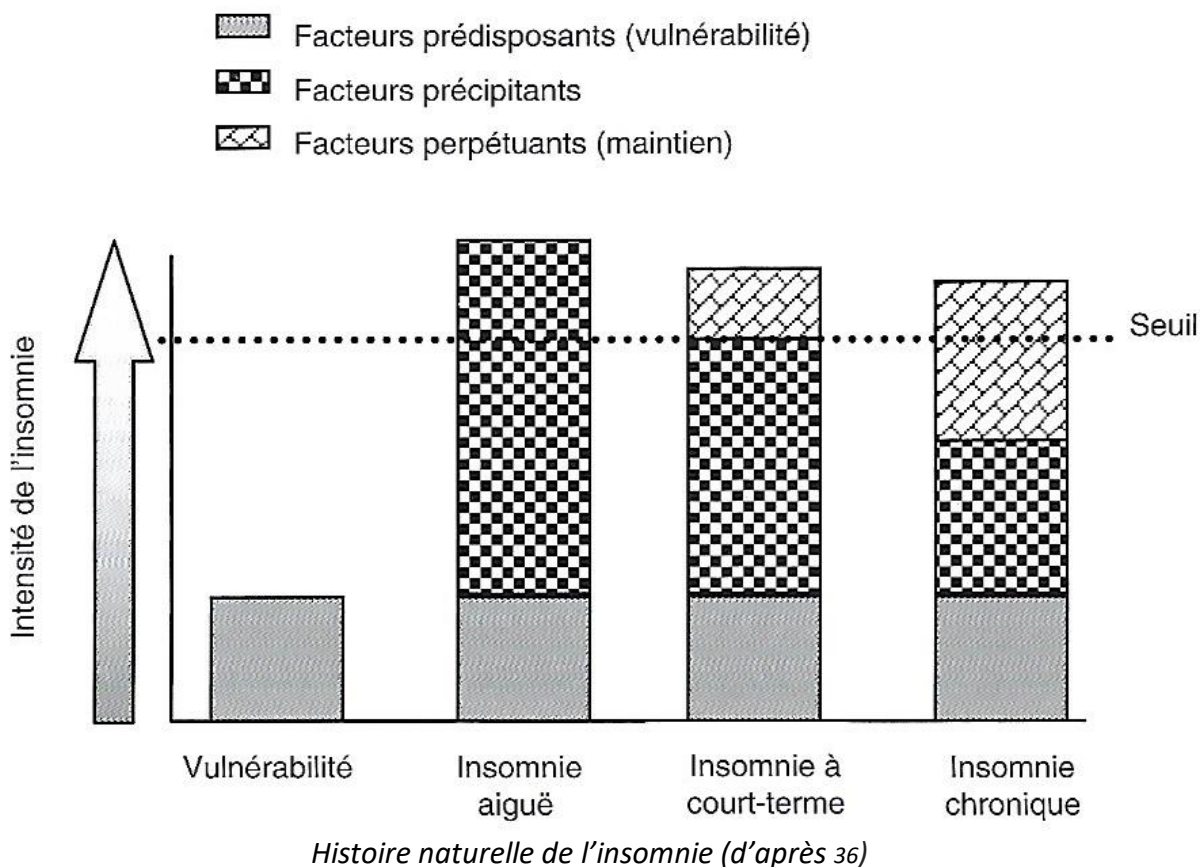
### **3.2.1. Modèle physiopathologique de l'insomnie chronique**

A l'heure actuelle, les connaissances concernant les mécanismes de l'insomnie chronique reposent davantage sur des hypothèses que sur des faits établis scientifiquement. De nombreux modèles explicatifs ont été formulés, mais la plupart reconnaissent l'interaction entre plusieurs facteurs, tant biologiques que psychologiques, dans le développement et l'évolution de l'insomnie, en particulier dans sa chronicisation (35).

C'est le modèle tripartite de Spielman (36) qui est le plus largement reconnu. Selon ce modèle, tout le monde présente, à différents niveaux, une prédisposition au développement de l'insomnie, expliquée par les facteurs prédisposants (vulnérabilité). La part des facteurs prédisposants est constante et donc non modifiable. Il suffira d'un facteur précipitant afin d'initier les difficultés de sommeil. C'est l'insomnie aiguë, qui correspond à une réaction normale de l'organisme face à une situation stressante. Puis l'insomnie persiste et l'on bascule dans l'insomnie à court terme. La part du facteur précipitant diminue progressivement mais l'insomnie va avoir tendance à se chroniciser de part l'arrivée des facteurs perpétuants

(maintien). A terme, l'insomnie n'est plus expliquée que par l'addition de la vulnérabilité et des facteurs perpétuants.

Il est à noter que ces différents facteurs ne sont pas mutuellement exclusifs et qu'un facteur ayant été présenté comme prédisposant à l'insomnie peut parfois s'avérer précipitant. De la même façon, il n'est pas rare de constater que les facteurs perpétuants peuvent prédisposer un individu au développement de nouveaux épisodes d'insomnie.



### 3.2.1.1. Facteurs prédisposants

Même s'il n'y a pas de « profil type » d'insomniaque, un certain nombre de traits psychologiques semblent prédisposer certaines personnes à déclencher une insomnie aiguë. Parmi elles, nous pouvons notamment citer la dépression, l'anxiété de fond, une tendance à ruminer ou à refouler ses émotions, des difficultés à gérer le stress ou encore une hyperexcitabilité.

De même, les caractéristiques socio-démographiques de l'individu peuvent prédisposer un individu à des difficultés de sommeil : le sexe féminin, l'âge, un niveau socio-économique bas ou encore le fait de vivre seul.

Une histoire familiale ou personnelle d'insomnie est également classiquement retrouvée.

Enfin, les habitudes de vie jouent un rôle majeur dans l'installation de l'insomnie : la sédentarité, l'obésité, la consommation d'alcool, de café ou encore de tabac ainsi que des horaires de travail irréguliers ou de nuit.

### **3.2.1.2. Facteurs précipitants**

Ce sont des situations ou des événements de vie occasionnant une augmentation du stress et coïncidant avec le début de l'insomnie.

Les plus classiquement retrouvés sont un changement de vie stressant, nécessitant une adaptation de l'individu (naissance, deuil, difficultés professionnelles ou financières, diagnostic d'une pathologie médicale, intervention chirurgicale, ...)

### **3.2.1.3. Facteurs perpétuants**

Parmi eux, le rôle de facteurs cognitifs est largement reconnu : l'individu va développer des mécanismes de pensées dysfonctionnelles tels que l'amplification, la dramatisation, la surgénéralisation, l'attention sélective et les biais d'attribution. Ainsi, l'insomnie aurait davantage tendance à se chroniciser chez une personne qui interprète cette difficulté comme une perte de contrôle. Par conséquent, elle accroît l'attention qu'elle lui porte et surveille davantage les signes des conséquences diurnes associées au manque de sommeil.

Par ailleurs, tout ce modèle cognitif mène également à l'adoption de stratégies inadéquates pour récupérer les heures perdues : rester plus longtemps au lit, aller au lit plus tôt en soirée, faire des siestes durant la journée, etc... Ces comportements ont tendance à dérégler le cycle veille-sommeil et affaiblissent la pression homéostatique, perpétuant ainsi l'insomnie...

#### **3.2.1.4. Le cercle vicieux de l'insomnie**

L'insomnie est un problème multidimensionnel, et non un phénomène à une variable, et la plupart des mécanismes étiologiques décrits ci-dessus sont complémentaires plutôt que mutuellement exclusifs.

Le modèle décrit ci-dessus est maintenant largement accepté en médecine comportementale du sommeil. Il s'agit d'une vision micro-analytique de l'insomnie, qui souligne les interactions entre les variables organiques, temporelles et environnementales.

L'hyper-éveil est la caractéristique principale de l'insomnie. Puisque l'éveil régule l'équilibre entre le sommeil et la veille, un niveau excessif d'éveil est incompatible avec le sommeil.

Ceci peut se manifester dans différents champs : verbal (cognitivo-affectif), moteur (comportement) et physiologique (système nerveux central et autonome). La littérature sur les troubles anxieux indique que ces réponses de système sont rarement synchronisées l'une avec l'autre, dans le sens où une activation cognitive excessive (pensées intrusives) peut ou non être en phase avec l'hyperactivité autonome (augmentation de la fréquence cardiaque, température, tension musculaire).

Les manifestations de l'éveil peuvent prédominer dans un champ pour un insomniaque donné, alors que chez un autre cela peut s'exprimer dans une modalité complètement différente.

Ainsi, la première hypothèse est que l'hyper-éveil (émotif, cognitif et physiologique) est la voie d'accès commune à l'insomnie. L'hyper-éveil a donc principalement une influence causale sur les troubles du sommeil, mais il peut aussi être exacerbé par l'insomnie elle-même.

Une multitude de stimuli peut élever l'éveil au-dessus d'un seuil critique, de sorte qu'il interrompe la séquence naturelle de relaxation, de somnolence et d'apparition du sommeil.

Par exemple, après plusieurs nuits avec des difficultés de sommeil, une personne peut être amenée à associer certains stimuli temporeux (routine avant d'aller se coucher) et contextuels (environnement de la chambre à coucher) à des appréhensions, des inquiétudes et la peur de ne pas trouver le sommeil. La vitesse à laquelle ces processus de conditionnement s'installent varie selon les individus. Peut-être que les individus qui sont plus enclins à l'insomnie sont plus susceptibles à ce conditionnement.



Parce que les heures de coucher sont aussi dépendantes des activités de la journée, le conditionnement qui mène à l'insomnie peut impliquer des événements survenant la journée.

Ainsi, une multitude de situations problématiques ou de conflits intérieurs rencontrés pendant la journée peuvent servir d'événements d'activation conduisant à l'insomnie. Si les insomniaques intériorisent les conflits psychologiques, ils peuvent rester actifs même à l'heure du coucher. Les événements négatifs de la journée peuvent réactiver l'hyper-éveil au coucher et renforcer le processus de conditionnement.

Les conséquences les plus typiques du manque de sommeil sont les inquiétudes concernant la perte de sommeil, les ruminations à propos des conséquences diurnes, des tensions musculaires et une agitation corporelle globale. Associée à ces conséquences, il y a également une tendance à vouloir dormir à tout prix, qui elle-même renforce l'anxiété de performance. L'état d'hyper-éveil entraîne des distorsions de la perception du temps écoulé, qui accentue la détresse et les difficultés subjectives de sommeil.

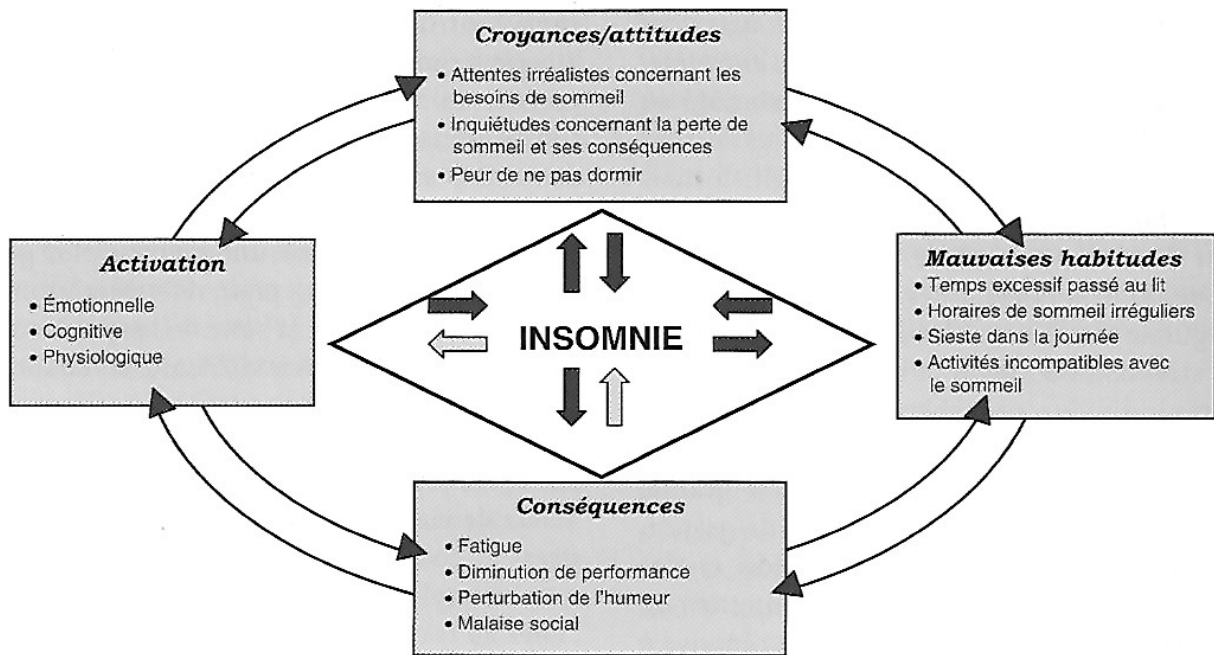
Les jours suivants, de la fatigue, des perturbations de l'humeur, un malaise social et une diminution de la performance apparaissent. Ces conséquences, qu'elles soient telles quelles ou amplifiées, rappellent à la personne à quel point la nuit passée était compliquée et déclenchent des dysfonctions cognitives à propos de soit même et du sommeil.

Au fil du temps, un sentiment d'impuissance s'enracine, et les insomniaques chroniques commencent à croire que leur insomnie est incontrôlable, imprévisible et seulement attribuable à des causes externes. Inévitablement, ces jugements négatifs placent l'individu dans une réaction en chaîne de choc émotionnel, d'activation cognitive et de troubles du sommeil.

Afin de faire face à l'insomnie, la personne peut développer des mauvaises habitudes de sommeil comme un temps excessif passé au lit, des horaires de sommeil irréguliers et la réalisation de siestes en journée. Même si ces stratégies peuvent temporairement contrecarrer la dette de sommeil, elles interfèrent sur le long terme avec la synchronisation du rythme veille-sommeil.

Enfin, les distorsions cognitives, comme les fausses croyances à propos du sommeil, les attentes irréalistes, les mauvaises attributions des causes de l'insomnie et les amplifications de ses conséquences produisent une détresse émotionnelle et aggravent l'insomnie.

Ainsi se crée une sorte de cercle vicieux, dont il est très difficile de sortir, reflétant parfaitement le problème multidimensionnel qu'est l'insomnie.



*Le cercle vicieux de l'insomnie chronique (d'après 37)*

La compréhension de cette vision micro-analytique a permis de déboucher sur le développement de la TCC-I, dont la mise en pratique évolue maintenant depuis plus de 25 ans.

### **3.2.2. Principes de la TCC-I de l'insomnie**

La TCC est une méthode de soins non médicamenteuse qui analyse les difficultés d'un patient afin de lui proposer une démarche thérapeutique personnalisée.

La TCC est le traitement de premier choix de l'insomnie chronique primaire du fait de son objectif premier de cibler directement les composantes dysfonctionnelles liées au sommeil qui entretiennent l'insomnie.

La TCC est un programme le plus souvent court, en 6 séances, réalisé en individuel et parfois en groupe.

#### **3.2.2.1. La psycho-éducation**

La psycho-éducation consiste à fournir au patient des informations sur la nature de son trouble pour favoriser sa prise en charge.

Elle passe par une compréhension de l'insomnie, des informations sur le sommeil normal et des mesures d'hygiène du sommeil.

##### **3.2.2.1.1. Comprendre l'insomnie**

Comprendre l'insomnie est essentiel pour appliquer au mieux les consignes dispensées lors de la TCC-I. C'est classiquement lors de la première séance (post-évaluation de 2 semaines) que l'insomnie est expliquée au patient : sa définition, les différents types et causes d'insomnies (primaire et secondaire), son histoire naturelle avec les notions de facteurs prédisposants, précipitants, perpétuants ainsi que son cercle vicieux.

### **3.2.2.1.2. Informations sur le sommeil normal**

Des informations sur le sommeil normal sont habituellement enseignées au cours de la deuxième séance : qu'est ce qu'une nuit "normale" de sommeil, comment est organisée une nuit de sommeil (avec les différents stades et représentation d'un hypnogramme), comment les mécanismes de l'alternance veille-sommeil fonctionnent (processus homéostatique et circadien avec les notions de pression de sommeil et d'éveil).

### **3.2.2.1.3. Les mesures d'hygiène du sommeil**

Le dernier pan de la psycho-éducation concerne les mesures d'hygiène du sommeil. Elles sont normalement abordées lors de la troisième séance de TCC-I, par un rappel des principes de base d'une bonne hygiène du sommeil.

Le terme « hygiène du sommeil » fut pour la première fois utilisé par Peter Hauri (38).

Les principales recommandations sont les suivantes :

- *éviter les excitants surtout 4 à 6 heures avant le coucher.*
- *ne pas consommer d'hypnotiques dans la mesure du possible.*
- *éviter les repas trop copieux le soir.*
- *réaliser de l'exercice physique de façon régulière mais à distance de l'heure du coucher.*
- *favoriser un environnement propice à l'endormissement et au maintien du sommeil.*

Une publication de 2003 les reprenait de façon précise et mettait en avant leur rôle fondamental dans la prise en charge de l'insomnie (39).

### **3.2.2.2. Les mesures comportementales**

Il s'agit de la composante principale (de part son efficacité) de la TCC-I. Elle consiste en l'application de consignes strictes visant à modifier les comportements qui entretiennent l'insomnie.

Parmi celles-ci, on retiendra la restriction du temps passé au lit, le contrôle par le stimulus et les techniques de relaxation.

#### **3.2.2.2.1. La restriction du temps passé au lit**

Il s'agit là de la mesure phare de la TCC-I, puisque c'est cette technique (mais conjuguée aux autres) qui va permettre une amélioration relativement rapide des différents paramètres du sommeil.

Elle est généralement mise en place dès la première semaine post-évaluation, et poursuivie tout au long de la thérapie, avec une réévaluation à chaque séance.

Il s'agit probablement de l'étape la plus difficile à mettre en pratique pour le patient (et aussi à accepter) : il lui est demandé de moins dormir!

Cette mesure est basée sur l'observation qu'une personne souffrant d'insomnie passe trop de temps au lit : elle peut se mettre au lit très tôt en soirée simplement afin de s'assurer qu'elle sera endormie à l'heure désirée, rester au lit tard le matin ou faire une sieste la journée dans le but de compenser une courte nuit. Ces comportements sont naturels et s'installent de manière inconsciente. Cependant, se coucher plus tôt ou essayer de récupérer le matin ou dans la journée sont des comportements négatifs qu'il convient de corriger dès le début de la thérapie. En effet, tout temps passé dans le lit à ne pas dormir génère anxiété, hyper-activation et alimente ainsi le cercle vicieux de l'insomnie.

Les buts principaux de la technique de restriction du temps passé au lit sont :

- de limiter au maximum les situations d'attente du sommeil.
- de générer un état de privation de sommeil afin d'amener le sujet à réapprendre à ressentir de la somnolence à l'heure du coucher. Cela facilite l'endormissement le soir, améliore la continuité du sommeil et favorise un sommeil plus profond.

L'objectif à court-terme avec la restriction du temps passé au lit n'est donc pas d'augmenter le temps total de sommeil, mais plutôt d'améliorer la qualité et la continuité de celui-ci.

Cette restriction aura pour conséquence :

- d'augmenter rapidement (souvent en 1 à 3 semaines) la qualité du sommeil (endormissement, profondeur et continuité du sommeil).
- de renverser rapidement une situation où le patient luttait pour dormir à une situation où il lutte pour rester éveillé.
- de synchroniser et renforcer le signal de l'horloge biologique.

L'effet secondaire initial le plus classique de cette technique est donc logiquement la somnolence durant la journée, qui sera pour certains plus ou moins difficile à supporter. C'est à ce stade que la motivation du patient va prendre tout son sens.

En effet, cette mesure, dont la mise en pratique doit être stricte afin d'obtenir les améliorations désirées sur le sommeil, est généralement difficilement vécue par le patient, surtout en début de thérapie où il ne peut encore constater les effets positifs de cette méthode sur les difficultés de sommeil.

Concrètement, le patient est invité à calculer son efficacité de sommeil de la semaine précédente (via son agenda). En fonction de celle-ci, le thérapeute lui indique comment modifier ses nouveaux horaires de sommeil, en prenant en compte sa typologie circadienne. Généralement, il est invité à se mettre au lit plus tard et/ou à se lever plus tôt, de façon à augmenter artificiellement son efficacité de sommeil pour la semaine suivante.

Une étude menée par Spielman en 1987 a justement étudiée l'efficacité de la restriction du temps passé au lit sur des patients souffrant d'insomnie. A la fin des 8 semaines de restriction, les patients présentaient une augmentation de leur temps total de sommeil ( $p < 0.05$ ) tout comme une amélioration de la latence d'endormissement, du temps total éveillé, de l'efficacité de sommeil et des composantes de l'évaluation subjective de leur insomnie ( $p < 0.0001$ ). Ces améliorations restaient significatives pour tous les paramètres du sommeil 36 semaines après la fin du traitement (40).

### 3.2.2.2. Le contrôle par le stimulus

Il s'agit là également d'une des composantes majeures de la TCC-I.

Les habitudes de sommeil (ou la routine établie avant le coucher comme faire sa toilette, fermer les volets, etc) sont habituellement des indices temporels et environnementaux de la venue du sommeil. Cependant, avec l'apparition de difficulté du sommeil, les habitudes deviennent synonymes d'appréhension et d'inquiétude.

De plus, toute tension ou inquiétude pourra nuire au sommeil, que ce soient des problèmes familiaux, financiers, des difficultés au travail ou même la simple préoccupation à l'idée de ne pas réussir à dormir. Or, lorsqu'un lieu (comme le lit) est associé de façon fréquente et répétée à une telle tension, le seul fait de s'y trouver suffira à produire de la tension, même si les facteurs de stress initiaux ont disparu.

Ainsi, chez les personnes souffrant d'insomnie depuis longtemps, le lit et la chambre deviennent associés à la crainte de ne pas dormir ce qui laisse libre cours aux préoccupations de la vie courante. Ceci explique pourquoi la plupart des personnes souffrant d'insomnie chronique s'endorment plus facilement dans un fauteuil ou sur un canapé plutôt que dans leur lit.

Cette étape vise donc à défaire le lien « lit = insomnie » et à retrouver le lien « lit = sommeil », via une restriction du temps passé au lit éveillé.

Trois objectifs sont visés par cette technique :

- permettre au sommeil de venir lorsqu'il est désiré.
- renforcer ou renouer l'association entre le sommeil et les stimuli qui y mènent (le lit, l'heure de coucher, la chambre à coucher).
- consolider le sommeil sur de plus courtes périodes de temps passé au lit.

Pour atteindre le premier objectif, le patient est invité à se préparer adéquatement avant d'aller au lit : on ne peut espérer s'endormir lorsque notre corps et notre esprit ne sont pas enclins à trouver le sommeil. Il faut donc s'allouer une période de détente avant d'aller au lit.

