

Université Toulouse III – Paul Sabatier

Faculté de Médecine

Année 2013

2013 TOU3 1057

THESE

Pour le diplôme de Docteur en Médecine

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le mardi 17 septembre 2013

Par Mlle PUECH Carine, née le 12 septembre 1985 à ALBI

**Mise en place de thérapies cognitivo-
comportementales de groupe dans le traitement de
l'insomnie chronique en cabinet libéral de ville:
étude prospective**

Directeur de thèse: Docteur Eric MULLENS

Jury :

Professeur Stéphane OUSTRIC, Président

Professeur Marc VIDAL, Assesseur

Professeur Jean-Christophe POUTRAIN, Assesseur

Docteur Brigitte ESCOURROU, Assesseur