Le deuxième objectif pourra être atteint si l'on élimine les activités incompatibles avec le sommeil lorsque l'on se trouve dans la chambre à coucher. Le patient doit donc modifier la

relation existant entre un comportement particulier (le sommeil) et les conditions qui le contrôlent (le lit, l'heure du coucher, la chambre à coucher).

Puisque l'insomnie peut être aggravée par des horaires de sommeil irréguliers et par une trop grande quantité de temps passé au lit, le troisième objectif de ce programme consistera à régulariser ses horaires de sommeil et à limiter le temps passé au lit éveillé.

La conjugaison des efforts nécessaires menant à atteindre ces trois objectifs sont classiquement formulé sous la forme de commandements, qui sont au nombre de 6 :

- *réserver son lit et sa chambre à coucher uniquement au sommeil et aux activités sexuelles*
- *prévoir une heure avant le coucher pour développer un rituel*
- *aller au lit uniquement lorsque que l'on est somnolent*
- *sortir du lit lorsque l'on n'arrive pas à s'endormir ou se rendormir au bout de 20 minutes*
- *régler son réveil-matin et se lever à la même heure tous les jours, y compris le week-end*
- *ne pas faire de sieste pendant la journée*

De nombreuses études se sont penchées sur l'évaluation de cette technique. A chaque fois, la technique du contrôle par le stimulus entraînait des changements significatifs sur les différents paramètres du sommeil par rapport au groupe placebo (41,42,43).

### **3.2.2.2.3. Les techniques de relaxation**

Le stress est une réalité qui fait partie de la vie et il est impossible de l'éviter. Il peut aggraver certains problèmes physiques tels que les maux de tête, les ulcères et hypertension artérielle. De toute évidence, le stress quotidien peut garder éveillé(e) la nuit et joue donc un rôle majeur dans l'installation et le maintien de l'insomnie.

En effet, la pression au travail, les conflits à la maison, les difficultés interpersonnelles ou les préoccupations financières peuvent produire des journées stressantes et entretenir l'insomnie, le manque de sommeil en lui-même pouvant aggraver alors la situation.

Les personnes souffrant d'insomnie ne vivent pas nécessairement des événements plus stressants que les bons dormeurs. Cependant, leur réponse à ces événements stressants est



souvent plus forte, et donc moins adaptée. Les personnes insomniaques ont plus de difficultés à composer avec les ennuis quotidiens. Aussi, à la suite d'un événement désagréable, ils prennent plus de temps à revenir à un état émotionnel neutre et stable.

On peut définir un état de relaxation comme étant un repos profond du corps (aspect organique) et de l'esprit (aspect psychique) survenant à l'état d'éveil et pouvant être reproduit à volonté pendant de courtes périodes de la journée.

Il est donc utile de connaître des stratégies afin de mieux gérer le stress qui interfère avec la qualité de vie et le sommeil. C'est pour cette raison que différentes techniques de relaxation sont proposées au patient lors d'une TCC-I. Il convient au patient lui-même de trouver la technique qui lui correspond.

Parmi les diverses techniques qui existent aujourd'hui, dont la plupart sont disponibles en libre accès sur internet (format audio et/ou vidéo notamment), certaines sont préférentiellement recommandées dans un contexte d'insomnie.

On peut citer notamment :

- la relaxation musculaire progressive de Jacobson (très populaire en Amérique du Nord, c'est un ensemble d'exercices permettant une détente physique par décontraction musculaire) (44)
- le training auto-gène de Schultz (qui se rapproche de l'auto-hypnose) (45)
- la respiration profonde (ou respiration diaphragmatique)
- la pleine conscience : elle consiste à ramener son attention sur l'instant présent et à examiner les sensations qui se présentent à l'esprit, comment elles apparaissent, comment elles persistent quelque temps, et comment elles disparaissent.
- l'ASMR (Autonomous Sensory Meridian Response), très en vogue ces dernières années, notamment sur le format audio-vidéo. Il s'agit d'exposer le sujet à un stimulus visuel, auditif, olfactif ou cognitif, dans le but de déclencher une sensation distincte, agréable et non sexuelle de picotements ou frissons au niveau du crâne, du cuir chevelu ou des zones périphériques du corps, aboutissant à une sensation de bien être et donc de détente (46).

De même, les techniques de relaxation ont été évaluées dans le traitement de l'insomnie et permettaient une amélioration significative des différents paramètres du sommeil par rapport à un groupe contrôle (41,43).

### **3.2.2.3. La restructuration cognitive**

Comprendre et changer ses habitudes n'est souvent pas suffisant.

L'insomnie est aussi entretenue par des schémas de pensées que l'on appelle dysfonctionnels. Ce sont des pensées automatiques, des idées reçues qui maintiennent le sujet dans la spirale de l'insomnie (cf. cercle vicieux de l'insomnie). C'est pour cette raison que tout un travail est fait afin de permettre au patient de corriger ses pensées dysfonctionnelles improductives pour les transformer en pensées plus constructives. Il s'agit d'une des étapes les plus importantes, qui est développée généralement en milieu ou fin de programme.

Dans un premier temps, il s'agit de porter attention à ces fameuses pensées (souvent niées) puis d'en décrypter les automatismes psychologiques.

Dans un second temps, le thérapeute donne des "clés" pour transformer ces pensées contre-productives, tout en gardant à l'esprit que cette approche ne vise pas à nier la présence réelle de l'insomnie ou à minimiser son impact sur le fonctionnement du patient.

L'idée n'est pas non plus de le convaincre que « tout est dans sa tête » mais plutôt de l'encourager à confronter certaines croyances erronées, à explorer des hypothèses alternatives et à tester leur validité.

Malgré elle, la personne souffrant d'insomnie interprète ses difficultés de sommeil au travers du prisme de ses pensées dysfonctionnelles. Elle nourrit ainsi des attentes irréalisables, des fausses attributions et des mauvaises conceptions des causes de son insomnie. Elle essaie alors de dormir à tout prix, incrimine l'insomnie pour tous ses maux et modifie également son attitude envers le sommeil et le manque de sommeil. Ces pensées dysfonctionnelles sont un des moteurs du cercle vicieux de l'insomnie.

De façon générale, les pensées dysfonctionnelles liées à l'insomnie alimentent le cercle vicieux de l'insomnie par trois mécanismes :

- elles génèrent un état émotionnel négatif, non propice au sommeil.
- elles conduisent la personne à mettre en place des comportements inadaptés qui renforcent l'insomnie.
- elles perturbent la lecture des conséquences des stratégies que nous mettons en place pour lutter contre notre insomnie et favorisent le renforcement de comportements inadaptés, et l'extinction de comportements propices au sommeil.

Les pensées automatiques génèrent des émotions négatives, telles que l'anxiété, la tristesse, la frustration, le sentiment d'impuissance. Cet état émotionnel négatif contribue à déstabiliser l'équilibre de notre organisme. Ainsi, cet état que l'on appelle d'hypervigilance, contribue bien plus à maintenir l'éveil que favoriser le sommeil.

De la même façon, l'état de tristesse est associé à une diminution de la fabrication de la sérotonine, neurotransmetteur important dans le déclenchement et le maintien du sommeil.

Tout le monde entretient des monologues internes à propos de sa propre personne, des événements extérieurs et du futur.

Ces discours silencieux – pensées, croyances, attentes, attributions (appelées aussi cognitions) – nous traversent l'esprit continuellement pendant que nous sommes éveillés.

Ces cognitions sont souvent tellement automatiques que nous peinons à en prendre conscience.

Nous avons tous notre propre façon de traiter l'information et d'interpréter ce qui arrive dans notre vie. Cette information est filtrée et parfois modifiée selon nos expériences passées et notre personnalité. Il arrive que certaines erreurs se produisent dans l'interprétation que l'on fait des événements et contribuent à des émotions négatives.

Différents filtres altèrent notre façon de traiter l'information :

- *l'amplification* : ce mécanisme consiste à avoir une vision déformée de la sévérité du problème d'insomnie.
- *la dramatisation* : ce mécanisme consiste à avoir une vision déformée des conséquences du problème d'insomnie.

- *la surgénéralisation* : ce mécanisme consiste à tirer une conclusion générale sur la base d'un seul (ou de quelques) incident(s). Par exemple, si un événement négatif (tel qu'un échec) se produit, s'attendre à ce qu'il se reproduise constamment.
- *l'attention sélective* : ce mécanisme consiste à focaliser son attention principalement sur les aspects négatifs de la problématique d'insomnie.
- *les biais d'attribution* : ce mécanisme consiste à relier de façon automatique deux événements en effectuant un lien de cause-conséquence, sans envisager d'autres liens possibles. C'est comme si l'insomnie devenait la cause de bien trop nombreuses difficultés.

La première étape, et pas des moindres, est de repérer, mais aussi d'accepter ces différentes pensées qui se sont construites au fil des mois, voire des années d'insomnie. Pour aider le patient dans cette tâche, il lui est souvent proposé de compléter l'Échelle des Croyances et Attitudes concernant le Sommeil. Cette échelle a été développée afin de pouvoir aider le thérapeute à quantifier l'intensité des pensées dysfonctionnelles liées à l'insomnie. Globalement, si le patient a un score élevé (supérieur à 100), il présente de nombreuses pensées dysfonctionnelles.

La seconde étape est de remplacer les croyances erronées par des pensées plus productives, via une reformulation des pensées. Le thérapeute va alors travailler avec le patient sur différents schémas de pensée.

#### **3.2.2.3.1. Garder des attentes réalistes**

Il existe une croyance populaire voulant que huit heures de sommeil soit la norme à atteindre pour être reposé et bien fonctionner durant la journée. Il existe aussi une tendance naturelle à comparer notre sommeil à celui de notre conjoint. De plus, la plupart des gens souhaiteraient se réveiller tous les matins en se sentant complètement reposés et pleins d'énergie.

Lorsque de telles attentes ne se réalisent pas, des inquiétudes peuvent se développer et ainsi causer de réelles difficultés de sommeil.

Les besoins de sommeil varient largement d'une personne à l'autre et un sommeil de courte durée n'est pas nécessairement anormal. Il faut donc éviter de vouloir à tout prix atteindre certaines normes puisque cela ne fera qu'augmenter l'anxiété de performance.

Il existe aussi des différences individuelles dans la rapidité avec laquelle les gens s'endorment, leur nombre de réveils nocturnes et la qualité globale de leur sommeil. Il est également important de distinguer l'insomnie des changements normaux qui se produisent dans le sommeil avec le vieillissement. En vieillissant, certaines personnes s'inquiètent lorsqu'elles se réveillent une ou deux fois dans la nuit. Or le nombre et la durée des réveils nocturnes augmentent de façon naturelle avec l'âge et la quantité de sommeil profond diminue. Même s'ils entraînent une baisse de la qualité du sommeil chez les personnes plus âgées, ces changements ne sont pas nécessairement signe d'insomnie.

Si notre sommeil est différent de celui de notre conjoint(e), cela ne signifie pas pour autant que l'on est insomniaque. Il est préférable d'éviter de comparer son sommeil à celui des autres et de reconnaître ces différences individuelles.

### **3.2.2.3.2. Éviter de blâmer l'insomnie**

Une des principales raisons motivant les insomniaques à chercher une aide professionnelle n'est pas tant le problème de sommeil en soi mais la perception de ses conséquences.

En effet, de nombreuses personnes s'inquiètent des effets d'un sommeil perturbé sur la performance, le bien-être, la santé et même l'apparence physique.

La croyance qui se cache derrière ces inquiétudes est qu'une mauvaise nuit de sommeil est inévitablement néfaste pour le fonctionnement quotidien, l'humeur et la santé. Bien que cette croyance ait une certaine validité, il existe trois types d'erreurs cognitives qui peuvent déformer la réalité :

- *l'amplification des conséquences de l'insomnie* (le mauvais sommeil diminue la motivation mais interfère peu avec la performance)
- *la surgénéralisation dans l'attribution de problèmes de fonctionnement diurne* (l'insomnie n'est pas responsable de tout ce qui va mal au travail, à la maison et avec les amis)

- *les inquiétudes excessives concernant la perception de ces conséquences* (l'insomnie peut affecter l'humeur mais n'est pas nécessairement néfaste pour la santé)

Les conséquences de la privation de sommeil doivent être distinguées de celles de l'insomnie. Les premières peuvent être sérieuses, produisant de la somnolence excessive et une performance perturbée le jour, alors que celles associées à l'insomnie sont plus limitées, affectant principalement l'humeur et l'attention. Néanmoins, la perception de l'intensité des séquelles durant la journée est souvent amplifiée à la suite d'une mauvaise nuit de sommeil. Les études utilisant des mesures objectives démontrent une perturbation limitée de l'attention, de la mémoire et du jugement chez les insomniaques. La motivation et la prise d'initiative sont diminuées, mais la performance réelle et la vigilance sont pratiquement intactes. Comment expliquer les différences existant entre la perception des déficits et les déficits observés ? Une altération de l'humeur, prenant la forme d'irritabilité, d'inquiétudes et de dysphorie, très fréquente après une nuit d'insomnie, peut modifier la perception des choses. Cette altération de la perception est semblable à celle du sommeil : la plupart des personnes qui souffrent d'insomnie ont tendance à percevoir leur sommeil comme étant plus perturbé que ce qu'il est en réalité.

Les attentes peuvent aussi être trompeuses. Si, après une mauvaise nuit de sommeil, nous sommes convaincu(e)s que l'on ne sera pas capable de se concentrer ou d'accomplir quoi que ce soit durant la journée, il est certain que cette journée ne sera pas très productive. En revanche, si l'on tente d'effacer cette mauvaise nuit de notre mémoire, on constatera peut-être que l'on arrive tout de même à accomplir un bon nombre de tâches.

L'insomnie est une cible facile à mettre en avant pour expliquer les déboires quotidiens. Cependant, ce n'est probablement pas toujours la seule coupable.

L'objectif principal de cet exercice n'est pas de nier la présence de certaines répercussions de l'insomnie, mais plutôt de remettre en question l'évidence d'une relation causale directe entre les difficultés de sommeil et les conséquences ressenties durant la journée.

En résumé, blâmer le manque de sommeil pour les sautes d'humeur, le manque d'énergie et une mauvaise performance durant le jour n'est pas très productif. Il est fort probable que d'autres facteurs, qui n'ont rien à voir avec le sommeil, contribuent aussi à ces déficits.

### **3.2.2.3.3. Réviser ses mauvaises conceptions des causes de l'insomnie**

Essayer de comprendre la cause d'un problème est une approche saine pour résoudre ce problème. La majorité des personnes éprouvant des difficultés de sommeil ont une certaine idée de ce qui a provoqué ces difficultés.

Cependant, un obstacle fréquent au changement réside dans le fait que certaines de ces explications sont externes (sur lesquelles on a peu de contrôle) et unidimensionnelles (peut-être trop rigides).

La croyance, par le biais de telles explications, est que l'on a peu ou pas de contrôle sur ces causes et que c'est uniquement en s'attaquant à des facteurs hormonaux, physiques ou liés au vieillissement qu'on pourrait résoudre son problème d'insomnie.

Bien que certaines de ces explications puissent être valides, elles demeurent fondamentalement hors de notre portée.

Insister sur celles-ci peut mener à un sentiment d'impuissance et à celui d'être une victime.

### **3.2.2.3.4. Ne jamais essayer de dormir**

La plupart des gens essaient simplement de forcer le sommeil lorsqu'ils n'arrivent pas à le trouver.

C'est la pire erreur que l'on puisse faire parce que le sommeil ne peut survenir sur commande. On peut peut-être se maintenir éveillé(e) jusqu'à un certain point, mais on ne peut pas forcer le sommeil.

En effet, lorsque l'on essaie trop fort de contrôler ou d'accomplir quelque chose, cela produit souvent un effet paradoxal, et cela empêche d'atteindre son but : c'est l'effet classique de l'anxiété de performance.

L'impact négatif d'une trop grande volonté à vouloir dormir a été démontré dans une étude où l'on demandait à des volontaires d'essayer de s'endormir le plus rapidement possible. Plus ils s'endormaient vite, plus ils pouvaient gagner d'argent. La somme d'argent variait parmi les participants. Comme prévu, la récompense financière a induit une forte motivation à

s'endormir. Toutefois, les sujets auxquels le montant offert était le plus élevé ont mis plus de temps à s'endormir que ceux auxquels le montant offert était moindre.

D'autres exemples illustrent l'anxiété de performance dans l'insomnie.

Les insomniaques s'endorment plus facilement quand ils s'y attendent le moins (par exemple en regardant la télévision ou en lisant). Pour ces personnes, le simple fait de ne pas essayer de dormir peut faciliter la venue du sommeil.

De plus, si l'on demande aux bons dormeurs ce qu'ils font pour s'endormir, la plupart vous diront simplement qu'ils ne font rien de spécial et qu'ils n'y pensent même pas.

Pour plusieurs personnes qui souffrent d'insomnie, le jour où elles cessent d'essayer de contrôler leur sommeil, est le jour où elles regagnent le contrôle sur celui-ci.

#### **3.2.2.3.5. Apprendre à gérer les pensées intrusives**

Il arrive probablement à la personne souffrant d'insomnie de se sentir envahie par des pensées qui font intrusion dans son esprit et qui sont incontrôlables. Ces pensées intrusives peuvent très bien l'empêcher de trouver le sommeil au début de la nuit ou bien la garder éveillée à la suite d'un réveil nocturne.

Les pensées parasites surviennent souvent lorsque l'esprit n'est pas suffisamment occupé à une tâche. Notre esprit vagabonde lors de réunions inintéressantes, lors de situations d'attente lorsque nous ne sommes pas occupés. On comprend alors que rester dans son lit à ne rien faire d'autre qu'attendre le sommeil est l'occasion d'être envahi(e) par des pensées parasites en lien avec notre insomnie. De plus, la nuit est un moment très particulier pour nos pensées (qui n'a jamais eu des idées absolument géniales au cours de la nuit, et se rendre compte dans la journée qu'il n'y avait peut être pas de raison de s'emballer autant...). Il en est de même pour les pensées négatives, durant la nuit, elles sont souvent amplifiées.

Tout comme l'on ne peut pas contrôler son endormissement, on ne peut pas contrôler ses pensées intrusives nocturnes. Il faut donc apprendre à composer avec elles. Plusieurs approches sont à envisager pour gérer ces pensées intrusives.

La première repose sur l'acceptation.



La deuxième approche consiste à éviter de limiter les situations où elles peuvent survenir. C'est la raison pour laquelle le patient est invité à ne jamais rester dans son lit sans dormir. Sortir de son lit, c'est rompre cet état d'attente et d'inactivité, et occuper son esprit à une tâche.

#### **3.2.2.3.6. Ne pas dramatiser après une mauvaise nuit**

Parfois, les pensées intrusives se transforment en pensées catastrophiques. Comme dans une réaction en chaîne, l'appréhension s'installe graduellement dans la soirée pour faire place à l'anxiété de performance à l'heure du coucher.

Certaines personnes craignent que l'insomnie puisse avoir des conséquences sérieuses sur leur santé physique ou mentale. Les unes considèrent que le fait de ne pas bien dormir est la pire chose qui puisse arriver. Les autres sont certaines que l'insomnie est une indication de perte de contrôle complète de leur vie.

Pour dédramatiser la situation, il faut toujours garder à l'esprit que la conséquence la plus prévisible de l'insomnie est la somnolence. De plus, une bonne nuit de sommeil est habituellement suffisante pour se remettre sur pied. Aussi, il est important de se rappeler que l'insomnie, même si elle est désagréable, n'est pas dangereuse.

#### **3.2.2.3.7. Adopter une attitude scientifique**

Comme nous l'avons vu précédemment, les pensées dysfonctionnelles agissent comme des filtres au travers desquels nous percevons notre insomnie. Ces filtres nous empêchent d'apprécier correctement la sévérité de notre insomnie, de son impact, nos succès et nos échecs. Pour tenter de passer outre les mécanismes d'amplification, de dramatisation et de surgénéralisation, il est important de se référer à des données chiffrées et non uniquement à ses impressions. L'agenda de sommeil, les échelles que l'on complète sont des outils de mesure de l'insomnie. Il est important de se référer à eux pour évaluer les bénéfices du programme. Les chiffres ne mentent pas ! Ainsi, visualiser sa progression avec ces outils permet de déceler les points d'amélioration que l'on aurait peut être pas vu. Repérer les petits progrès est très important pour maintenir un haut degré de motivation.

### **3.2.2.3.8. Ne pas mettre trop l'accent sur le sommeil**

Pour certaines personnes, le sommeil est l'essence même de leur existence. Ils planifient leurs journées de travail et activités sociales et familiales selon la qualité et la durée de leur sommeil. Si leur sommeil est inadéquat, ils prennent un congé maladie ou annulent leurs rendez-vous.

Agir de la sorte à cause d'une mauvaise nuit de sommeil renforce l'idée que l'on est une victime de notre mauvais sommeil. Accorder autant d'importance au sommeil augmente la pression que l'on s'impose pour avoir une bonne nuit de sommeil la nuit suivante. Cela renforce aussi la croyance que l'insomnie détruit effectivement la qualité de vie. Puisque le sommeil est supposé occuper uniquement le tiers de notre vie, il faut se demander si on ne lui accorde pas plus d'importance qu'il ne lui en revient.

Il faut alors travailler sur le mécanisme du biais d'attribution. Il est probable que l'on s'aperçoive que l'insomnie n'a pas une emprise aussi importante que celle que l'on lui attribue.

### **3.2.2.3.9. Développer une tolérance face aux effets de l'insomnie**

Plutôt que de ruminer sur l'insomnie et sur ses effets néfastes dans notre vie, il faut essayer de concevoir une approche plus productive en développant une certaine tolérance face au manque de sommeil.

Il faut essayer de poursuivre sa routine habituelle et les activités que l'on a planifiées. Ce n'est pas facile, mais cela détourne notre attention de l'insomnie et peut même nous montrer que le fonctionnement diurne n'est pas entièrement dépendant de la nuit de sommeil précédente. Il est possible de planifier une activité agréable après une mauvaise nuit de sommeil pour démontrer que l'insomnie ne nous empêche pas de faire ce que l'on veut.

Une autre stratégie utile est de maintenir notre vitesse de croisière la journée suivante. Cela ne signifie pas d'annuler ses activités mais plutôt de réorganiser son planning.

### 3.2.3. Efficacité de la TCC-I face à face

Il existe aujourd'hui une littérature conséquente sur l'efficacité et sur l'excellent rapport bénéfice-risque de la TCC-I en face à face. En effet, et ce depuis de nombreuses années, une multitude d'études s'est attelée à évaluer l'efficacité de la TCC-I, dont plusieurs méta-analyses.

Une étude datant de 2001 (47), a cherché à évaluer l'efficacité de la TCC-I versus relaxation musculaire progressive versus placebo auprès de 75 patients adultes, avec une évaluation à la fin du traitement et à 6 mois. Il est ressorti que la TCC montrait une amélioration significative de la majorité des critères de jugement. Par exemple, les patients ayant suivi la TCC ont réduit en moyenne de 54% leur temps de veille intra-sommeil (versus 16% pour le groupe relaxation et 12% pour le groupe placebo). Le groupe TCC a également montré une meilleure amélioration du sommeil et des symptômes subjectifs avec un temps total de sommeil moyen de 6 heures, un temps de veille intra-sommeil moyen de 26.6 minutes et une efficacité de sommeil de 85.1% (versus 43.3 minutes et 78.8% pour le groupe relaxation).

Une méta-analyse dirigée par Morin en 2006 a exploité les résultats de 37 études publiées entre 1998 et 2004. Parmi elles, 17 études évaluaient les effets de la TCC sur l'insomnie. La TCC (sans la composante relaxation), comparativement à la relaxation et au placebo, entraînait une amélioration considérable de l'efficacité de sommeil et de la latence d'endormissement. 64% des patients ayant bénéficié d'une TCC atteignaient des résultats cliniquement significatifs contre 12% pour la relaxation et 8% pour le placebo. Par exemple, la latence d'endormissement passait en moyenne de 61 minutes à 28 minutes. De plus, concernant les patients qui utilisaient des hypnotiques en baseline, 76% n'en prenaient plus à la fin du traitement et 80% à 1 an (5).

Une méta-analyse, datant de 2006 (3), a analysé 23 études randomisées contrôlées, sur l'effet de la thérapie comportementale uniquement (thérapie comportementale + relaxation, thérapie uniquement basée sur la relaxation, thérapie comportementale uniquement). Deux cohortes ont été définies selon l'âge (plus et moins de 55 ans). Les critères de jugements étaient la qualité du sommeil, la latence d'endormissement, le temps total de sommeil, l'efficacité de sommeil et la veille intra-sommeil. Les 3 types d'interventions ont permis une amélioration similaire de la qualité du sommeil, de la latence d'endormissement, du temps total de sommeil et de la veille intra-sommeil. Parallèlement, l'efficacité de sommeil était le seul critère de jugement qui variait en fonction du type d'intervention. Enfin, lors de la comparaison des deux

groupes d'âge, il était retrouvé que l'efficacité de sommeil du groupe âge inférieur à 55 ans était supérieure à celle du groupe supérieur à 55 ans.

Une autre méta-analyse, datant de 2011 cette fois-ci (4), englobait 14 études randomisées contrôlées menées entre 1990 et 2009, qui analysaient les effets de la TCC-I. Les auteurs ont réalisé une comparaison entre les groupes ayant bénéficié de la TCC-I et entre ces groupes et des groupes contrôles. Concernant les effets thérapeutiques de la TCC-I à proprement parler, les tailles d'effet pour chaque variable calculée sur l'agenda du sommeil allaient de moyenne à large, concernant la latence d'endormissement, le temps total éveillé, la veille intra-sommeil, les réveils matinaux précoces, le temps passé au lit et l'efficacité de sommeil. Les tailles d'effets étaient maintenues sur le long terme. Cependant, l'efficacité de la TCC-I différait pour certaines variables selon que l'évaluation était subjective ou objective. Concernant la comparaison du groupe TCC-I versus groupe contrôle, on retrouvait des tailles d'effets allant de moyenne à large pour la plupart des variables, aussi bien à la fin de l'intervention que sur le long terme.

Enfin, une étude de 2001 (48) cherchait à explorer une éventuelle différence d'efficacité entre la TCC face à face en groupe ou en individuel. Il se trouve qu'une légère différence d'efficacité en faveur du format individuel a été retrouvée, probablement expliquée par le fait que certains patients ne soient pas à l'aise au sein d'un groupe de parole.

Ce sont toutes ces études qui ont amenés les différentes sociétés savantes (françaises et étrangères) à recommander la TCC en première intention pour le traitement de l'insomnie chronique primaire (6,7,8).

### **3.2.4. TCC-I versus pharmacothérapie**

Les bons résultats des études évaluant la TCC-I ont encouragé certains auteurs à comparer l'efficacité de la TCC-I à la prise en charge médicamenteuse de l'insomnie, combinée au non.

Une étude contrôlée randomisée datant de 2004 s'est attelée à comparer l'efficacité de la TCC-I seule, d'une prise en charge médicamenteuse simple par Zolpidem, d'une combinaison des 2 et d'un traitement placebo. Concernant la plupart des critères de jugements principaux, la TCC-I seule était la plus efficace. Elle a permis d'améliorer significativement la latence d'endormissement et l'efficacité de sommeil, aboutissant au plus grand nombre de bons

dormeurs après traitement, et maintenant les améliorations sur le long terme. Le traitement combiné ne permettait aucun avantage sur la TCC-I seule, alors que la prise en charge médicamenteuse produisait seulement un effet modéré (ainsi qu'un retour aux valeurs de bases après arrêt du traitement) (49).

Une autre étude contrôlée randomisée datant de 2006 a comparé la TCC-I seule versus la prise de Zopiclone et de placebo. La TCC-I seule a permis d'améliorer de façon significative 3 des 4 critères de jugement sur le court et moyen terme par rapport à la prise de Zopiclone. La prise de Zopiclone en revanche ne montrait pas de différence par rapport au placebo. Les participants ayant bénéficié de la TCC-I seule sont passés de 81.4% à 90% d'efficacité de sommeil à 6 mois de suivi (diminution de 82.3% à 81.9% pour le groupe Zopiclone). Les patients du groupe TCC-I seule passaient plus de temps en sommeil lent profond par rapport aux autres groupes, et leur veille intra-sommeil était également diminuée. Le temps total de sommeil était similaire à 6 mois. Sur les patients ayant bénéficié d'une polysomnographie, le groupe TCC-I seule avait une meilleure efficacité de sommeil que le groupe Zopiclone (50).

Ces études prouvent bien la supériorité indéniable de la TCC-I sur la pharmacothérapie, et que cette méthode de soin doit donc être utilisée en première intention dans la prise en charge de l'insomnie.

### **3.3. Alternatives à la TCC-I face à face : le “self-help”**

#### **3.3.1. La TCC-I online**

Des programmes de thérapies cognitive-comportementales de l'insomnie sur Internet (eTCC-I) existent déjà dans les pays anglo-saxons. Ces programmes comprennent les composantes habituelles des TCC-I via une interface automatisée et des outils de communication en ligne (forum, chat, e-mail) pour le suivi du patient.

Au cours des dernières années, un intérêt grandissant est apparu concernant l'utilisation de ce type de thérapie en raison de son excellent rapport coût-efficacité et la démocratisation de l'accès à internet (51).

Dans la littérature anglo-saxonne, le terme “self-help” est régulièrement employé pour définir une thérapie autonome. Cependant, dans le domaine de la recherche, il est très souvent admis

que le terme “self-help” se réfère à des traitements qui sont conjugués à une implication, aussi minimale qu’elle soit, d’un thérapeute (52). Cette approche est donc différente d’un traitement en autonomie totale. Généralement, les traitements délivrés par internet associent les avantages d’une prise en charge structurée, accessible facilement sur internet, avec l’appui d’un thérapeute identifié, qui fournit support, encouragements et éventuellement des activités thérapeutiques par e-mail (53).

Andersson définissait un traitement délivré par internet dans un article datant de 2008 (54) : “il s’agit d’une thérapie reprenant les principes de la bibliothérapie autonome, guidée par un thérapeute identifié (ou non), qui fournit des retours et répond aux éventuelles interrogations du patient, avec un programme qui est proche du traitement en face à face, et qui inclut également des fonctionnalités interactives”.

Cependant, il est peu probable que l’ordinateur puisse remplacer totalement une prise en charge active par un professionnel de santé, même s’il peut clairement la limiter.

De plus, il semblerait que la TCC-I ne soit pas forcément adaptée à tous les patients. Il semble évident que ce genre de prise en charge n’est pas adaptée aux personnes d’un niveau intellectuel limité ou en situation d’illettrisme, tout comme celles ne maîtrisant pas les fonctionnalités d’un ordinateur. C’est pour cette raison que les traitements délivrés sous les formats audio et vidéo peuvent être utiles.

Différents formats de traitement peuvent donc être combinés. Il est donc possible que les thérapeutes gardent contact avec leurs patients via internet (ou via leur téléphone) tout en ayant des séances de face à face dans une structure de soins. Internet peut également être un outil très utile dans la prévention et la prise en charge des rechutes.

De façon assez contradictoire, les thérapeutes pratiquants habituellement de la TCC face à face sont de plus en plus amenés à utiliser internet dans leur prise en charge, du fait que cette méthode permet de fournir des fichiers audio ou vidéo, des auto-évaluations structurées, des groupes de discussions tels que des forums, ainsi que de nombreuses autres fonctions (55).

La première étude évaluant l’efficacité de l’eTCC-I date de 2004 (56). 109 patients souffrant d’insomnie ont été assignés soit dans le groupe eTCC (restriction du temps passé au lit, contrôle par le stimulus et restructuration cognitive) soit dans le groupe liste d’attente, et ce durant 5 semaines. Les résultats montraient des améliorations statistiquement significatives dans le

groupe eTCC, notamment sur le temps total de sommeil, le temps passé au lit éveillé et l'efficacité de sommeil. Grâce à un questionnaire, il a pu être mis en évidence que tous les patients trouvaient ce format de soin très pratique et fonctionnel.

Morin, dès 2005 (57), a lui aussi tenté de prouver l'efficacité de l'eTCC-I. 192 adultes ont été inclus, soit dans le groupe traitement autonome, soit sur liste d'attente. Le traitement autonome consistait en l'envoi hebdomadaire par mail d'un livret, comportant des informations sur l'insomnie, des conseils d'hygiène du sommeil, une prise en charge comportementale du sommeil et une restructuration cognitive. Les participants remplissaient un agenda du sommeil avant et après traitement, ainsi qu'à 6 mois. Des améliorations significatives étaient obtenues concernant les paramètres subjectifs du sommeil tels que l'ISI et l'index de qualité du sommeil (Pittsburgh Sleep Quality Index), et elles étaient maintenues à 6 mois. Les participants du groupe eTCC ont gagnés 21 minutes de sommeil et ont réduit de 21 minutes le temps éveillé durant la nuit, correspondant à une augmentation de 4% de l'efficacité de sommeil.

Plus récemment, une étude originale de 2012 a tenté de déterminer l'efficacité d'une eTCC-I délivrée par un thérapeute virtuel automatisé par rapport à un placebo crédible. Concernant le critère de jugement principal (l'efficacité de sommeil), l'eTCC était associée à une amélioration significative (+20%) en fin de traitement (versus +6% pour groupe contrôle) tout comme 8 semaines après la fin de l'intervention (+20% pour l'eTCC et + 7% pour le groupe contrôle). 76% des participants à l'eTCC finissaient l'étude avec une efficacité de sommeil supérieure à 80% (versus 29% pour groupe contrôle), 55% avec une efficacité de sommeil supérieure à 85% (versus 17%) et 38% avec une efficacité de sommeil supérieure à 90% (versus 6%). Toutes ces améliorations étaient maintenues à 8 semaines (58).

Enfin, une méta-analyse récente datant de 2016 (59) examinait les résultats de 11 études randomisées et contrôlées, portant sur un ensemble de 1460 participants. Les résultats de cette méta-analyse concluaient à une efficacité de la TCC-I online sur la sévérité de la plainte d'insomnie, la qualité subjective du sommeil, le temps total de sommeil, la latence d'endormissement, la durée de la veille intra-sommeil et le nombre de réveils nocturnes. De plus, les résultats de la TCC-I online étaient comparables à ceux obtenus avec une TCC-I conventionnelle avec des bénéfices maintenus 4 à 48 semaines après la fin des programmes.

De nombreuses autres études viennent corrélérer les bons résultats de l'eTCC dans le traitement de l'insomnie (60,61,62).

Enfin, son efficacité a également été démontrée au sein de populations plus spécifiques, comme les patients souffrant de cancer (63).

### **3.3.2. La TCC-I sur le mode de la bibliothérapie**

Une première étude menée par Morin en 1999 (64) a comparé l'efficacité d'une bibliothérapie avec et sans support d'un thérapeute. 45 adultes souffrant d'insomnie primaire ont été randomisés dans le groupe bibliothérapie seule, bibliothérapie avec consultations téléphoniques ou bien liste d'attente. Les patients traités recevaient par mail un chapitre par semaine. Les patients des 2 premiers groupes ont significativement amélioré leur temps total de sommeil ainsi que leur efficacité de sommeil après les 6 semaines, alors que le groupe contrôle n'a vu aucune amélioration significative. Le soutien téléphonique a permis une amélioration légèrement plus marquée.

En 2009 cette fois, une méta-analyse (65) a permis entre autre de démontrer via la revue de 10 études incluant au total 1000 patients souffrant d'insomnie que la TCC face à face ne se montrait pas significativement supérieure à la méthode self-help.

## **4. Objectifs de l'étude**

Les objectifs principaux de ce travail de thèse ont donc été :

- De rédiger un guide « clé en main », permettant au patient de se traiter en parfaite autonomie en huit semaines
- D'évaluer son acceptabilité et faisabilité auprès d'une cohorte de patient
- D'évaluer l'impact de la lecture du guide sur l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Les objectifs secondaires étaient :

- D'évaluer l'impact de la lecture du guide sur des paramètres du sommeil tels que l'efficacité de sommeil, le temps passé au lit, le temps total de sommeil, la latence d'endormissement, le nombre de réveils nocturnes et la veille intra-sommeil



- D'évaluer l'impact de la lecture du guide sur d'autres paramètres fonctionnels tels que les attitudes et croyances dysfonctionnelles sur le sommeil, la somnolence et les symptômes dépressifs
- D'évaluer l'impact de la lecture du guide sur la consommation d'hypnotiques

## **5. Matériel et méthode**

### **5.1. Le guide**

#### **5.1.1. Elaboration**

Après une période d'auto-formation théorique puis la mise en place de consultations de TCC-I en face à face au sein du CHU Gui de Chauliac (15 patients), la rédaction du guide a duré environ 4 mois, en collaboration avec un médecin de l'unité des troubles du sommeil.

S'en est suivi une phase pré-clinique, par l'envoi du guide aux 15 patients qui avaient préalablement bénéficié de la TCC-I en face à face afin de d'obtenir leurs retours et y apporter les modifications nécessaires.

Le guide a ensuite été imprimé au format de poche (A5) et relié par spirale pour permettre une facilité d'utilisation.

#### **5.1.2. Contenu**

Le guide était composé de deux parties distinctes mais complémentaires.

La première a été surnommée « cahier d'évaluation » et concernait les semaines 1 et 2 de l'étude.

La seconde était appelée « cahier TCC » et concernait les semaines 3 à 8.

Ce guide reprenait les grands principes de la TCC-I.

Une attention particulière était portée sur les techniques d'auto-coaching et de feedback, avec des auto-évaluations régulières via différents scores ainsi que des fiches récapitulatives et des quizz.

#### **5.1.2.1. Cahier d'évaluation : semaines 1 et 2**

Il était remis à la fin de la visite de pré-inclusion (V0).

Il était constitué de 37 pages recto-verso et était au format A5.

Son but principal était de réaliser une évaluation du sommeil du patient via le remplissage d'un agenda de sommeil durant 15 jours. Quelques pages comportaient des explications précises sur la bonne façon de le remplir, suivies d'une mise en application via la réalisation d'un exercice avec correction au verso. De plus, ces deux semaines d'agenda dûment complétées nous permettaient de calculer l'efficacité de sommeil lors de la visite d'inclusion (V1) et ainsi de vérifier la présence d'un des critères d'inclusion : la nécessité d'une efficacité de sommeil inférieure à 80%.

L'agenda de sommeil utilisé est disponible en annexe II.

Quelques pages étaient destinées à expliquer de façon très brève les grands principes de la TCC-I :

- la restriction du temps passé au lit
- le contrôle par le stimulus
- l'hygiène du sommeil
- la restructuration cognitive
- la gestion du stress via la relaxation

Une "feuille de route" était également présentée au patient, afin qu'il prenne conscience du déroulement global du programme ainsi que le thème principal abordé chaque semaine.

Enfin, une auto-évaluation lui était proposée, via différents scores :

- l'ISI : ce score, était indispensable pour l'inclusion définitive du patient dans l'étude lors de la visite d'inclusion (V1) (*annexe I*).

- la typologie circadienne de Horne et Ostberg : indispensable pour permettre au patient d'adapter ses horaires de sommeil lors de la mise en place de la restriction du temps passé au lit (*annexe III*).
- l'ESS : afin d'évaluer une des principales conséquences diurnes de l'insomnie, la somnolence (*annexe IV*).
- la BDI : afin de rechercher la présence d'une symptomatologie clinique significative (critère d'exclusion) (*annexe V*).
- le CAS-16 : afin d'évaluer les distorsions cognitives présentes en début de programme (*annexe VI*).

### **5.1.2.2. Cahier TCC : semaines 3 à 8**

Il était composé de 204 pages recto-verso et était au format A5.

Il était constitué de six chapitres, à raison d'un chapitre par semaine.

#### **5.1.2.2.1. Semaine n°3 : "je débute mon coaching sommeil"**

Une première partie avait pour but d'informer le patient sur la nature de son trouble : définition de l'insomnie, les différents types et causes d'insomnies (primaire et secondaire), son histoire naturelle avec les notions de facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants ainsi que les mécanismes de son cercle vicieux.

C'est également dans ce chapitre que le patient était invité à mettre en place la première mesure comportementale de la TCC-I : la restriction du temps passé au lit. Son principe y était clairement détaillé, tout comme les bénéfices attendus, en insistant sur le fait que c'était une étape difficile du fait de la somnolence que cela pouvait générer.

Une analyse des deux premières semaines d'agenda de sommeil était demandée au patient : il lui était enseigné comment bien calculer son efficacité de sommeil (via les notions de temps passé au lit et temps total de sommeil). Une feuille de calcul devait être complétée (cf ci-dessous).

**MA FEUILLE DE CALCUL :**

Mon temps passé au lit total : ..... H  
(j'additionne le temps passé au lit de chaque jour consigné dans mon agenda)

Mon temps de sommeil total : ..... H  
(j'additionne le temps de sommeil de chaque jour consigné dans mon agenda)

Mon temps passé au lit moyen : ..... H  
(je divise mon temps total passé au lit par le nombre de jours consigné dans mon agenda)

Mon temps de sommeil moyen : ..... H  
(je divise mon temps de sommeil total par le nombre de jours consigné dans mon agenda)

Mon efficacité de sommeil moyenne : ..... %  
(je divise mon temps de sommeil moyen par mon temps passé au lit moyen)

Les objectifs étaient alors définis :

- si l'efficacité de sommeil était inférieure à 65 %, l'objectif était de viser au moins 80%.
- si l'efficacité de sommeil était supérieure à 65%, l'objectif était de viser au moins 85%.

En fonction des résultats obtenus, un "tableau cible" permettait au patient de définir son temps passé au lit cible afin d'atteindre son objectif d'efficacité de sommeil préalablement défini.

**MES TABLEAUX CIBLES :**

<b>Cible supérieure à 80%</b>		
<i>TTS</i>	<i>TPL cible</i>	<i>Efficacité obtenue</i>
8	9.75	82%
7.5	9	83%
7	8.5	82%
6.5	8	81%
6	7.25	83%
5.5	6.75	81%
5	6.25	80%
4.5	5.5	82%
4	5	80%

<b>Cible supérieure à 85%</b>		
<i>TTS</i>	<i>TPL cible</i>	<i>Efficacité obtenue</i>
8	9	89%
7.5	8.5	88%
7	8	88%
6.5	7.5	87%
6	7	86%
5.5	6.25	88%
5	5.75	87%
4.5	5.25	86%

Enfin, un paragraphe expliquait au patient comment choisir ses nouvelles heures de coucher et de lever, en prenant compte sa typologie circadienne (préalablement évaluée dans le cahier d'évaluation).

Pour finir, quelques lignes revenaient sur le fait que cette technique exige du temps, de la patience, des efforts et une pratique soutenue, afin d'informer le patient sur la nature des efforts à mettre en place et de maximiser ses chances de réussite.

#### **5.1.2.2.2. Semaine n°4 : “je contrôle les signaux du sommeil”**

Une première partie de ce chapitre avait pour objectif d'informer le patient sur la nature du sommeil normal : qu'est-ce qu'une nuit “normale” de sommeil, comment est organisée une nuit de sommeil (avec les différents stades et représentation d'un hypnogramme), comment les mécanismes de l'alternance veille-sommeil fonctionnent (processus homéostatique et circadien avec les notions de pression de sommeil et d'éveil).

Puis la technique du contrôle par le stimulus était abordée : après une explication des principes de celle-ci, (casser le lien pathologique “lit = insomnie”), les “6 commandements” étaient décrits :

- *réserver son lit et sa chambre à coucher uniquement au sommeil et aux activités sexuelles.*
- *prévoir une heure avant le coucher pour développer un rituel.*

- aller au lit uniquement lorsque que l'on est somnolent.
- sortir du lit lorsque l'on n'arrive pas à s'endormir ou se rendormir au bout de 20 minutes.
- régler son réveil-matin et se lever à la même heure tous les jours, y compris le week-end.
- ne pas faire de sieste pendant la journée.

Enfin, le chapitre se terminait par un quizz comportant 7 questions afin de tester les connaissances du patient sur l'insomnie assimilées la semaine précédente.

Finalement, le patient était invité à poursuivre et adapter sa restriction du temps passé au lit en prenant compte des données de l'agenda de la semaine passée. La feuille de calcul lui était de nouveau proposée.

En fonction de sa nouvelle efficacité de sommeil, trois options lui était proposé :

- efficacité de sommeil toujours inférieure à 80% : son nouveau temps passé au lit était calculé selon un nouveau tableau :

<b>Mon efficacité de sommeil reste inférieure à 80%</b>			
Mon temps passé au lit moyen	J'adapte mon temps passé au lit cible	Mon nouveau temps passé au lit	
9h45	Je réduis mon temps passé au lit de 45 minutes	9h	
9h30		8h45	
9h15		8h30	
9h		8h15	
8h45		8h	
8h30		7h45	
8h15		7h30	
8h		Je réduis mon temps passé au lit de 30 minutes	7h30
7h45	7h15		
7h30	7h		
7h15	6h45		
7h	6h30		
6h45	6h15		
6h30	6h		
6h15	5h45		
6h	5h30		
5h45	5h15		
5h30	5h		
5h15	Je réduis mon temps passé au lit de 15 minutes		5h
5h			Je reste à 5h

- *efficacité de sommeil comprise entre 80% et 85%* : pas de modification du temps passé au lit

- *efficacité de sommeil supérieure à 85%* : en fonction de son temps passé au lit, il était recommandé au patient soit de ne rien modifier, soit de l'augmenter légèrement.

#### **5.1.2.2.3. Semaine n°5 : “j’adopte une bonne hygiène du sommeil”**

Il était rappelé dans ce chapitre les grands principes d'une bonne hygiène du sommeil :

- *éviter les excitants surtout 4 à 6 heures avant le coucher.*
- *ne pas consommer d'hypnotiques dans la mesure du possible.*
- *éviter les repas trop copieux le soir.*
- *réaliser de l'exercice de façon régulière mais à distance de l'heure du coucher.*
- *favoriser un environnement propice à l'endormissement et au maintien du sommeil.*

De plus, une introduction à l'approche de la gestion personnelle était développée. Le but était de maximiser l'efficacité du programme en expliquant la relation corps-esprit (qui est primordiale), d'insister sur les notions d'engagement et d'effort, qui font partie de la base de la TCC-I, d'évoquer l'importance de bénéficier du soutien de son entourage et de développer une approche scientifique tout en se fixant des objectifs réalistes.

Un nouveau quizz était disponible, afin de réviser les connaissances du patient sur ce qu'est le sommeil normal (notion abordée lors de la semaine précédente).

Enfin, une nouvelle auto-évaluation était proposée, via l'Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (*annexe VIII*) ainsi qu'une réévaluation des croyances via le CAS-16.

Pour terminer, comme en fin de chaque semaine, le patient était invité à poursuivre et adapter sa restriction du temps passé au lit via sa feuille de calcul, et en fonction de sa nouvelle efficacité de sommeil, les trois options déjà vues lui étaient proposées (cf supra).

#### 5.1.2.2.4. Semaine n°6 : "je modifie mon état d'esprit"

Ce chapitre était divisé en deux grandes parties.

La première abordait la question de l'utilisation des hypnotiques. Les recommandations officielles de la Haute Autorité de Santé étaient rappelées, ainsi qu'un tableau avec les différentes molécules existantes (et celles à utiliser préférentiellement) (*annexe VII*).

Puis les effets indésirables de ces molécules étaient décrits, suivi d'un paragraphe qui expliquait au patient le cercle vicieux de la dépendance à ces molécules.

Tout cela avait pour but de faire prendre conscience au patient que la consommation de ces molécules était délétère sur le long terme et qu'il était peut-être temps de profiter de cette thérapie pour y mettre fin.

C'est pour cette raison qu'un plan de sevrage progressif était proposé au patient par la suite selon un protocole standardisé (*annexe IX*).

Enfin, la mélatonine, molécule de plus en plus utilisée et médiatisée, était abordée.

La seconde partie de ce chapitre avait pour but d'aider le patient à rectifier ses distorsions cognitives éventuelles.

Les grands principes de la thérapie cognitive étaient exposés, en expliquant comment les pensées dysfonctionnelles entretiennent l'insomnie, et ses différents mécanismes étaient décrits (amplification, dramatisation, surgénéralisation, attention sélective, biais d'attribution). En se référant au score obtenu au CAS-16 un peu plus tôt dans le programme, le patient était donc amené à analyser ses pensées dysfonctionnelles puis à la remplacer par des pensées plus productives :

- *garder des attentes réalistes concernant son sommeil*
- *éviter de blâmer l'insomnie pour tous ses malheurs*
- *réviser ses mauvaises conceptions des causes de l'insomnie*
- *ne jamais essayer de dormir*
- *apprendre à gérer les pensées intrusives*
- *ne pas dramatiser après une mauvaise nuit de sommeil*
- *adopter une attitude scientifique face à son insomnie*
- *ne pas trop mettre l'accent sur le sommeil*



- *développer une certaine tolérance face aux conséquences de l'insomnie*

Puis une nouvelle auto-évaluation du sommeil était proposée au patient, via l'ISI, l'ESS et la BDI.

Comme à la fin de chaque semaine, le patient était invité à poursuivre et adapter sa restriction du temps passé au lit via sa feuille de calcul, et en fonction de sa nouvelle efficacité de sommeil, trois options lui étaient à nouveau proposées (cf supra).

#### **5.1.2.2.5. Semaine n°7 : "j'apprends à gérer mon stress"**

Ce chapitre avait premièrement pour objectif de renseigner le patient sur la nature du stress et les manières de le combattre.

Différentes techniques de relaxation y étaient détaillées, notamment la relaxation musculaire progressive de Jacobson, le training auto-gène de Schultz ainsi que la respiration profonde.

Comme à la fin de chaque semaine, le patient était invité à poursuivre et adapter sa restriction du temps passé au lit via sa feuille de calcul, et en fonction de sa nouvelle efficacité de sommeil, trois options lui étaient encore proposées (cf supra).

#### **5.1.2.2.6. Semaine n°8 : "je prépare la suite"**

Il s'agissait ici de la dernière semaine du guide.

Le patient était invité à évaluer son sevrage en hypnotique, débuté en semaine 6, via le questionnaire des symptômes de sevrage en benzodiazépines (BWSQ pour Benzodiazepine Withdrawal Symptoms Questionnaire, *annexe X*).

Etaient également évoquées les raisons potentielles d'une insuffisante efficacité du programme (problème d'ordre médical? consommation de substances ? autre pathologie du sommeil sous-jacente ?)

Enfin, un paragraphe était dédié à une éventuelle rechute et les directives à mettre en place si elle venait à se réaliser.

### 5.1.2.3. La notion de “coaching sommeil”

Toute la difficulté de cette méthode de soin réside dans l'autonomie complète qu'elle nécessite. Le patient se retrouve donc seul, tout au long du programme, à mettre en place des techniques parfois compliquées afin de résoudre ses difficultés de sommeil.

Tout d'abord, il était donc indispensable de proposer un guide complet et simple sur le plan de la compréhension. Il fallait impérativement limiter les interrogations qui pouvaient survenir lors de la lecture, et ne pas laisser place au doute ou à des zones de flou, afin de maximiser l'adhérence au programme et donc les résultats positifs attendus sur le sommeil.

Deuxièmement, l'accent a été mis sur la notion de « coaching sommeil ». Le coaching est un accompagnement personnalisé cherchant à améliorer les compétences et la performance d'un individu, d'un groupe ou d'une organisation, grâce à l'amélioration des connaissances, l'optimisation des processus et des méthodes d'organisation et de contrôle.

Objectivement, cela s'est concrétisé par plusieurs choses :

- explications claires sur le concept primordial de l'efficacité de sommeil et aide à son calcul
- aide dans le choix du nouveau temps passé au lit, à réévaluer chaque semaine
- aide dans le choix des nouveaux horaires de coucher et de lever
- encouragements réguliers, explications de la théorie à la pratique, approche de la gestion personnelle,...
- auto-évaluation régulière via des questionnaires validés, à reporter dans des diagrammes pour constater visuellement l'amélioration des différents paramètres du sommeil
- grille motivationnelle à compléter
- fiche récapitulative en fin de séance

Cette notion de « coaching sommeil », absente la plupart du temps dans la bibliothérapie de la TCC-I, est un point fort de notre programme.

## 5.2. L'étude Read&Sleep

### 5.2.1. Justification de l'étude

La TCC-I existant depuis plusieurs dizaines d'années, on retrouve dans la littérature médicale grand public de nombreux ouvrages la concernant, parmi lesquels « Vaincre les ennemis du sommeil » de C. Morin (66).

De nombreux formats sont proposés, et même si le principe de traitement reste le même, une grande hétérogénéité persiste.

De plus, après lecture de ceux-ci, force est de constater que ces guides se limitent à donner des conseils, sans réellement permettre au sujet d'évaluer ses progrès de manière structurée.

Le patient est généralement amené à découvrir les principes des techniques de la TCC-I, sans réellement bénéficier d'une aide lui permettant d'évaluer les résultats de ses efforts par le calcul de son efficacité de sommeil et l'application du concept de restriction du temps passé au lit (clairement fondamental dans la TCC-I). Il est également souvent démuné pour le choix des nouveaux horaires de coucher/lever en fonction de sa typologie circadienne.

Il en est de même au sujet des objectifs à atteindre qui ne sont souvent que partiellement définis.

L'absence d'ouvrage disponible répondant aux exigences d'une thérapie en autonomie pour l'insomnie nous à amener à rédiger ce guide clé en main, en mettant fortement l'accent sur la notion de "coaching sommeil" pour une prise en charge globale et la plus efficace possible.

Nous avons ainsi réalisé une étude préliminaire afin d'explorer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité d'un programme de bibliothérapie de l'insomnie chez des patients référés dans une unité spécialisée dans les troubles du sommeil pour une insomnie chronique primaire.

## 5.2.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude exploratoire descriptive, monocentrique, menée dans le service des Troubles du Sommeil du Centre Hospitalo-Universitaire Gui de Chauliac à Montpellier, de décembre 2017 à juillet 2018.

## 5.2.3. Population étudiée

### 5.2.3.1. Critères d'inclusion

	OUI	NON
1. patient ayant un âge compris entre 20 et 65 ans inclus	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
2. patient ayant au moins un des symptômes suivants: ✓ des difficultés à initier le sommeil	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
✓ des difficultés à maintenir le sommeil, caractérisées par des éveils fréquents, ou bien à se rendormir après un réveil nocturne	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
✓ des réveils matinaux trop précoces, avec incapacité à se rendormir	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
3. patient pour lequel les perturbations du sommeil sont responsables d'un retentissement significatif sur le fonctionnement social, professionnel, académique, comportemental ou d'autres domaines importants de fonctionnement diurne	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
4. patient pour lequel les difficultés de sommeil sont présentes au moins 3 nuits par semaine	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
5. patient pour lequel les difficultés de sommeil sont présentes depuis au moins 3 mois	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
6. patient pour lequel les difficultés de sommeil surviennent malgré des opportunités adéquates de dormir	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
7. patient sans autre trouble du sommeil (narcolepsie, trouble respiratoire nocturne, trouble du rythme circadien, parasomnies)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
8. patient pour lequel l'insomnie n'est pas attribuable aux effets d'une substance	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
9. patient pour lequel la coexistence d'un trouble médical ou d'un trouble psychiatrique n'explique pas à lui seul l'existence de l'insomnie	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
10. patient avec une efficacité de sommeil < 80% (sur agenda de sommeil réalisé entre V0 et V1)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
11. patient ayant un indice d'insomnie sévère : ISI > 14/28	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
12. patient ayant pris connaissance de la note d'information et ayant donné son accord pour participer à l'étude	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

### 5.2.3.2. Critères d'exclusion

	OUI	NON
1. patient souffrant cliniquement d'insomnie comorbide liée à d'autres troubles du sommeil : syndrome d'apnées du sommeil (cliniquement défini), syndrome des jambes sans repos présent au moins 2 fois par semaine	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
2. patient présentant un trouble psychiatrique non équilibré (trouble anxieux, trouble de l'humeur, trouble psychotique, état de stress post-traumatique)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
3. patient avec un score > 29 à l'inventaire de dépression de Beck (BDI).	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
4. patient souffrant de troubles neurologiques (épilepsie nocturne, maladie de Parkinson, neuropathie, démence...)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
5. patient souffrant d'affections médicales sévères pouvant affecter la qualité du sommeil :		
✓ douleurs chroniques avec EVA >5/10	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
✓ insuffisance respiratoire	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
✓ maladies endocriniennes non équilibrées	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
✓ maladies cardio-vasculaires non équilibrées (autre que l'hypertension artérielle)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
6. patient prenant plus de 2 médicaments de la famille des hypnotiques, anxiolytiques, ou antidépresseurs	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
7. patient sous traitement par neuroleptiques, opioïdes, antiépileptiques, antiparkinsoniens.	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
8. patient présentant un trouble de l'utilisation de substances (alcool, stupéfiants) dans les 6 derniers mois.	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
9. patient ayant entrepris un voyage transe méridien ( $\pm$ 3H) dans le mois précédent ou pendant la durée de l'étude.	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
10. femmes enceintes ou allaitantes	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
11. patient déjà traité par TCC-I	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
12. patient en situation d'illettrisme et/ou de non maîtrise de la langue française	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

## **5.2.4. Déroulement de l'étude**

### **5.2.4.1. Recrutement**

Au total, 25 patients avec plainte d'insomnie chronique, admis en consultation à l'unité des troubles du sommeil du CHU Gui de Chauliac de Montpellier, ont été recrutés.

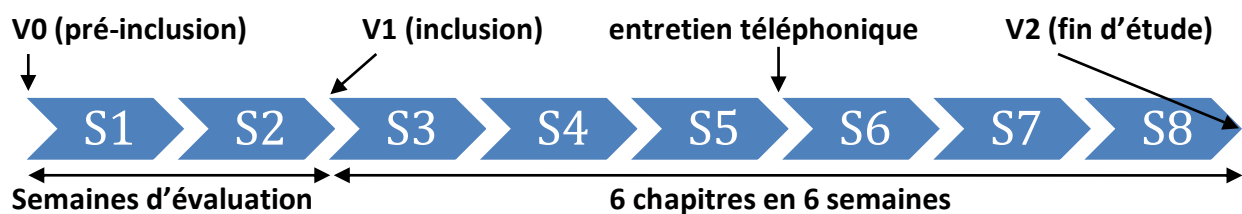
A l'issue de la consultation, et après une première vérification des critères d'éligibilité, les patients étaient informés de la possibilité de participer à l'étude Read & Sleep, et étaient mis en contact avec le doctorant, pour informations complémentaires et programmation de la visite de pré-inclusion.

### **5.2.4.2. V0 : visite de pré-inclusion**

Cette visite avait différents objectifs :

- Remise de la note d'information :
  - explications du rationnel et de l'objectif de l'étude
  - informations sur la durée de participation ainsi que sur les bénéfices attendus et risques prévisibles
  - description du calendrier de traitement et de suivi médical
  - informations sur les droits du patient
- Récupération des données cliniques via une observation standardisée :
  - âge
  - pathologies médicales/chirurgicales/psychiatriques
  - mode de vie (profession, horaires de travail, présence de stress au travail, statut marital, présence d'enfants au domicile)
  - caractéristiques de l'insomnie (type, ancienneté, fréquence, facteurs prédisposants et déclenchants)
  - consommation de toxiques
  - conséquences socioprofessionnelles

- habitudes de sommeil (activités vespérales, utilisation de la chambre à coucher autre que pour le sommeil/activités sexuelles, va au lit uniquement lorsque somnolence, se lève au bout de 20 min lorsque n'arrive pas à trouver le sommeil, se lève tous les jours à la même heure (week-end compris), réalisation de siestes)
- hygiène du sommeil (consommation d'excitants 4 à 6 heures avant le coucher, consommation d'alcool le soir, repas copieux le soir, exercice physique le soir, environnement propice à l'endormissement/maintien du sommeil)
- traitement médicamenteux en cours
- Vérification de la présence des critères d'inclusion et de l'absence des critères d'exclusion (cf supra)
- Remise du calendrier prévisionnel de l'étude



- Remise du cahier d'évaluation pour les deux semaines suivantes (cf supra)

#### 5.2.4.3. V1 : visite d'inclusion

Cette visite avait lieu 2 semaines après la visite de pré-inclusion.

Il s'agissait ici de s'assurer :

- De la présence d'une efficacité de sommeil inférieure à 80%, calculée via les 15 jours d'agenda de sommeil rempli durant la phase d'évaluation
- De la présence d'un score à l'ISI strictement supérieur à 14/28 (soit une insomnie modérée ou sévère)
- De l'absence d'une symptomatologie dépressive sévère (BDI  $\leq$  à 30)

Si les critères d'inclusion et de non inclusion étaient satisfaits, alors le patient était définitivement inclus dans l'étude. Le cahier de TCC autonome lui était alors remis en main propre afin de démarrer le programme dès le lendemain.

#### **5.2.4.4. Entretien téléphonique de mi-parcours**

A la fin de la cinquième semaine, un entretien téléphonique était réalisé.

Il permettait de faire le bilan sur différents points :

- Prendre des nouvelles du patient, afin de bien s'assurer qu'il continue toujours la lecture du guide et qu'il n'a pas abandonné l'étude pour une quelconque raison
- Prendre connaissances des progrès/échec éventuels par rapport à son insomnie
- Définir la date de la visite de fin d'étude (V2)

NB : en aucun cas cet entretien téléphonique n'avait pour but d'encourager ou d'aider le patient, puisque le guide a pour vocation une parfaite autonomie dans le traitement de l'insomnie.

#### **5.2.4.5. V2 : visite de fin d'étude**

Elle avait donc lieu 8 semaines après la visite de pré-inclusion et avait pour but :

- Recueillir les impressions du patient au sujet de son expérience de thérapie autonome de l'insomnie
- Recueillir les données des agendas de sommeil complétés au cours du programme
- Recueillir les scores des auto-questionnaires complétés en milieu et fin d'étude
- Recueillir des informations cliniques relatives à son insomnie et à la prise de traitement hypnotiques
- Compléter le questionnaire de satisfaction

#### **5.2.4.6. Contact de suivi à 6 mois**

Six mois après la fin de l'étude, les participants ont été recontactés par téléphone afin de compléter à nouveau l'index de sévérité de l'insomnie. Le taux de réponse était de 100%.



## 5.2.5. Critères de jugement

### 5.2.5.1. Principaux

#### 5.2.5.1.1. Acceptabilité et faisabilité

En premier lieu, ce travail de thèse avait pour but d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité de ce guide de traitement autonome.

Nous avons élaboré un auto-questionnaire, composé de 8 questions ainsi que d'une plage de texte libre afin d'évaluer si ce programme était acceptable et faisable (*annexe XI*).

Chaque question pouvait être cotée de 1 à 10.

La cotation 1 était la plus faible et correspondait à "pas du tout", "absolument pas", "difficilement compréhensible", "mauvaise".

La cotation 10 était la plus forte et correspondait à "très bien", "entièrement", "parfaitement compréhensible", "excellente".

Les intitulés des 8 questions étaient les suivants :

- la durée du programme vous a-t-elle semblée correcte ?
- la quantité d'informations à assimiler par semaine était-elle adaptée ?
- le contenu était-il bien compréhensible ?
- le guide était-il bien organisé ?
- à quel point avez-vous trouvé ce programme facile d'utilisation ?
- que pensez-vous de la qualité de l'aide reçue ?
- le guide a-t-il répondu à vos besoins et/ou attentes ?
- recommanderiez-vous ce programme à une de vos connaissances ?

### 5.2.5.1.2. Index de Sévérité de l'Insomnie

L'ISI est un instrument de mesure auto-rapportée évaluant les symptômes subjectifs et les conséquences de l'insomnie, ainsi que le degré d'inquiétude ou de détresse causée par les difficultés de sommeil.

L'ISI comporte sept items mesurant la sévérité des difficultés de sommeil (difficulté à initier le sommeil, difficulté à le maintenir, réveils trop tôt le matin), la satisfaction quant au sommeil actuel, la perturbation du fonctionnement quotidien, la perception de l'entourage quant à la détérioration apparente de la qualité de vie et le degré d'inquiétude ou de préoccupation face aux difficultés de sommeil.

Chaque item est coté sur une échelle de 0 à 4 et le score total varie entre 0 à 28. Il peut être complété en moins de cinq minutes et scoré en moins d'une minute (*annexe I*).

Le score total obtenu à l'ISI permet également de catégoriser les individus en fonction de la sévérité de leur insomnie :

- absence d'insomnie (0-7)
- symptômes d'insomnie sub-clinique (8-14)
- insomnie modérée (15-21)
- insomnie sévère (22-28)

Certaines études ont déterminé un seuil optimal permettant de classifier correctement les personnes selon la présence ou l'absence d'insomnie. Dans un échantillon de jeunes adultes, un score de 14 à l'ISI permettait une discrimination optimale entre les bons dormeurs et les individus souffrant d'insomnie primaire (*67*).

L'ISI est par ailleurs un outil utilisé par un nombre considérable d'études cliniques sur l'insomnie comme mesure de réponse au traitement. Les caractéristiques psychométriques de l'ISI ont été validées en population générale (*68*) et auprès d'individus présentant une insomnie primaire (*69,70*). L'ISI a également été traduite et validée en langue française (*71*). L'ISI est un instrument fiable et présente une stabilité temporelle adéquate, sur un intervalle de deux semaines. Il est significativement corrélé avec des mesures subjectives du sommeil recueillies via un agenda du sommeil (*68,69,72*).

La sensibilité à détecter des améliorations cliniques a été investiguée auprès d'échantillons cliniques ayant reçu un traitement cognitif comportemental pour leur insomnie (68,70). Dans l'étude de Morin et al. (2011), une réduction de sept points sur le score total de l'ISI s'est révélée optimale (60% sensibilité, 70% spécificité) pour identifier les participants ayant une amélioration modérée de leurs symptômes, telle qu'évaluée par un évaluateur indépendant à l'aide d'un index global clinique. Une réduction de huit points était par ailleurs optimale pour identifier ceux ayant une amélioration marquée de leurs symptômes (64% sensibilité, 80% spécificité). Dans l'étude de Yang et al. (2009), une réduction de six points représentait une amélioration cliniquement significative des symptômes diurnes associés à l'insomnie (fatigue, concentration, etc.).

Nous retiendrons donc une diminution d'au moins 6 points comme une amélioration cliniquement significative de l'ISI pour cette étude.

La rémission clinique était définie par l'obtention en fin d'étude d'un score à l'ISI inférieur ou égal à 14.

Enfin, il a été question de prouver qu'une majorité de patients serait de bons répondeurs à cette bibliothérapie :

- baisse d'au moins 4 points de l'ISI (changement cliniquement significatif)
- baisse de 7 points de l'ISI (amélioration au moins modérée selon) (68)

## **5.2.5.2. Secondaires**

### **5.2.5.2.1. Paramètres de l'agenda du sommeil**

L'agenda du sommeil est un journal quotidien rempli par le patient qui recueille des informations sur différents paramètres du sommeil (heure de coucher et de lever, délai d'endormissement, nombre et durée des éveils nocturnes).

L'agenda du sommeil est habituellement complété pour une durée minimum de deux semaines lors de l'évaluation initiale d'un trouble du sommeil. Il possède ainsi l'avantage d'évaluer les difficultés de sommeil sur une période continue, dans l'environnement naturel du patient. Il

s'agit d'un instrument pratique et économique, qui demeure le plus utilisé comme mesure du sommeil dans les études de traitement de l'insomnie (73).

Les données de l'agenda du sommeil ne reflètent pas les valeurs absolues obtenues avec des mesures objectives du sommeil telles que la polysomnographie ou l'actimétrie, cependant ces mesures subjectives restent fiables et valides (74).

Les participants complétaient dans le cadre de l'étude un agenda de sommeil durant deux semaines (entre la visite de pré-inclusion et la visite d'inclusion). Par ailleurs, dans le cadre de leur programme autonome, ils complétaient également un agenda de sommeil tout au long des 6 semaines du programme.

#### 5.2.5.2.1.1. Efficacité de sommeil

L'efficacité de sommeil correspond au rapport entre le temps passé à dormir et le temps passé au lit.

Elle était calculée selon la formule suivante :

$$\text{Efficacité de sommeil (en \%)} = \frac{\text{Temps Total de Sommeil (TTS)}}{\text{Temps Passé au Lit (TPL)}} \times 100$$

Pour rappel, l'efficacité de sommeil à la visite d'inclusion devait être strictement inférieure à 80 %.

#### 5.2.5.2.1.2. Temps passé au lit

Le temps passé au lit correspond au temps moyen cumulé pendant lequel le patient a indiqué être dans son lit. Cette mesure fait l'objet, dans le cadre du programme, de consignes afin d'en réduire la durée pour augmenter l'efficacité de sommeil.

#### **5.2.5.2.1.3. Temps total de sommeil**

Le temps total de sommeil est exprimé en heures, et correspond à la durée de sommeil comprise entre l'endormissement et le dernier réveil.

#### **5.2.5.2.1.4. Latence d'endormissement**

Elle correspond au temps mis par le patient pour s'endormir, exprimée généralement en minutes.

#### **5.2.5.2.1.5. Nombre de réveils nocturnes**

Le nombre de réveils nocturnes par semaine est également un paramètre recueilli.

#### **5.2.5.2.1.6. Veille intra-sommeil**

La durée de la veille intra-sommeil correspond au nombre de minutes durant lesquelles le patient est resté éveillé entre le moment où il s'est endormi et son dernier réveil (avant le lever définitif).

### **5.2.5.2.2. Autres mesures subjectives du fonctionnement**

#### **5.2.5.2.2.1. Echelle de Somnolence d'Epworth**

Cette échelle permettant d'évaluer la sévérité de la somnolence est un outil de référence dans de très nombreuses études scientifiques (75).

Elle permet, via 8 questions, de quantifier le degré de somnolence pour chacune d'entre elle, allant de 0 (jamais de somnolence) à 3 (somnolence systématique), pour un total allant de 0 à 24 (*annexe IV*).

Trois catégories se distinguent alors :

- score < 10 : pas de somnolence diurne
- score entre 11 et 15 : somnolence diurne excessive
- score > 15 : somnolence diurne sévère

Les participants complétaient l'échelle de somnolence d'Epworth lors de la visite d'inclusion et lors de la visite finale.

#### **5.2.5.2.2.2. Inventaire de dépression de Beck**

L'inventaire de dépression de Beck (BDI) est un auto-questionnaire permettant d'évaluer l'intensité d'une symptomatologie dépressive (76).

Elle est composée de 21 questions, avec à chaque fois la possibilité de coter la réponse de 0 à 3, pour un score total allant de 0 à 63 (*annexe V*).

Différents seuils ont été définis pour qualifier une symptomatologie dépressive cliniquement significative (score >13), et une symptomatologie dépressive sévère (score >29).

#### **5.2.5.2.2.3. Échelle de croyances et attitudes concernant le sommeil**

L'échelle de croyances et attitudes concernant le sommeil (CAS-16) est un auto-questionnaire composé d'un ensemble de questions visant à explorer les croyances, pensées, appréciations et préoccupations exprimées par les patients souffrant d'insomnie.

On retrouve :

- fausses idées sur les causes de l'insomnie
- erreurs d'attribution ou amplification des conséquences de l'insomnie
- attentes irréalistes concernant le sommeil
- perception diminuée du contrôle et de la prévisibilité du sommeil
- croyances erronées sur les pratiques favorisant le sommeil

La version initiale de cette échelle comporte 30 items, et une version réduite à 16 items a été développée pour faciliter son utilisation en routine clinique (CAS-16) (82).

Pour chaque question, il est proposé au patient d'évaluer son degré d'accord ou de désaccord avec la question via une échelle visuelle analogique allant de 0 à 10, 0 correspondant à « fortement en désaccord » et 10 à « fortement d'accord ».

Bien qu'il n'y ait pas de bonne ou de mauvaise réponse, leur nature dysfonctionnelle est reflétée par le degré avec lequel les patients approuvent un item. Un score élevé indique des croyances et attitudes fortement dysfonctionnelles. Le score est calculé par la moyenne totale obtenue par question.

Elle s'est révélée fiable pour catégoriser les bons et les mauvais dormeurs, tout en étant stable dans le temps (77,78). Ses variations ont aussi été montrées comme sensible au traitement de l'insomnie par TCC (79,80,81). Enfin, elle a également été traduite en plusieurs langues, dont le français. Cette version française a également été évaluée (71).

Un score moyen supérieur à 3.8 suggère un niveau élevé de croyances erronées, corrélé de façon cliniquement significative à une insomnie. Ce seuil sera utilisé pour notre étude.

Le CAS-16 est disponible en annexe VI.

#### **5.2.5.2.3. Consommation d'hypnotiques**

L'interrogatoire de la visite de pré-inclusion et de la visite finale recueillait le nombre et le type de médicaments à visée hypnotique utilisés par le patient.

Rappelons qu'il était impératif que le patient ne prenne pas plus de 2 médicaments de la famille des hypnotiques, anxiolytiques, ou antidépresseurs (critère d'exclusion).

### **5.3. Analyse statistique**

Les variables continues sont présentées en moyenne (écart-type) et médiane (valeur minimale et maximale), les variables catégorielles sont présentées en pourcentage. Les comparaisons avant-après intervention étaient étudiées au moyen du test de rang signé de Wilcoxon pour les variables continues, et au moyen du test de Mc Nemmar pour les variables catégorielles. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS (version 25.0.0.1).

## **6. Résultats**

### **6.1. Echantillon**

Lors de la phase de dépistage, 25 patients ont été adressés par les différents médecins du service. Tous avaient donné leur consentement pour participer à l'étude Read&Sleep.

Une fois la visite de pré-inclusion (V0) réalisée, 5 sujets n'ont pas été inclus (absence de critères d'inclusions et/ou présence de critères d'exclusions).

De plus, 2 patients ont été exclus après les 2 semaines d'évaluation (du fait d'une efficacité de sommeil supérieure à 80% dans les deux cas).

Dix-huit patients ont donc été inclus dans l'étude.

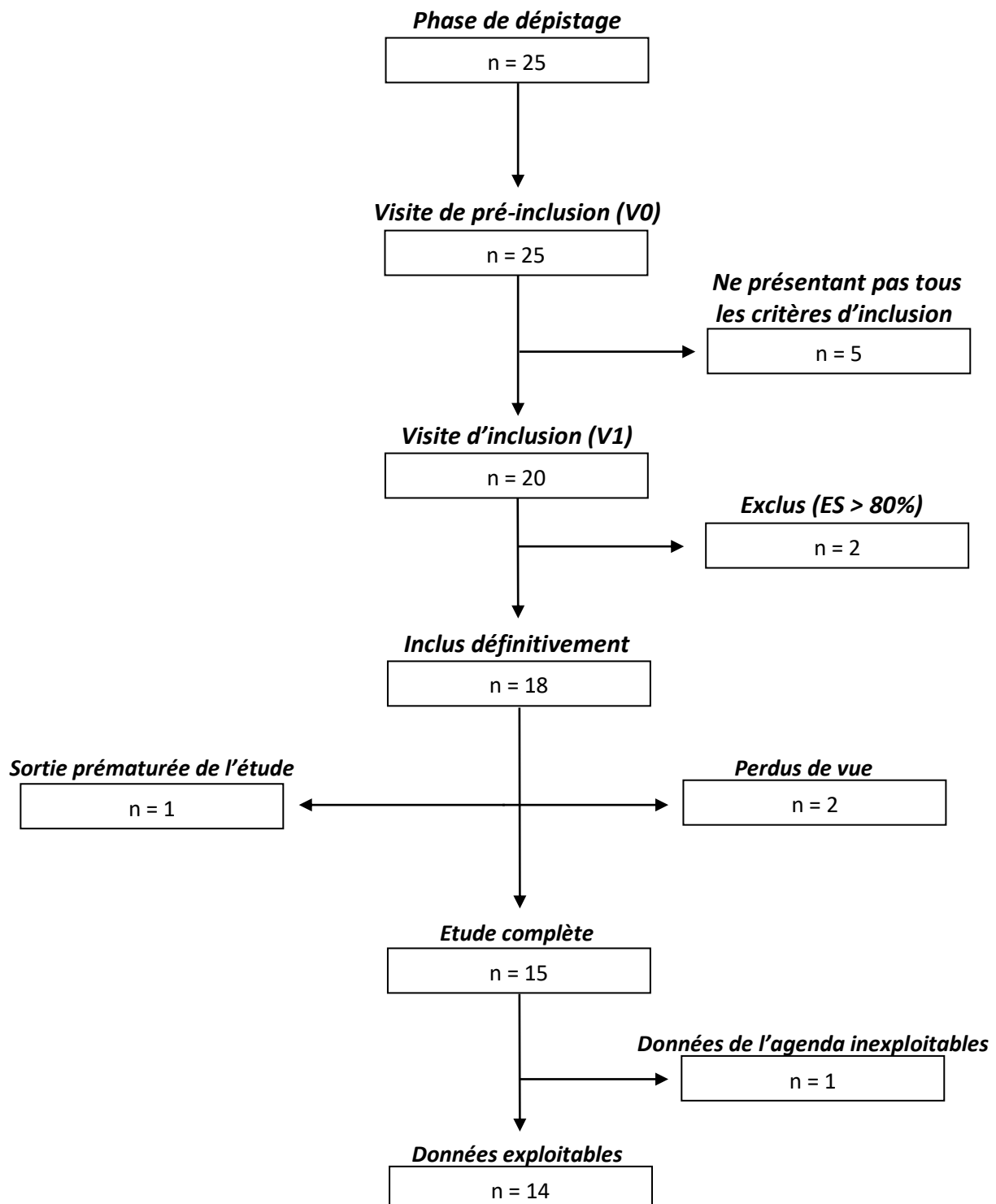
Cependant, 3 patients ont été perdus de vue (2 ne souhaitant plus répondre aux appels et 1 ayant décidé d'arrêter elle-même l'étude devant les améliorations rapides et importantes de ses différents paramètres du sommeil).

Finalement, 15 patients ont réalisé l'ensemble des étapes de l'étude.

A noter que les données des agendas du sommeil d'un patient, bien qu'il soit allé au bout de l'étude, n'étaient pas exploitables. Les analyses ont donc été réalisées sur ces 14 patients.



## 6.2. Flow-chart



### 6.3. Caractéristiques démographiques

La moyenne d'âge était de 46.7 ans, avec 64.3% de femmes.

Parmi les 14 sujets, 85.7 % étaient actifs professionnellement parlant, et 64.3% estimaient que leur profession était source de stress.

Concernant le statut marital, 78.6% étaient en couple (mariage, concubinage, PACS).

<b>Moyenne</b>	<b>TCC</b>
	<b>n = 14 (100%)</b>
<b>Age</b> (années)	46.7
<b>Sexe</b>	
Féminin	9 (64.3%)
Masculin	5 (35.7%)
<b>Actif</b>	
Oui	12 (85.7%)
Non	2 (14.3%)
<b>Stress au travail</b>	
Oui	9 (64.3%)
Non	5 (35.7%)
<b>Statut marital</b>	
En couple	11 (78.6%)
Célibataire	3 (21.4%)

Tableau 1 : caractéristiques démographiques

### 6.4. Caractéristiques cliniques

Les patients présentaient différents types d'insomnie, avec 14.3% présentant une insomnie d'endormissement et 14.3% une insomnie de maintien isolée. Aucun sujet ne présentait d'insomnie par réveil précoce isolée.

Pour les autres (71.4%), l'insomnie était mixte :

- 28.6% présentaient une insomnie d'endormissement associée à une insomnie de maintien

- 7.1% présentaient une insomnie d'endormissement associée à une insomnie terminale
- 28.6% présentaient une insomnie de maintien associée à une insomnie terminale
- 7.1% présentaient les 3 formes d'insomnie à la fois

La durée d'évolution de l'insomnie était de moins d'un an chez un patient (7.1%), de un à dix ans pour 5 patients (35.7%) et de plus de 10 ans pour 57.2% d'entre eux.

<b>Moyenne</b>	<b>TCC</b>
	<b>n = 14 (100%)</b>
<b>Type d'insomnie</b>	
Endormissement (E)	2 (14.3%)
Maintien (M)	2 (14.3%)
Terminale (T)	0 (0%)
Mixte	10 (71.4%)
E + M	4 (28.6%)
E + T	1 (7.1%)
M + T	4 (28.6%)
E + M + T	1 (7.1%)
<b>Ancienneté</b>	
3m – 1 an	1 (7.1%)
1 an – 10 ans	5 (35.7%)
+ de 10 ans	8 (57.2%)
<b>Hypnotiques</b>	
0	8 (57.2%)
1	5 (35.7%)
2	1 (7.1%)

*Tableau 2 : type et ancienneté de l'insomnie*

Six sujets prenaient au moins un traitement à visée hypnotique (5 sujets avec benzodiazépines ou apparentés à visée hypnotique et un sujet avec mélatonine). Un sujet prenait deux traitements hypnotiques (benzodiazépine et hypnotique à demi-vie courte).

Lors de la visite de pré-inclusion, l'interrogatoire a pu mettre en évidence de mauvaises habitudes de sommeil chez 100% des patients :

- 64.3% d'entre eux utilisaient leur chambre à coucher pour autres choses que le sommeil ou les activités sexuelles
- 50% d'entre eux n'avait pas de rituel avant de se coucher
- 85.7% d'entre eux allait au lit lorsqu'ils n'étaient pas somnolent
- 85.7% d'entre eux ne sortaient pas du lit au bout de 20 min lorsque le sommeil ne venait pas
- 57.2% d'entre eux ne se réveillaient pas tous les jours à la même heure
- 57.2% d'entre eux réalisaient des siestes en journée

<b>Moyenne</b>	<b>TCC</b> <b>n = 14 (100%)</b>
<b>Biais d'utilisation de la chambre à coucher</b>	
Oui	9 (64.3%)
Non	5 (35.7%)
<b>Rituel avant le coucher</b>	
Oui	7 (50%)
Non	7 (50%)
<b>Va au lit quand somnolent</b>	
Oui	2 (14.3%)
Non	12 (85.7%)
<b>Lever au bout de 20 min</b>	
Oui	2 (14.3%)
Non	12 (85.7%)
<b>Se réveille à la même heure tous les jours</b>	
Oui	6 (42.8%)
Non	8 (57.2%)
<b>Réalisation de siestes</b>	
Oui	6 (42.8%)
Non	8 (57.2%)

*Tableau 3 : récapitulatif des habitudes de sommeil*

De plus, l'interrogatoire de la pré-inclusion retrouvait des facteurs de mauvaise hygiène du sommeil chez nombre de patient :

- aucun d'entre eux ne consommait d'excitants le soir
- 42.8% d'entre eux consommaient de l'alcool le soir
- 42.8% d'entre eux dinaient copieusement et/ou proche de l'heure du coucher
- 57.8% d'entre eux ne pratiquaient pas d'activités sportives en journée
- 35.7% d'entre eux pratiquaient une activité sportive le soir

<b>Moyenne</b>	<b>TCC</b>
	<b>n = 14 (100%)</b>
<b>Consommation d'excitants le soir</b>	
Oui	0 (0%)
Non	14 (100%)
<b>Consommation d'alcool le soir</b>	
Oui	6 (42.8%)
Non	8 (57.2%)
<b>Repas copieux et/ou proche de l'heure de coucher</b>	
Oui	6 (42.8%)
Non	8 (57.2%)
<b>Sport en journée</b>	
Oui	6 (42.8%)
Non	8 (57.2%)
<b>Sport le soir</b>	
Oui	5 (35.7%)
Non	9 (64.3%)

*Tableau 4 : récapitulatif des facteurs d'hygiène du sommeil*

## 6.5. Critères de jugement principaux

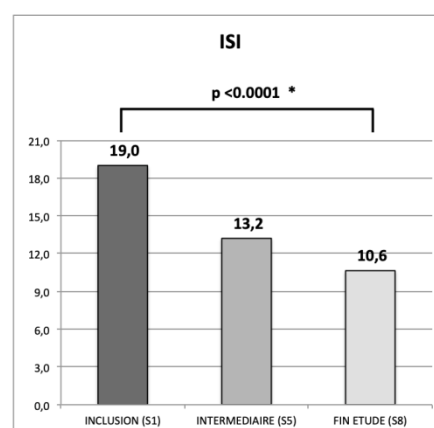
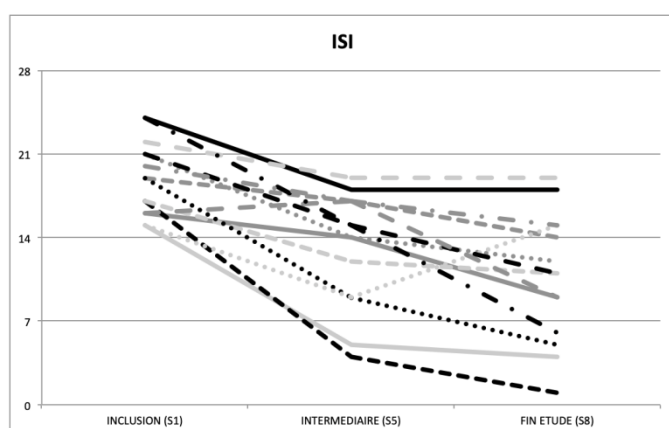
### 6.5.1. Index de Sévérité de l'Insomnie

#### 6.5.1.1. Comparaison de l'ISI avant et après intervention

Le score moyen de l'ISI avant intervention était de 19,0 (écart-type 3,1), pour un score médian à 19 (de 15 à 24).

Après intervention, la moyenne était retrouvée à 10,6 (écart-type 5,3), soit une différence de 8,4 points entre les deux évaluations. Les scores avant et après l'intervention étaient significativement différents ( $p < 0.0001$ ).

Les scores de l'ISI 6 mois après la fin de l'intervention restaient significativement plus faibles qu'à l'entrée dans l'étude (9,9, écart-type 5,6,  $p < 0.0001$ ) et ne se différençaient pas des scores obtenus à la fin de l'intervention ( $p = 0,56$ ).



#### 6.5.1.2. Rémission

La rémission était définie par l'obtention d'un ISI inférieur ou égal à 14 en fin d'intervention.

A la fin de l'étude, 10 patients ont donc pu être qualifiés en rémission, soit 71,4%. Ils étaient 11 (78,6%) lors de l'évaluation réalisée 6 mois après la fin de l'intervention.

### **6.5.1.3. Taux de réponse**

A la fin de l'intervention, 12 patients ont baissé leur score à l'ISI de 4 points ou plus, soit 85.7% des sujets.

Parmi ces patients, 8 ont baissés leur score à l'ISI d'au moins 7 points (correspondant à une amélioration au moins modérée des symptômes).

Six mois après la fin de l'intervention, 10 patients (71,4%) étaient toujours répondeurs dont 9 avec une amélioration d'au moins 7 points (64,3%).

### **6.5.2. Acceptabilité et faisabilité**

Les résultats du questionnaire adressé à la fin de l'étude, composé de 8 questions et visant à évaluer l'acceptabilité et la faisabilité de ce programme autonome sont détaillés dans ce paragraphe.

Rappelons que la cotation allait de 1 à 10 pour chaque question.

Etant donné que pour la première question, la cotation ne pouvait être interprétée comme les sept autres, nous n'en tiendrons donc pas compte pour le calcul du score total. Le score minimal était donc de 0/70 et le maximal de 70/70.

Le score moyen était de 58.2/70, soit 8.3/10.

A la question « la durée du programme vous a-t-elle semblée correcte ? » :

- la moyenne était de 5.28, soit une durée de programme « tout à fait adaptée »
- 85.7% des patients la trouvaient parfaitement adaptée, les autres la trouvaient légèrement longue

A la question « la quantité d'informations à assimiler par semaine était-elle adaptée ? » :

- la moyenne était de 9.21/10, soit « tout à fait adaptée »
- 7 patients ont mis la note de 10/10, 3 patients la note de 9/10 et 4 patients la note de 8/10

A la question « le contenu était-il bien compréhensible ? » :

- la moyenne était de 8.64/10, soit « bien compréhensible »
- 4 patients ont mis la note de 10/10, 6 la note de 9/10, 1 la note de 8/10, 2 la note de 7/10 et 1 la note de 5/10

A la question « le guide était-il bien organisé ? » :

- la moyenne était de 8.43/10, soit « plutôt bien organisé »
- 2 patients ont mis la note de 10/10, 6 la note de 9/10, 3 la note de 8/10, 2 la note de 7/10 et 1 la note de 6/10

A la question « à quel point avez-vous trouvé ce programme facile d'utilisation ? » :

- la moyenne était de 7.5/10, soit « globalement facile d'utilisation »
- 2 patients ont mis la note de 10/10, 4 la note de 9/10, 2 la note de 8/10, 3 la note de 7/10, 1 la note de 6/10 et 2 la note de 3/10

A la question « que pensez-vous de la qualité de l'aide reçue ? » :

- la moyenne était de 7.5/10, soit « très bonne »
- 2 patients ont mis la note de 10/10, 4 la note de 8/10, 5 la note de 8/10, 1 la note de 6/10, 1 la note de 5/10 et 1 la note de 2/10

A la question « le guide a-t-il répondu à vos besoins et/ou attentes ? » :

- la moyenne était de 7.36/10, soit « presque entièrement »
- 3 patients ont mis la note de 10/10, 2 la note de 9/10, 5 la note de 8/10, 1 la note de 7/10, 2 la note de 5/10 et 1 la note de 3/10

A la question « recommanderiez-vous ce programme à une de vos connaissances ? » :

- la moyenne était de 9.21/10, soit « très certainement »
- 9 patients ont mis la note de 10/10, 3 la note de 9/10, 1 la note de 7/10 et 1 la note de 5/10



## 6.6. Critères de jugement secondaires

### 6.6.1. Paramètres de l'agenda du sommeil

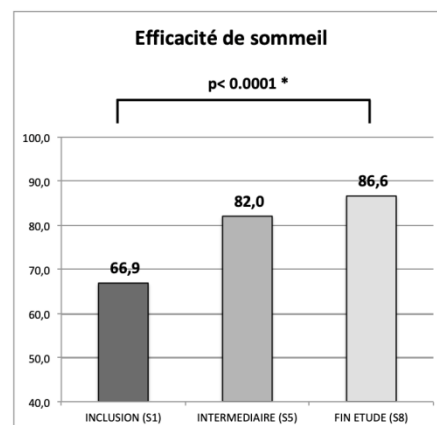
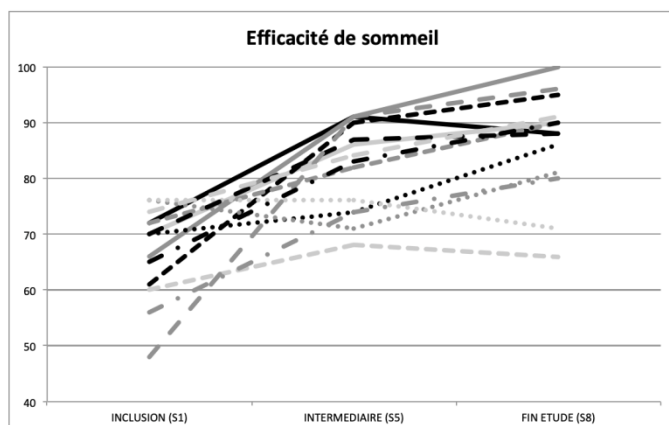
#### 6.6.1.1. Efficacité du sommeil

En moyenne, l'efficacité de sommeil était de 66.9% (écart-type 8,1%) à la fin des deux semaines d'évaluation (avant l'inclusion dans l'étude). La médiane était à 70%, avec une minimale de 48% et une maximale à 76%.

Au terme des six semaines de traitement, nous retrouvons une efficacité de sommeil moyenne de 86.6% (écart-type 9,4%). La médiane était à 89% (de 66% à 100%).

Une différence significative était observée entre le début et la fin de l'étude ( $p < 0.0001$ ), avec en moyenne une augmentation de 19.7 points, soit 29.5% (écart-type 13.3%).

Seulement trois patients ne sont pas parvenus à atteindre une efficacité de sommeil strictement supérieure à 80% au terme des six semaines, soit 21.4% (un patient a tout de même terminé à 80%).



### **6.6.1.2. Temps passé au lit**

Concernant le temps passé au lit, la moyenne en début d'étude était de 520.6 minutes (+/- 48.6 minutes) par nuit, soit environ 8.68 heures. La médiane était de 528.2 minutes (soit 8.8 heures), de 399.6 minutes (6.66 heures) à 588.9 minutes (9.8 heures).

A la fin de l'étude, le temps passé au lit moyen était de 444.8 minutes (+/- 45,7 minutes), soit 7.41 heures. La médiane était à 453 minutes (7.55 heures) de 370.8 minutes (6.18 heures) à 510 minutes (8.5 heures).

En accord avec les consignes de restriction du temps passé au lit au cours du programme, les patients ont donc diminué leur temps passé au lit de 75.9 minutes (1.27 heure) avec un écart-type de 60.5 minutes ( $p < 0.0001$ ).

### **6.6.1.3. Temps total de sommeil**

Le temps total de sommeil était à 355.7 minutes (+/- 49,3 minutes) en début de traitement, soit 5.93 heures.

Après les six semaines de traitement, la moyenne était de 383.6 minutes (+/- 53,9 minutes), soit 6.39 heures.

Les patients ont gagné en moyenne 27.9 minutes de temps de sommeil par nuit, pour un écart-type de 75.4 minutes, entre le début et la fin de l'étude, sans différence significative ( $p = 0.190$ ).

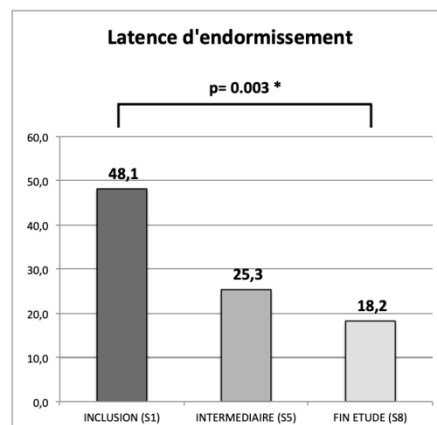
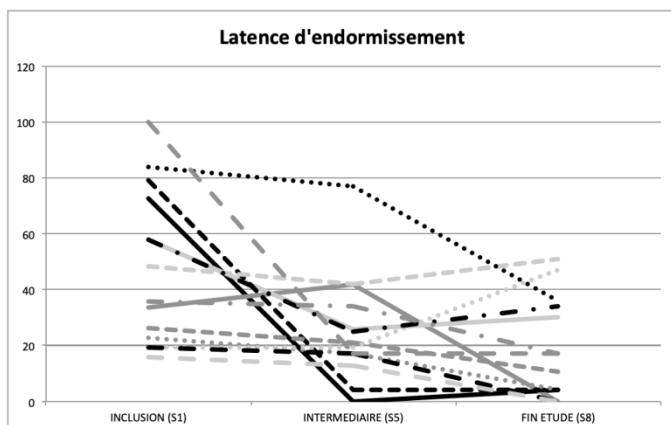
### **6.6.1.4. Latence d'endormissement**

La latence d'endormissement moyenne en début d'étude était de 48.1 minutes (+/- 27,6 minutes). La médiane était à 42.3 minutes (de 16 minutes à 100 minutes).

Après les six semaines d'intervention, la moyenne était passée à 18.2 minutes (+/- 18,1 minutes) avec une médiane à 13.9 minutes (de 0 minutes à 51 minutes).

Une réduction de 29.9 minutes (+/- 30,2 minutes) de la latence d'endormissement était observée. Cette amélioration était significative ( $p = 0.003$ ).

Neuf patients présentaient une latence d'endormissement supérieure à 30 minutes en début d'étude, contre 4 à la fin. Cette amélioration n'était cependant pas significative ( $p = 0.125$ ).

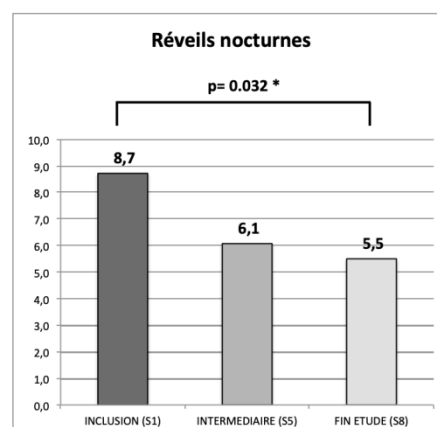
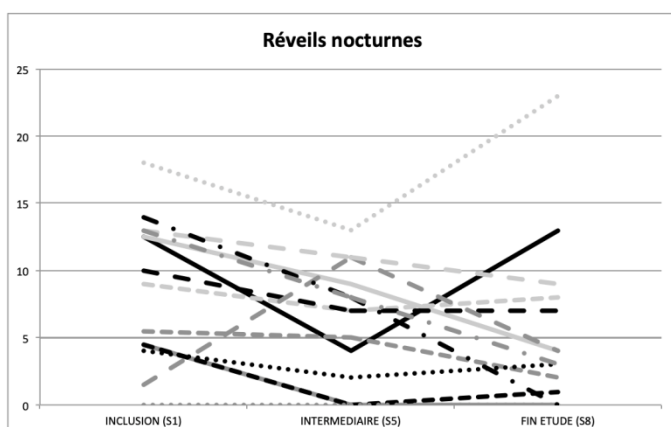


#### 6.6.1.5. Nombre de réveils nocturnes

Les patients présentaient en moyenne 8.7 réveils nocturnes par semaine (+/- 5,4) en début d'étude, avec une médiane à 9.5 (de 0 à 18 réveils nocturnes).

Après les six semaines de traitement, la moyenne était passée à 5.5 réveils nocturnes par semaine (+/- 1), pour une médiane à 3.5 (de 0 à 23 réveils).

En moyenne, les patients ont diminué leur nombre de réveils nocturnes par semaine de 3.2 (+/- 5) entre le début et la fin de l'étude. Cette amélioration était significative ( $p = 0.032$ ).

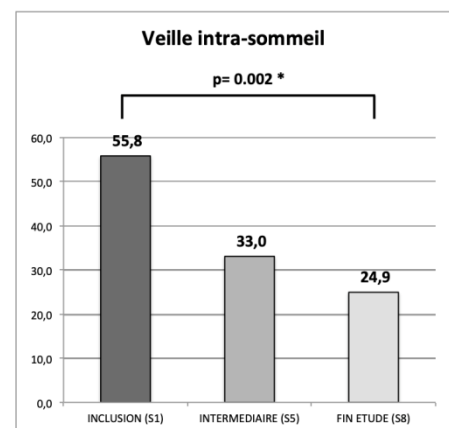
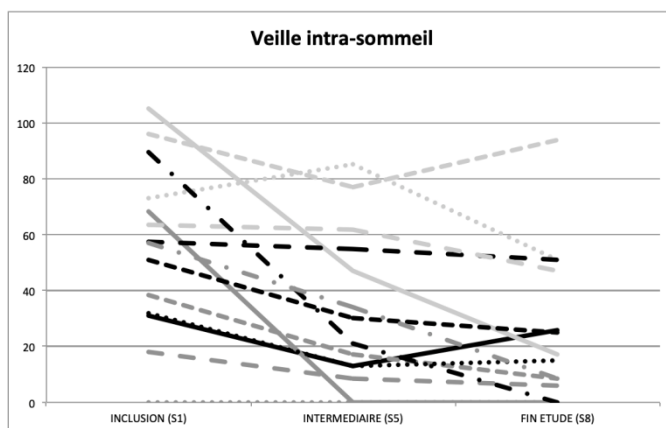


### 6.6.1.6. Veille intra-sommeil

La veille intra-sommeil moyenne par nuit était de 55.8 minutes (+/- 30,1 minutes) pour une médiane à 57.3 minutes (de 0 à 105 minutes).

En fin d'étude, la moyenne par nuit était passée à 24.9 minutes (+/- 27,1 minutes), pour une médiane à 16 minutes (de 0 à 94 minutes).

En moyenne, les patients ont diminué leur veille intra-sommeil de 30.8 minutes (+/- 30,8 minutes), entre le début et la fin de l'étude. Cette amélioration était significative ( $p = 0.002$ ).



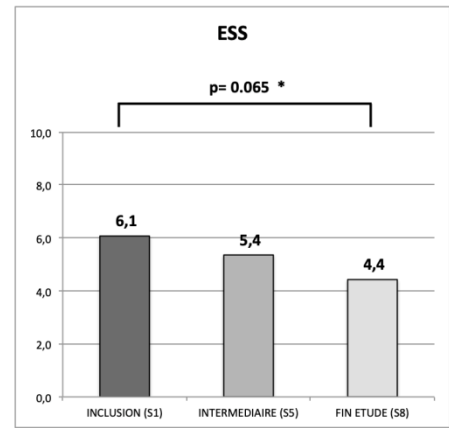
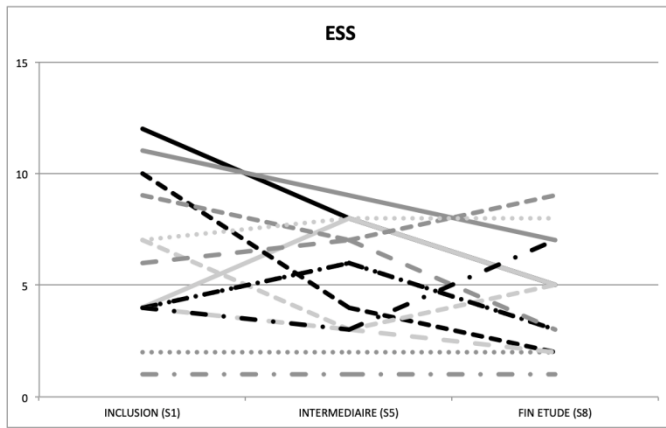
## 6.6.2. Autres mesures subjectives du fonctionnement

### 6.6.2.1. Somnolence

Le score à l'ESS en début d'étude était en moyenne de 6.1 (+/- 3,4), pour une médiane à 5 (de 1 à 12).

En fin d'étude, le score était retrouvé en moyenne à 4.4 (+/- 2,5), pour une médiane à 4 (de 1 à 9). Le changement n'était pas significatif ( $p = 0.065$ ).

Concernant les deux patients (soit 14.3%) dont le score était strictement supérieur à 10 (soit les patients atteints de somnolence diurne excessive ou sévère), ils présentaient tous les deux un score inférieur ou égal à 10 en fin d'étude.

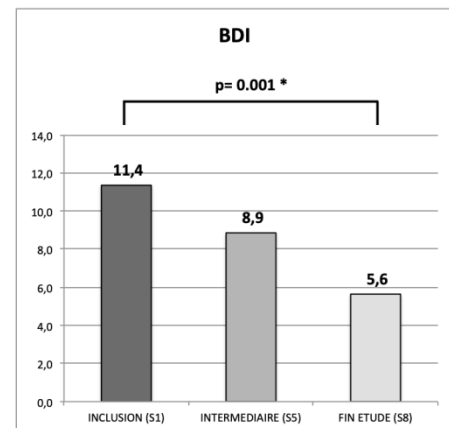
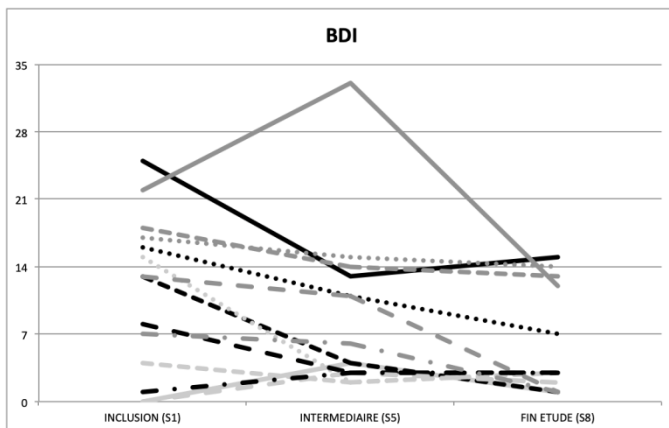


### 6.6.2.2. Symptomatologie dépressive

Le score à la BDI en début d'étude était en moyenne de 11.4 (+/- 8,2), pour une médiane à 13 (de 0 à 25).

En fin d'étude, le score était retrouvé en moyenne à 5.6 (+/- 5,4 minutes), pour une médiane à 3 (de 1 à 15). Cette amélioration était significative (p = 0.001).

Sur les 14 patients, 6 (42.9%) présentaient un score à la BDI strictement supérieur à 13. En fin d'étude, seulement 2 continuaient de présenter ce chiffre, soit 14.3%.



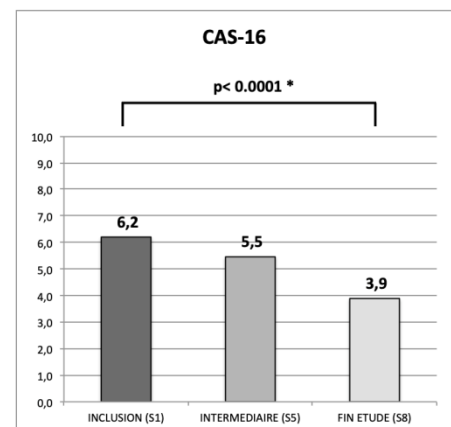
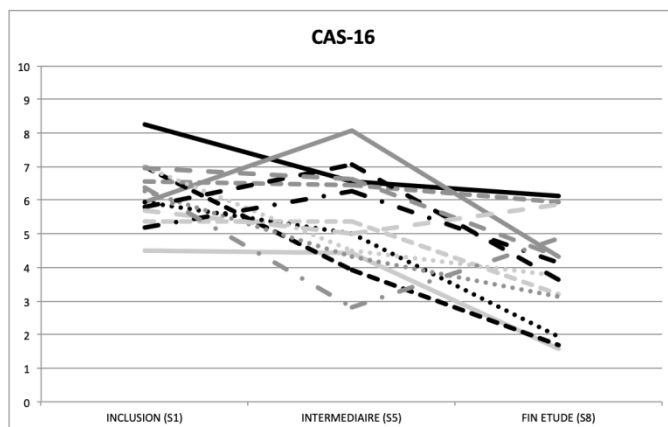
### 6.6.2.3. Croyances et attitudes concernant le sommeil

Le score moyen au CAS-16 en début d'étude était de 6.2 (+/- 0,9), pour une médiane à 6.1 (de 4.5 à 8.2).

En fin d'étude, la moyenne était retrouvée à 3.9 (+/- 1,5), pour une médiane à 3.9 (de 1.6 à 6.1).

En moyenne, les patients ont donc perdu 2.3 points pour un écart-type de 1.4. L'amélioration était significative ( $p < 0.0001$ ).

De plus, concernant les patients dont le CAS-16 était strictement supérieur à 3.8 (c'est-à-dire 100% des patients), la moitié présentait un score inférieur à cette valeur seuil en fin de programme. L'amélioration était significative ( $p = 0.016$ ).



### 6.6.3. Consommation d'hypnotiques

Parmi les six patients qui consommaient au moins un traitement à visée hypnotique, 5 n'en prenaient plus à la fin de l'étude.

Un patient qui consommait deux traitements hypnotiques n'en consommait plus qu'un à la fin de l'étude.

## 6.7. Tableau récapitulatif

	Evaluation initiale				Fin d'étude					Différence pré-post	
	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Min - Max	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Min - Max	p-value	Moyenne	Ecart-type
<b>Paramètre d'évaluation principal – Index de Sévérité de l'Insomnie</b>											
<b>ISI</b>	19,0	3,1	19	15 - 24	10,6	5,3	11	1 - 19	<b>&lt;0.0001</b>	-8,4 pts	5,0
<b>ISI &gt;14</b> <sup>(1)</sup>	n = 14				n = 4				<b>0.002</b>		
<b>Paramètres secondaires – Fonctionnement</b>											
<b>CAS-16</b>	6,2	0,9	6,1	4,5 – 8,2	3,9	1,5	3,9	1,6 – 6,1	<b>&lt;0.0001</b>	-2,3 pts	1,4
<b>CAS-16 &gt; 3,8</b> <sup>(1)</sup>	n = 14				n = 7				<b>0.016</b>		
<b>ESS</b>	6,1	3,4	5	1 - 12	4,4	2,5	4	1 – 9	0.065	-1,6 pts	3,1
<b>ESS &gt;10</b> <sup>(1)</sup>	n = 2				n = 0				0.500		
<b>BDI</b>	11,4	8,2	13	0 - 25	5,6	5,4	3	1 - 15	<b>0.001</b>	-5,7 pts	5,3
<b>BDI &gt;13</b> <sup>(1)</sup>	n = 6				n = 2				<b>0.125</b>		
<b>Paramètres secondaires – Agenda de sommeil</b>											
<b>TPL (min)</b>	520,6	48,6	528,2	399,6 – 588,9	444,8	45,7	453,0	370,8 – 510,0	<b>&lt;0.0001</b>	-75,9 (- 14.6%)	60,5
<b>TTS (min)</b>	355,7	49,3	371,3	252,6 – 415,5	383,6	53,9	395,1	307,8 – 462,0	0.190	+27,9 (+7.8%)	75,4
<b>ES (%)</b>	66,9	8,1	70,0	48,0 – 76,0	86,6	9,4	89,0	66,0 – 100,0	<b>&lt;0.0001</b>	+19,7 (+29.5%)	13,3
<b>ES &lt; 80%</b> <sup>(1)</sup>	n = 14				n = 3				<b>0.001</b>		
<b>LE (min)</b>	48,1	27,6	42,3	16,0 – 100,0	18,2	18,1	13,9	0,0 – 51,0	<b>0.003</b>	-29,9 (-62%)	30,2
<b>LE &gt; 30 min</b> <sup>(1)</sup>	n = 9				n = 4				0.125		
<b>Nb RN (par semaine)</b>	8,7	5,4	9,5	0 - 18	5,5	1,0	3,5	0 - 23	<b>0.032</b>	-3,2 (-36.8%)	5,0
<b>VIS (min)</b>	55,8	30,1	57,3	0,0 – 105,0	24,9	27,1	16,0	0,0 – 94,0	<b>0.002</b>	-30,8 (-55.4%)	30,8

## 7. Discussion

Nous avons élaboré un guide pour une prise en charge autonome de l'insomnie en huit semaines (Read&Sleep), basé sur les techniques de TCC. Nous avons réalisé une étude pilote, afin de décrire sa faisabilité et son acceptabilité, mais aussi d'évaluer son effet sur la sévérité de l'insomnie (mesurée par l'index de sévérité de l'insomnie), sur les paramètres d'agenda de sommeil et sur des paramètres de fonctionnement. Nous démontrons que le programme Read&Sleep est une solution de prise en charge à la fois acceptable et efficace pour réduire la sévérité de l'insomnie, améliorer les principaux paramètres du sommeil, de fonctionnement diurne et la consommation de traitements à visée hypnotique.

Les thérapies autonomes représentent un enjeu important dans le champ de l'insomnie. Ce trouble est particulièrement fréquent, et dispose d'une approche de prise en charge non médicamenteuse validée ayant démontré une efficacité remarquable. Cependant, peu de patients peuvent bénéficier de cette prise en charge, par manque de professionnels disponibles. Il apparaît ainsi important de développer des stratégies innovantes de thérapie qui ne requièrent pas ou peu d'intervention de professionnels de santé pour permettre une diffusion au plus grand nombre. C'est dans ce contexte qu'ont émergé au cours des dix dernières années les programmes de TCC de l'insomnie sur Internet, avec des résultats concluants. Cependant, à notre connaissance, de tels programmes n'existent pas en langue Française.

Nous avons élaboré un programme autonome sous la forme d'une bibliothérapie, pour des raisons essentiellement techniques. En effet, l'élaboration d'un programme sur Internet requiert un temps de développement long et l'expertise de programmeurs, ainsi que des coûts de maintenance importants. La plupart des programmes existants sont disponibles au prix d'une participation financière du patient pour compenser les investissements initiaux et les coûts de fonctionnement de la plateforme en ligne. Le format choisi pour ce programme autonome nous permet de limiter de façon majeure les coûts afin de pouvoir rendre disponible gratuitement ce programme. Par ailleurs, une des limites des programmes sur Internet repose



sur la capacité du patient à utiliser avec facilité Internet, ce qui n'est pas toujours aisé, en particulier pour les personnes âgées.

Nous avons premièrement mené une enquête visant à évaluer l'acceptabilité d'un tel programme. Les participants ont ainsi jugé le programme de façon positive dans la plupart des cas, avec une facilité d'utilisation, une bonne compréhension des consignes, un niveau de connaissances apportées adéquat semblant correspondre aux attentes des patients. La durée du programme semblait également adaptée pour la plupart des participants. Ces résultats suggèrent que les patients souffrant d'insomnie sont prêts à s'engager dans des approches de prise en charge non conventionnelles avec un taux d'acceptabilité tout à fait satisfaisant. Le taux de rétention dans l'étude était important avec 15 sujets sur 18 ayant mené le programme jusqu'à son terme. Nous avons déploré seulement deux sujets perdus de vue, et de façon intéressante, un sujet ayant arrêté prématurément l'étude du fait d'une amélioration initiale importante de son insomnie. Aucun effet indésirable majeur n'a été rapporté par les participants.

Nos résultats préliminaires suggèrent que notre programme autonome peut permettre une amélioration clinique de la sévérité de l'insomnie. Une réduction moyenne et significative de 8,6 points sur l'ISI était observée entre la visite d'inclusion et la fin de l'étude. Par ailleurs, les scores à l'ISI restaient bas six mois après l'intervention. D'un point de vue individuel, la diminution des scores de l'ISI était cliniquement significative (caractérisée par une diminution d'au moins 7 points du score initial) pour plus de la moitié des participants à la fin de l'étude et plus de deux tiers d'entre eux à 6 mois. Enfin, tous les patients inclus dans l'étude présentaient un score initial à l'ISI supérieur à 14, avec 71,4% des sujets en rémission à la fin de l'étude et 78,6% lors de l'évaluation 6 mois après l'intervention.

Ces résultats indiquent à la fois l'efficacité immédiate du programme de thérapie autonome, avec une réduction observée dès le milieu du programme. Cette amélioration rapide est souvent obtenue via les mesures comportementales mises en place dans les premières étapes du programme. Le maintien des bénéfices au long terme repose par contre plutôt sur

l'efficacité des mesures de restructuration cognitives visant en particulier à limiter le risque de rechute.

Nos résultats sont comparables à ceux obtenus lors d'intervention de TCC autonome sur Internet, notamment avec une méta-analyse récente qui reprenait les résultats de 11 études incluant au total 1460 patients (59), ou avec encore une autre méta-analyse datant de 2016 (83). Par ailleurs, nos résultats sont proches de ceux obtenus via des programmes de TCC de l'insomnie réalisés en face à face par un thérapeute (4). Le maintien des bénéfices à 6 mois post-intervention est également comparable à ceux obtenus via d'autres méthodes de TCC (autonome ou face à un thérapeute) (4,59,83).

Nos résultats démontrent par ailleurs une amélioration des paramètres du sommeil recueillis par l'agenda de sommeil. Nous observons ainsi une amélioration de l'efficacité de sommeil, de la latence d'endormissement, du nombre de réveils nocturnes et de la veille intra-sommeil. La magnitude des effets observés dans notre étude sont comparables avec ceux obtenus dans des études menées avec des TCC face au thérapeute et en autonomie sur Internet (4,59,83). Nous n'observons pas d'amélioration significative du temps total de sommeil, comme cela est fréquemment observé dans les TCC de l'insomnie. En effet, l'objectif poursuivi est essentiellement celui d'une meilleure efficacité de sommeil, plutôt qu'une augmentation de la durée de sommeil. La réduction du temps passé au lit observée à la fin de l'intervention témoigne de la bonne mise en application des consignes de restriction du temps passé au lit, qui est l'une des mesures comportementales phares de la TCC de l'insomnie.

La réduction des scores de l'échelle CAS-16 est quant à elle un témoin de l'efficacité et de l'assimilation par les participants des mesures de restructuration cognitive instaurées pendant le programme.

Une réduction non significative de l'intensité de la somnolence était observée entre le début et la fin de l'étude. Ce résultat n'est pas étonnant, compte tenu de l'absence d'augmentation du

temps de sommeil à la fin de l'étude, et de la somnolence habituellement générée par les mesures de restriction du temps passé au lit. L'absence de différence peut également être mise en lien avec un effet seuil, avec peu de sujets présentant une somnolence excessive lors de la visite initiale.

Nous observons par ailleurs une amélioration de l'intensité de la symptomatologie dépressive associée à l'insomnie, et ce, sans intervention spécifique dédiée à cet aspect dans le programme. Cet effet a également été retrouvé dans les études à plus grande échelle de TCC en face à face et sur Internet (4,83).

Enfin, nos résultats suggèrent la possibilité que de tels programmes peuvent conduire à une réduction de la consommation de médicaments à visée hypnotique, comme cela a par ailleurs été retrouvé, mais non systématiquement dans d'autres études.

Notre étude présente des forces et des faiblesses qu'il est important de souligner.

Nous avons appliqué une méthodologie de sélection des sujets et des outils d'évaluation classiquement retrouvés dans d'autres études de TCC de l'insomnie afin de pouvoir comparer nos résultats. Les sujets étaient recrutés via une consultation spécialisée de l'insomnie, et non via des annonces. Les participants n'étaient pas informés avant la fin de la consultation de la possibilité de participation à l'étude. Le recrutement des participants à partir de la filière de soins classique renforce nos résultats quant à l'applicabilité d'une telle prise en charge dans le cadre du soin courant. Une autre force de l'étude est la mesure de sévérité de l'insomnie obtenue 6 mois après l'intervention, nous ayant permis d'évaluer les bénéfices à moyen terme de l'intervention, en particulier sur le risque de rechute.

Cependant, un certain nombre de limites sont à souligner. Premièrement le design de l'étude est exploratoire, nous n'avons pas fait de comparaison avec un groupe contrôle, limitant la force de nos résultats concernant l'efficacité de l'intervention. Le nombre de sujets inclus était faible, ne nous permettant pas de réaliser une étude de sensibilité afin d'identifier des profils de patients bons et mauvais répondeurs à cette approche. Enfin, nous n'avons pas utilisé de mesures objectives du sommeil, comme une actimétrie.

## 8. Conclusion

En conclusion, nous proposons le premier outil de prise en charge autonome de l'insomnie en Français, de faible coût, facilement diffusable, acceptable avec des résultats encourageants quant à sa probable efficacité sur diverses dimensions de l'insomnie. Cette approche pourrait être une alternative viable et efficace à la TCC-I en face à face.

L'utilisation d'un tel programme semble particulièrement adaptée dans le cadre des consultations de Médecine Générale, pour lesquelles le temps disponible du praticien est réduit et son expertise le plus souvent limitée dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie. Son utilisation devrait être encouragée dans ce cadre.

Nos résultats encourageants nous conduisent à confirmer l'efficacité de ce programme à plus grande échelle, avec si possible la réalisation d'une étude contrôlée. D'autre part, le guide peut encore être largement amélioré. Nous prévoyons de soumettre ce guide à l'avis d'experts français de la TCC de l'insomnie afin d'en améliorer le contenu. Nous envisageons dans les prochains mois de contacter la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil pour un travail de relecture et d'amélioration ainsi que pour soutenir la diffusion de ce programme à plus grande échelle en France. Dans le même ordre d'idée, nous contacterons la Société Française de Médecine Générale pour une information auprès des Médecins Généralistes français.

## 9. Bibliographie

1. Leger, D., Levy, E., & Paillard, M. (1999). The direct costs of insomnia in France. *Sleep*, 22, S394-401.
2. Ohayon, M. M., & Caulet, M. (1996). Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41(7), 457-464.
3. Irwin, M. R., Cole, J. C., & Nicassio, P. M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology*, 25(1), 3.
4. Okajima, I., Komada, Y., & Inoue, Y. (2011). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms*, 9(1), 24-34.
5. Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep*, 29(11), 1398-1414.
6. National Institutes of Health. (2005). NIH state-of-the-science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *NIH Consens Sci Statements*, 22, 1-30.
7. Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4(05), 487-504.
8. Haute Autorité de Santé. (2006). Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en Médecine Générale. Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. SFTG-HAS (Service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique).
9. Edinger, J. D., Bonnet, M. H., Bootzin, R. R., Doghramji, K., Dorsey, C. M., Espie, C. A., ... & Stepanski, E. J. (2004). Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep*, 27(8), 1567-1596.
10. Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews*, 6(2), 97-111.
11. Leger, D., Guilleminault, C., Dreyfus, J. P., Delahaye, C., & Paillard, M. (2000). Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *Journal of sleep research*, 9(1), 35-42.

12. Ohayon MM, Lemoine P. Daytime consequences of insomnia complaints in the French general population. *Encephale*. 2004 ; 30(3):222-227.
13. Dauvilliers Y, Morin CM, Cervena K, Carlander B, Touchon J, Besset A, et al. Family studies in insomnia. *J Psychosom Res* 2005 ; 58 :271-8.
14. Touitou, Y. (2007, July). Troubles du sommeil et hypnotiques: impacts médicaux et socio-économiques. In *Annales pharmaceutiques françaises* (Vol. 65, No. 4, pp. 230-238). Elsevier Masson.
15. Leigh, J.P., Employee and job attributes as predictors of absenteeism in a national sample of workers: The importance of health and dangerous working conditions. *Social Science & Medicine*, 1991. 33(2): p. 127-137.
16. Metlaine, A., Leger, D., & Choudat, D. (2005). Socioeconomic impact of insomnia in working populations. *Industrial Health*, 43(1), 11-19.
17. Leger D, Levy E, Paillard M. The direct costs of insomnia in France. *Sleep*. 1999 1; 22 Suppl 2:S394-401.
18. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H et le groupe Medipath. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaines. I. Données nationales, 2000. *Revue Médicale de l'Assurance-maladie* 2003 ; 34 : 75-84.
19. Czeisler CA. Quantifying Consequences of Chronic Sleep Restriction. *Sleep* 2003; 26: 247-8.
20. Godet-Cayré. Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost ? *Sleep* 2006 29(2), 179.
21. American Academy of Sleep Medicine, International Classification of Sleep Disorders, Troisième édition, 2014.
22. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Cinquième édition, 2013, 947 pages.
23. World Health Organization, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines, Dixième édition, 2010.
24. HAS, Quelle place pour les BZP dans l'insomnie, février 2015
25. Buscemi, N., Vandermeer, B., Friesen, C., Bialy, L., Tubman, M., Ospina, M., ... & Witmans, M. (2007). The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *Journal of general internal medicine*, 22(9), 1335.

26. Holbrook, A. M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C., & King, D. (2000). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Cmaj*, 162(2), 225-233.
27. Guay, B., & Morin, C. M. (1998). Le sevrage chez les utilisateurs à long terme de benzodiazépines à dose thérapeutique. *Le Médecin du Québec*, 33(4), 93-8.
28. Lemoine, P., & Poloméni, P. (2007). Arrêter une benzodiazépine?. *Médecine*, 3(7), 308-311.
29. Victorri-Vigneau, C., Dailly, E., Veyrac, G., & Jolliet, P. (2007). Evidence of zolpidem abuse and dependence: results of the French Centre for Evaluation and Information on Pharmacodependence (CEIP) network survey. *British journal of clinical pharmacology*, 64(2), 198-209.
30. Péissolo, A., Boyer, P., Lépine, J. P., & Bisserbe, J. C. (1996). Épidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*.
31. Bouchet-Marquis, M. 2005. Evaluation des connaissances et des attitudes des personnes âgées concernant leur traitement hypnotique par benzodiazépines. [thèse]. Grenoble, 9 Mai 2005. pp. 66-69.
32. Brzezinski, A., Vangel, M. G., Wurtman, R. J., Norrie, G., Zhdanova, I., Ben-Shushan, A., & Ford, I. (2005). Effects of exogenous melatonin on sleep: a meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 9(1), 41-50.
33. Buscemi, N., Vandermeer, B., Pandya, R., Hooton, N., Tjosvold, L., Hartling, L., ... & Klassen, T. (2004). Melatonin for treatment of sleep disorders. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*, 108, 1-7.
34. Lemoine, P., Nir, T., Laudon, M., & Zisapel, N. (2007). Prolonged-release melatonin improves sleep quality and morning alertness in insomnia patients aged 55 years and older and has no withdrawal effects. *Journal of sleep research*, 16(4), 372-380.
35. Morin, C. M. (2001). Vulnérabilité psychologique à l'insomnie. *Revue neurologique*, 157(11), 5S67-5S70.
36. Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinics*, 10(4), 541-553.
37. Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford Press.
38. Hauri P. *Current Concepts: The Sleep Disorders*. The Upjohn Company, Kalamazoo, Michigan, 1977.

39. Stepanski, E. J., & Wyatt, J. K. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep medicine reviews*, 7(3), 215-225.
40. Spielman, A. J., Saskin, P., & Thorpy, M. J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10(1), 45-56.
41. Turner, R. M., & Ascher, L. M. (1979). Controlled comparison of progressive relaxation, stimulus control, and paradoxical intention therapies for insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(3), 500.
42. Lacks, P., Bertelson, A. D., Sugeran, J., & Kunkel, J. (1983). The treatment of sleep-maintenance insomnia with stimulus-control techniques. *Behaviour Research and Therapy*, 21(3), 291-295.
43. Morin, C. M., & Azrin, N. H. (1987). Stimulus control and imagery training in treating sleep-maintenance insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 260.
44. Benson, H., Frankel, F. H., Apfel, R., Daniels, M. D., Schniewind, H. E., Nemiah, J. C., ... & Arns, P. A. (1978). Treatment of anxiety: A comparison of the usefulness of self-hypnosis and a meditational relaxation technique. *Psychotherapy and psychosomatics*, 30(3-4), 229-242.
45. Schultz, J. H. (2018). *Le training autogène: Méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. Essai pratique et clinique.* Presses universitaires de France.
46. Barratt, E. L., & Davis, N. J. (2015). Autonomous Sensory Meridian Response (ASMR): a flow-like mental state. *PeerJ*, 3, e851.
47. Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *Jama*, 285(14), 1856-1864.
48. Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311-332.
49. Jacobs, G. D., Pace-Schott, E. F., Stickgold, R., & Otto, M. W. (2004). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. *Archives of internal medicine*, 164(17), 1888-1896.
50. Omvik, S., Pallesen, S., Havik, O. E., Kvale, G., & Nordhus, I. H. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *Jama*, 295(24), 2851-2858.
51. Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 47(3), 175-180.



52. Watkins, P. L., & Clum, G. A. (Eds.). (2007). *Handbook of self-help therapies*. Taylor & Francis.
53. Postel, M. G., de Haan, H. A., & De Jong, C. A. (2008). E-therapy for mental health problems: a systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 14(7), 707-714.
54. Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldo, V., ... & Waara, J. (2008). Development of a new approach to guided self-help via the Internet: The Swedish experience. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 161-181.
55. Keeley, H., Williams, C., & Shapiro, D. A. (2002). A United Kingdom survey of accredited cognitive behaviour therapists' attitudes towards and use of structured self-help material. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(2), 193-203.
56. Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2004). Internet-based treatment for insomnia: a controlled evaluation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 113.
57. Morin, C. M., Beaulieu-Bonneau, S., LeBlanc, M., & Savard, J. (2005). Self-help treatment for insomnia: a randomized controlled trial. *Sleep*, 28(10), 1319-1327.
58. Espie, C. A., Kyle, S. D., Williams, C., Ong, J. C., Douglas, N. J., Hames, P., & Brown, J. S. (2012). A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep*, 35(6), 769-781.
59. Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia—a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep medicine reviews*, 30, 1-10.
60. Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Gonder-Frederick, L. A., Magee, J. C., Bailey, E. T., Saylor, D. K., & Morin, C. M. (2009). Efficacy of an Internet-based behavioral intervention for adults with insomnia. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 692-698.
61. Lancee, J., van den Bout, J., van Straten, A., & Spoormaker, V. I. (2012). Internet-delivered or mailed self-help treatment for insomnia? A randomized waiting-list controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 50(1), 22-29.
62. Van Straten, A., Emmelkamp, J., De Wit, J., Lancee, J., Andersson, G., Van Someren, E. J. W., & Cuijpers, P. (2014). Guided Internet-delivered cognitive behavioural treatment for insomnia: a randomized trial. *Psychological Medicine*, 44(7), 1521-1532.

63. Ritterband, L. M., Bailey, E. T., Thorndike, F. P., Lord, H. R., Farrell-Carnahan, L., & Baum, L. D. (2012). Initial evaluation of an Internet intervention to improve the sleep of cancer survivors with insomnia. *Psycho-Oncology*, 21(7), 695-705.
64. Mimeault, V., & Morin, C. M. (1999). Self-help treatment for insomnia: bibliotherapy with and without professional guidance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 511.
65. Van Straten, A., & Cuijpers, P. (2009). Self-help therapy for insomnia: a meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 13(1), 61-71.
66. Morin, C. M. (2009). *Vaincre les ennemis du sommeil*. Éditions de l'Homme.
67. Smith, S., & Trinder, J. (2001). Detecting insomnia: comparison of four self-report measures of sleep in a young adult population. *Journal of sleep research*, 10(3), 229-235.
68. Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601-608.
69. Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2(4), 297-307.
70. Yang, M., Morin, C. M., Schaefer, K., & Wallenstein, G. V. (2009). Interpreting score differences in the Insomnia Severity Index: using health-related outcomes to define the minimally important difference. *Current Medical Research and Opinion*, 25(10), 2487-2494.
71. Blais, F. C., Gendron, L., Mimeault, V., & Morin, C. M. (1997). Evaluation de l'insomnie: Validation de trois questionnaires. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*.
72. Savard, M. H., Savard, J., Simard, S., & Ivers, H. (2005). Empirical validation of the Insomnia Severity Index in cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(6), 429-441.
73. Carney, C. E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M. (2012). The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep*, 35(2), 287-302.
74. Coates, T. J., Killen, J. D., George, J., Marchini, E., Silverman, S., & Thoresen, C. (1982). Estimating sleep parameters: a multitrait-multimethod analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 345.

75. Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *sleep*, 14(6), 540-545.
76. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
77. Carney, C. E., & Edinger, J. D. (2006). Identifying critical beliefs about sleep in primary insomnia. *Sleep*, 29(3), 342-350.
78. Morin, C. M., Stone, J., Trinkle, D., Mercer, J., & Remsberg, S. (1993). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychology and aging*, 8(3), 463.
79. Espie, C. A., Inglis, S. J., Harvey, L., & Tessier, S. (2000). Insomniacs' attributions: psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(2), 141-148.
80. Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep?. *Sleep*, 24(5), 591-599.
81. Morin, C. M., Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia?. *Behaviour research and therapy*, 40(7), 741-752.
82. Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547-1554.
83. Seyffert, M., Lagisetty, P., Landgraf, J., Chopra, V., Pfeiffer, P. N., Conte, M. L., & Rogers, M. A. (2016). Internet-delivered cognitive behavioral therapy to treat insomnia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 11(2), e0149139.

## 10. Commentaires des patients

### Patient 1 :

*« Peut-être (si c'est à l'intention des patients) proposer un autre découpage du guide avec, d'une part, les choses à faire, et, d'autre part, "pour en savoir plus" qui concernerait des aspects plus médicaux et scientifiques (à mon sens très intéressants aussi, mais parfois plus difficiles d'accès). Les médecins ont grand besoin de ce guide (et ne sont pas convaincus par les "petits problèmes d'insomnie"). Je vous souhaite donc de pouvoir accéder facilement à leurs cabinets. Quant aux patients, l'utilité de l'édition et de la commercialisation pour tous d'un tel livre relève de la santé publique... Mais cela a un coût. Merci encore pour votre aide précieuse!  
Bien amicalement. »*

### Patient 2 :

*« Merci pour tout ! »*

### Patient 3 :

*« L'étude est bien faite et intéressante dans sa globalité »*

### Patient 4 :

*« Des références bibliographiques insérées dans le texte afin de retrouver les études scientifiques sur lesquelles s'appuient certaines informations, plus d'informations sur l'objectif des tests, la partie sur les méthodes de relaxation pourrait être améliorée. Sinon, globalement, c'était très bien »*

### Patient 5 :

*« L'écoute par un tiers soignant de son problème d'insomnie est déjà important dans la thérapie (car souffrance morale pas toujours prise en compte par les médecins) Manque d'échanges avec un thérapeute. J'ai trouvé ce guide assez complet, bien que parfois compliqué à remplir (agendas du sommeil, car pas d'annotations concernant les heures de réveil surtout de nuit). Calculs trop compliqués à faire donc décourageants. Difficultés à mettre en pratique de façon régulière et dans le temps (levées la nuit, restrictions du TPL et TPS). Par contre, des explications encourageant toujours positivement à pratiquer cette thérapie. Trop de tableaux de calcul à remplir, trop compliqué. Par contre, toujours de la positivité dans les explications en essayant de banaliser ou tout au moins de considérer l'insomnie en la dédramatisant, et donc ne la rendant pas toujours responsable de beaucoup de nos maux ! (essayer de l'oublier en partie, cela fait donc partie de la thérapie) J'ai appris beaucoup de choses concernant l'insomnie que ce soit physiologiquement ou psychologiquement. Un bon guide, mais qui à mon avis, aurait besoin d'un accompagnement (verbal) avec un thérapeute, trop compliqué dans les calculs. Merci »*

**Patient 6 :**

*« Merci pour ce programme qui correspondait bien à mes attentes. Les effets ont été vite là, surtout au début du programme. J'ai apprécié les apports "scientifiques" au début, bien expliqués et vulgarisés, c'est appréciable. J'étais moins sensible aux techniques de méditation etc. mais c'est intéressant d'avoir ces ressources au cas où. Il y a quelques coquilles dans le livre, pas grave mais si publication plus large attention :) Une petite demande pour faciliter l'utilisation: à moins d'être très rigoureux dans les saisies - ce qui n'est pas forcément mon cas - je me suis un peu perdue dans les semaines et j'ai du plusieurs fois recompter les jours pour vérifier que ça collait avec les numéros des semaines. Peut-être y a t il moyen de faciliter le lien entre le calendrier à remplir et les chapitres. Idem, dans le tableau, rajouter une colonne pour pouvoir saisir le nombre d'heures au lit / sommeil. D'autre part, il me semble que les contenus de type Qualité du réveil / Qualité du sommeil / Forme de la journée ne sont pas valorisés. Un petit paragraphe pour en parler (ne serait-ce que dire que c'est juste pour nous rassurer!) serait bien histoire de montrer à quoi ça sert. Est-il possible d'avoir le contenu numérique de ce guide? Je pense avoir des connaissances qui seraient intéressés, mais je ne sais pas si vous autorisez la diffusion actuellement. Bonne continuation! »*

**Patient 7 :**

*« Il faudrait un meilleur suivi du patient, beaucoup plus de rencontres, de soutien voir d'encouragements car ce programme est très difficile à suivre surtout les deux premières semaines »*

**Patient 8 :**

*« Je ne pensais pas retrouver une qualité de sommeil aussi rapidement et aussi efficacement. J'en suis ravie. »*

**Patient 9 :**

*« Votre programme est très bien fait j'ai pu compléter mes connaissances, ce qui m'a fait gagner un peu plus de sommeil. Mais je n'arrive pas à me débarrasser des réveils nocturnes ni précoce »*

**Patient 10 :**

*« Malgré un suivi chaotique (de ma part) sur la fin, le programme m'a permis de sortir de quelques uns des pièges que tend l'insomnie. En cela, il m'a aidé et je vous en remercie. »*

**Patient 11 :**

*« Simplement un grand MERCI cher Docteur Castiel !!! Je me sens enfin "libéré" d'une forme de handicap chronique, l'insomnie, avec des éclaircissements clairs, explications et solutions concrètes, très efficaces et libératrices dans mon cas ! Merci encore ! Bien cordialement. »*

**Patient 12 :**

*« Je le recommande car il est clairement expliqué et assez facile à mettre en place. »*

**Patient 13 :**

*« Super guide merci »*

# 11. Annexes

## Annexe I

### Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

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

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

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

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

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

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

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

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

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

**Échelle de correction/interprétation:**

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

**Le score total varie entre 0 et 28**

**0-7 = Absence d'insomnie**

**8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)**

**15-21 = Insomnie clinique (modérée)**

**22-28 = Insomnie clinique (sévère)**

## Annexe II

### AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL



DATE	HEURES		Appréciation par :					
			TB - B	Moy.	M - TM			
Nuit du ... au...	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 21 23 1 3 5 7 9 11 13 15 17 19		QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES		
EXEMPLE	↓	[Sommeil]	↑	S S	M	TM	Moy	

↓ heure de mise au lit  
[Sommeil] sommeil ou sieste  
↑ heure du lever

[long réveil] long réveil  
[R R R] 1/2 sommeil

S Somnolence dans la journée





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

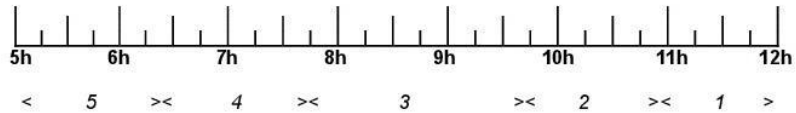
## Annexe III

### ÊTES-VOUS COUCHE-TÔT OU COUCHE-TARD ? Questionnaire de typologie circadienne de Horne et Ostberg

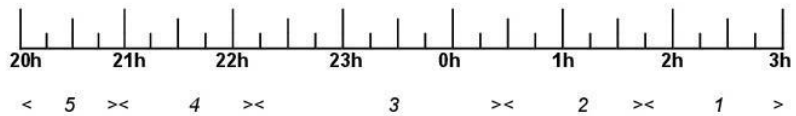
Instructions :

1. Lisez attentivement chaque question avant d'y répondre.
2. Répondez à toutes les questions.
3. Répondez aux questions dans l'ordre.
4. Vous pouvez répondre aux questions les unes indépendamment des autres. Ne revenez pas en arrière pour vérifier votre réponse.
5. Pour les questions à choix multiples, mettez une croix devant une seule réponse. Pour les échelles, placez une croix au point approprié.
6. Répondez à chaque question aussi sincèrement que possible. Vos réponses et *les résultats de ce questionnaire resteront confidentiels*.
7. Faites les commentaires que vous jugerez nécessaires dans la partie prévue sous chaque question.

**Si vous viviez à votre rythme (celui qui vous plaît le plus), à quelle heure vous lèveriez-vous étant entièrement libre d'organiser votre journée ?**



**Si vous viviez à votre rythme (celui qui vous plaît le plus), à quelle heure vous mettriez-vous au lit étant entièrement libre d'organiser votre journée ?**



**Si vous deviez vous lever à une heure précise, le réveil vous est-il indispensable ?**

- pas du tout  4
- peu  3
- assez  2
- beaucoup  1

**Dans des conditions adéquates (environnement favorable, sans contraintes particulières, etc.), à quel point cela vous est-il facile de vous lever le matin ?**

- pas facile du tout  1
- pas très facile  2
- assez facile  3
- très facile  4

**Réseau Morphée**

Comment vous sentez-vous durant la demi-heure qui suit votre réveil du matin ?

- pas du tout éveillé  1
- peu éveillé  2
- relativement éveillé  3
- très éveillé  4

Quel est votre appétit durant la demi-heure qui suit votre réveil du matin ?

- pas bon du tout  1
- pas bon  2
- assez bon  3
- très bon  4

Comment vous sentez-vous durant la demi-heure qui suit votre réveil du matin ?

- très fatigué  1
- relativement fatigué  2
- relativement en forme  3
- très en forme  4

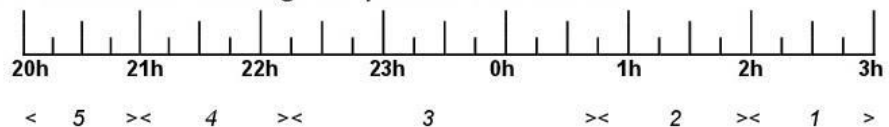
Quand vous n'avez pas d'obligations le lendemain, à quelle heure vous couchez-vous par rapport à votre heure habituelle de coucher ?

- rarement ou jamais plus tard  4
- moins d'1heure plus tard  3
- 1 à 2 heures plus tard  2
- plus de 2 heures plus tard  1

Vous avez décidé de faire un sport. Un ami vous suggère de faire des séances d'une heure et ceci deux fois par semaine. Le meilleur moment pour lui est de 7 à 8 heures du matin. Ne considérant que le rythme qui vous convient le mieux, dans quelle forme penseriez-vous être ?

- bonne forme  4
- forme raisonnable  3
- vous trouvez cela difficile  2
- vous trouvez cela très difficile  1

A quel moment de la soirée vous sentez-vous fatigué au point de vous endormir ?



**Vous souhaitez être au meilleur de votre forme pour un examen qui vous demande un effort intellectuel considérable durant deux heures. Vous êtes entièrement libre de le passer quand vous le souhaitez, quelle est l'heure que vous choisiriez ?**

- de 8 à 10 heures  6
- de 11 à 13 heures  4
- de 15 à 17 heures  2
- de 19 à 21 heures  0

**Si vous alliez au lit à 23 heures, à quel niveau de fatigue seriez-vous ?**

- pas du tout fatigué  0
- un peu fatigué  2
- relativement fatigué  3
- très fatigué  5

**Pour une raison quelconque, vous vous couchez quelques heures plus tard que d'habitude, mais vous n'êtes pas obligé de vous lever à une heure précise le lendemain. Laquelle des propositions suivantes choisirez-vous ?**

- vous vous réveillez comme d'habitude et vous ne vous rendormez plus  4
- vous vous levez comme d'habitude mais vous vous recouchez par la suite  3
- vous vous réveillez comme d'habitude mais vous vous rendormez  2
- vous vous réveillez plus tard que d'habitude  1

**Pour effectuer une garde de nuit, vous êtes obligé d'être réveillé entre 4 et 6 heures du matin. Vous n'avez pas d'obligation le lendemain. Laquelle des propositions suivantes vous convient le mieux ?**

- vous n'irez au lit qu'une fois la garde terminée  1
- vous faites une sieste avant et dormez après la garde  2
- vous dormez bien avant et faites une sieste après la garde  3
- vous dormez ce qu'il vous faut avant d'effectuer la garde  4

**Vous devez faire deux heures de travail physique intense, mais vous êtes entièrement libre d'organiser votre journée. Laquelle des périodes suivantes choisirez-vous ?**

- de 8 à 10 heures  4
- de 11 à 13 heures  3
- de 15 à 17 heures  2
- de 19 à 21 heures  1

**Vous avez décidé de faire un sport. Un ami vous suggère de faire des séances d'une heure et ceci deux fois par semaine. Le meilleur moment pour lui est de 22 à 23 heures. Ne considérant que le rythme qui vous convient le mieux, dans quelle forme penseriez-vous être ?**

- bonne forme  1
- forme raisonnable  2
- vous trouvez cela difficile  3
- vous trouvez cela très difficile  4

Supposez que vous pouvez choisir les horaires de votre travail. Admettons que vous travaillez 5 heures par jour et que votre travail est intéressant et bien payé. Quelle séquence de 5 heures consécutives choisirez-vous ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
MINUIT				MIDI												MINUIT								
<	1	>>	5	>>4>>	3	>>	2	>>	1	>														

A quelle heure de la journée vous sentez-vous dans votre meilleure forme ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
MINUIT				MIDI												MINUIT								
<	1	>>	5	>>4>>	3	>>	2	>>	1	>														

On dit parfois que quelqu'un est un « sujet du matin » ou un « sujet du soir ». Vous considérez-vous comme celui du matin ou du soir ?

- tout à fait un sujet du matin	6
- plutôt un sujet du matin	4
- plutôt un sujet du soir	2
- tout à fait un sujet du soir	0

---

### CALCULEZ VOTRE SCORE

Au dessus de 70 vous êtes	TOUT A FAIT DU MATIN
Entre 59 et 69 vous êtes	DU MATIN MODERE
Entre 42 et 58 vous êtes	NEUTRE
Entre 31 et 41 vous êtes	DU SOIR MODERE
Moins de 30 vous êtes	TOUT A FAIT DU SOIR

## Annexe IV

### Echelle de Somnolence d'Epworth

**Consignes :** Afin de pouvoir mesurer chez vous une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre **le plus approprié** pour chaque situation :

**0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir**

**1 = faible chance de s'endormir**

**2 = chance moyenne de s'endormir**

**3 = forte chance de s'endormir**

Situation	Chance de s'endormir			
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

**TOTAL :**

**Score < 10 : pas de somnolence diurne**

**Score entre 11 et 15 : somnolence diurne excessive**

**Score > 15 : somnolence diurne sévère**

## Annexe V

### Inventaire de Dépression de Beck

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Pour chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé. Assurez-vous de ne choisir **qu'un seul énoncé** dans chaque groupe.

#### A. Tristesse

- 0- Je ne me sens pas triste.
- 1- Je me sens triste.
- 2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.
- 3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.

#### B. Pessimisme

- 0- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.
- 1- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.
- 2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.
- 3- L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.

#### C. Échecs dans le passé

- 0- Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).
- 1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.
- 2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.
- 3- Je suis un(e) raté(e).

#### D. Perte de plaisir

- 0- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.
- 1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.
- 2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.
- 3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.

#### E. Sentiment de culpabilité

- 0- Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1- Je me sens coupable une grande partie du temps.
- 2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.
- 3- Je me sens constamment coupable.

#### **F. Sentiment d'être puni**

- 0- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- 1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).
- 2- Je m'attends à être puni(e).
- 3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).

#### **G. Sentiments négatifs envers soi-même**

- 0- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
- 1- Je suis déçu(e) de moi-même.
- 2- Je suis dégoûté(e) de moi-même.
- 3- Je me hais.

#### **H. Attitude critique envers soi**

- 0- Je ne crois pas être pire que les autres.
- 1- Je critique mes propres faiblesses et défauts.
- 2- Je me blâme constamment de mes défauts.
- 3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.

#### **I. Pensées ou désirs de suicide**

- 0- Je ne pense jamais à me tuer.
- 1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.
- 2- J'aimerais me tuer.
- 3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.

#### **J. Pleurs**

- 0- Je ne pleure pas plus que d'habitude.
- 1- Je pleure plus qu'autrefois.
- 2- Je pleure constamment.
- 3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.

#### **K. Agitation**

- 0- Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.
- 1- Je suis légèrement plus irritable que d'habitude.
- 2- Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.
- 3- Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.

#### **L. Perte d'intérêt pour les autres**

- 0- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.
- 1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.
- 2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.
- 3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.



### **M. Indécision**

- 0- Je prends mes décisions exactement comme autrefois.
- 1- Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.
- 2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.
- 3- Je suis incapable de prendre des décisions.

### **N. Dévalorisation**

- 0- Je ne crois pas que mon apparence a empiré.
- 1- Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).
- 2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e).
- 3- Je crois que je suis laid(e).

### **O. Perte d'énergie**

- 0- J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1- J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2- Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3- J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

### **P. Modifications des habitudes de sommeil** (ne choisir qu'un seul énoncé)

- 0- Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a- Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b- Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a- Je dors un beaucoup plus que d'habitude.
- 2b- Je dors un beaucoup moins que d'habitude.
- 3a- Je dors presque toute la journée.
- 3b- Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

### **Q. Irritabilité**

- 0- Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1- Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2- Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3- Je suis constamment irritable.

### **R. Modification de l'appétit** (ne choisir qu'un seul énoncé)

- 0- Mon appétit n'a pas changé.
- 1a- J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b- J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a- J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b- J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a- Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b- J'ai constamment envie de manger.

**S. Difficulté à se concentrer**

- 0- Je parviens à me concentrer aussi bien qu'avant.
- 1- Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2- J'ai du mal me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3- Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

**T. Difficulté à se concentrer**

- 0- Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1- Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2- Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3- Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

**U. Perte d'intérêt pour le sexe**

- 0- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido.
- 1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.
- 2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.
- 3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.

*Pour calculer votre score, additionnez simplement l'ensemble des chiffres correspondant à vos réponses.*

## Annexe VI

### Échelle de Croyances et Attitudes Concernant le Sommeil (CAS-16)

Quelques énoncés reflétant les croyances et les attitudes des gens concernant le sommeil sont énumérés ci-dessous. Veuillez indiquer à quel point vous êtes personnellement en accord ou en désaccord avec chaque énoncé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Pour chaque énoncé, encerclez le chiffre correspondant à votre ÉVALUATION PERSONNELLE. Utilisez l'échelle entière plutôt qu'uniquement ses extrémités. Veuillez répondre à toutes les questions même si vous n'avez pas de difficultés de sommeil.

1. J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé(e) et bien fonctionner pendant la journée.

Fortement en désaccord Fortement en accord  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Lorsque je ne dors pas suffisamment durant la nuit, j'ai besoin de récupérer le jour suivant en faisant une sieste, ou la nuit suivante, en dormant plus longtemps.

Fortement en désaccord Fortement en accord  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Je crains que l'insomnie chronique puisse avoir des conséquences sérieuses sur ma santé physique.

Fortement en désaccord Fortement en accord  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Je suis inquiet(ète) de perdre le contrôle sur mes habiletés à dormir.

Fortement en désaccord Fortement en accord  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Après une mauvaise nuit de sommeil, je sais que cela va nuire à mes activités quotidiennes le lendemain.

Fortement en désaccord Fortement en accord  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Afin d'être éveillé et de bien fonctionner le jour, je crois qu'il serait mieux de prendre une pilule pour dormir plutôt que d'avoir une mauvaise nuit de sommeil.

Fortement en désaccord Fortement en accord  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Lorsque je me sens irritable, déprimé(e) ou anxieux(se) pendant la journée, c'est surtout parce que j'ai mal dormi la nuit précédente.

Fortement en désaccord Fortement en accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Quand je dors mal une nuit, je sais que cela dérangera mon horaire de sommeil pour toute la semaine.

Fortement en désaccord Fortement en accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Sans une nuit de sommeil adéquate, je peux à peine fonctionner le lendemain.

Fortement en désaccord Fortement en accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Je ne peux jamais prédire si j'aurai une bonne ou une mauvaise nuit de sommeil.

Fortement en désaccord Fortement en accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. J'ai peu d'habiletés pour faire face aux conséquences négatives d'un sommeil troublé.

Fortement en désaccord Fortement en accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Quand je me sens fatigué(e), sans énergie ou simplement incapable de bien fonctionner, c'est généralement parce que j'ai mal dormi la nuit précédente.

Fortement en désaccord Fortement en accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Je crois que l'insomnie est principalement le résultat d'un déséquilibre physiologique.

Fortement en désaccord Fortement en accord  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Je crois que l'insomnie est en train de ruiner ma capacité à jouir de la vie et m'empêche de faire ce que je veux.

Fortement en désaccord Fortement en accord  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. La médication est probablement la seule solution à l'insomnie.

Fortement en désaccord Fortement en accord  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. J'évite ou j'annule mes engagements (travail, famille, loisirs) après une mauvaise nuit de sommeil.

Fortement en désaccord Fortement en accord  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## Annexe VII

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

## Annexe VIII

► **Utiliser préférentiellement : benzodiazépines à «demi-vie courte» (< 20 heures)<sup>4</sup>**

Nom commercial	Molécule	Demi-vie (mesurée chez l'adulte)	Durée de prescription à ne pas dépasser
STILNOX® et Génériques	Zolpidem	2 h 30 mn	4 semaines
IMOVANE® et Génériques	Zopiclone	5 h	4 semaines
NORMISON®	Témazépam	5 à 8 h	4 semaines
HAVLANE®	Loprazolam	8 h	4 semaines
NOCTAMIDE®	Lormétazépam	10 h	4 semaines
NUCTALON®	Estazolam	17 h	4 semaines
VERATRAN®	Clofazépam	4 h	12 semaines
SERESTA®	Oxazépam	8 h	12 semaines
TEMESTA® et Génériques	Lorazépam	10 à 20 h	12 semaines
XANAX® et Génériques	Alprazolam	10 à 20 h	12 semaines

⚠ **À éviter : benzodiazépines à «demi-vie longue» (≥ 20 heures)<sup>4</sup>**

hypno- tiques	Molécule	Demi-vie (mesurée chez l'adulte)	Durée de prescription à ne pas dépasser
MOGADON®	Nitrazépam	16 à 48 h	4 semaines
LEXOMIL® et Génériques	Bromazépam	20 h	12 semaines
URBANYL®	Clobazam	20 h	12 semaines
VALIUM® et Génériques	Diazépam	32 à 47 h	12 semaines
VICTAN®	Ethyle loflazépate	77 h	12 semaines
LYSANXIA® et Génériques	Prazépam	30 à 150 h	12 semaines
NORDAZ®	Nordazépam	30 à 150 h	12 semaines
TRANXENE®	Clorazépate dipotassique	30 à 150 h	12 semaines : géli. 5/10 mg ou injectable limitée à 28 j + ordonnance sécurisée : géli. 20 mg

## Annexe IX

### Exemple de tableau de sevrage

	<b>NOCTAMIDE 2mg, 2 cp</b>	<b>STILNOX 10mg, 1 cp</b>	<b>ATARAX 25mg, 1/2 cp</b>
Semaine #1	NOCTAMIDE 2mg, 1,5 cp	STILNOX 10mg, 3/4 de cp	ATARAX 25mg, 1/2 cp et 1/4 de cp une nuit sur 2
Semaine #3	NOCTAMIDE 2mg, 1cp	STILNOX 10mg, 1/2 de cp	ATARAX 25mg, 1/4 de cp toutes les nuits
Semaine #5	NOCTAMIDE 1mg, 1cp	STILNOX 10mg, 1/4 de cp	ATARAX 25mg, 1/4 de cp une nuit sur 2
Semaine #7	NOCTAMIDE 1mg, 0,5cp	STILNOX 10mg, 1/4 de cp, une nuit sur 2	Arrêt
Semaine #9	Arrêt	Arrêt	Arrêt



## Annexe X

### *BWSQ : Benzodiazepine Withdrawal Symptoms Questionnaire*

Items	Non	Oui, modéré	Oui, sévère
Sensation d'irritabilité			
Hypersensibilité au bruit			
Hypersensibilité à la lumière			
Hypersensibilité aux odeurs			
Hypersensibilité au toucher			
Goût particulier dans la bouche			
Douleurs musculaires			
Crispations musculaires			
Tremblements			
Picotements dans la main, bras ou jambes			
Vertiges			
Sensation de perte de connaissance			
Sentiment d'être malade, nausées			
Sentiments dépressifs			
Douleurs oculaires			
Impression que les objets environnants bougent			
Voir ou entendre des objets qui n'existent pas			
Incapacités à contrôler ses mouvements			
Perte de mémoire			
Perte d'appétit			
Nouveaux symptômes			
<b>Score total :</b>			

Le sevrage peut nécessiter une prise en charge médicale si :

- vous avez un score total supérieur ou égal à 20
- vous présentez un nombre important de symptômes sévères
- vous présentez de nouveaux symptômes

## Annexe XI

# Read & Sleep : questionnaire de fin d'étude

Bonjour !

En tant que participant à l'étude Read & Sleep, (Bibliothérapie Cognitive et Comportementale de l'Insomnie : Acceptabilité, Faisabilité et Efficacité sur le sommeil), vous êtes conviés à répondre au questionnaire suivant.

Il nous permettra de comprendre ce que ce guide vous a apporté et dans quelle mesure, et quelles sont les pistes afin de l'améliorer, avant de le rendre disponible gratuitement au plus grand nombre, notamment en cabinet de médecine générale.

Merci pour votre participation !

### Adresse e-mail \*

Adresse e-mail valide

Ce formulaire collecte des adresses e-mail. [Modifier les paramètres](#)

### Votre Nom/Prénom \*

Réponse courte

#### 1. La durée du programme vous a-t-elle semblée correcte ? \*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Trop courte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trop longue

#### 2. La quantité d'informations à assimiler par semaine était-elle adaptée ? \*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absolument pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait

#### 3. Le contenu était-il bien compréhensible ? \*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Difficilement compréhensible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parfaitement compréhensible

4. Le guide était-il bien organisé ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout           Très bien

5. A quel point avez-vous trouvé ce programme facile d'utilisation ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas facile du tout           Très facile

6. Que pensez-vous de la qualité de l'aide reçue ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mauvaise           Excellente

7. Le guide a-t-il répondu à vos besoins et/ou vos attentes ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absolument pas           Entièrement

8. Recommanderiez-vous ce programme à une de vos connaissances ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absolument pas           Très certainement

Vos impressions, recommandations, améliorations possibles, un mot à me dire,...

Réponse longue

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

# RÉSUMÉ

## Contexte et objectifs :

Avec une prévalence vie entière de 19%, l'insomnie est un problème de santé publique. Il s'agit d'une plainte très fréquente en cabinet de Médecine Générale. Alors que les programmes de Thérapie Cognitivo-Comportementale de l'Insomnie (TCC-I) ont largement fait preuve de leur efficacité, les Médecins Généralistes sont trop peu formés à cette technique et manquent de temps pour la pratiquer. L'objectif de ce travail de thèse a donc été de développer et d'évaluer une alternative viable et acceptable à la TCC-I conventionnelle, sur le mode de la bibliothérapie, permettant ainsi au patient de se prendre en charge en autonomie sur huit semaines.

## Méthode :

Nous avons tout d'abord élaboré un manuel de prise en charge autonome, et en avons évalué l'acceptabilité et la faisabilité. Nous avons ensuite mené une étude pilote ouverte, pour évaluer l'effet du programme sur la sévérité de l'insomnie via la mesure de l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI), ainsi que de nombreux paramètres recueillis via un agenda du sommeil tels que l'efficacité de sommeil (ES), les croyances et attitudes dysfonctionnelles ou bien sur la consommation d'hypnotiques.

## Résultats :

25 patients ont été recrutés, tous atteints d'insomnie chronique, pour participer à l'étude Read&Sleep, de décembre 2017 à juillet 2018. Seul 18 d'entre eux présentaient les critères d'inclusion pour l'étude et 14 ont pleinement réalisé les 2 évaluations avant puis après l'intervention. Avec un score de 8.3/10 au questionnaire, la grande majorité des participants a considéré que cette thérapie était acceptable et faisable. Le score moyen à l'ISI est passé de 19 à 10.6 (-8.4 points) en 8 semaines ( $p < 0.0001$ ), avec un maintien des bénéfices à 6 mois (ISI moyen 9.9). 10 patients sur les 14 ont pu être considérés en rémission (ISI  $\leq$  14). L'ES moyenne est passée de 66.9% à 86.6% (+19.7 points, + 29.5%), différence qui était significative ( $p < 0.0001$ ). Parmi les six patients qui consommaient au moins un traitement à visée hypnotique, 5 n'en prenaient plus à la fin de l'étude.

## Conclusion :

Nous proposons le premier outil de prise en charge autonome de l'insomnie en Français, de faible coût, facilement diffusable, acceptable, avec des résultats encourageants quant à sa probable efficacité sur diverses dimensions de l'insomnie. Cette approche pourrait être une alternative viable et efficace à la TCC-I en face à face.

**Mots-clés :** insomnie chronique / thérapie cognitivo-comportementale / bibliothérapie / autonome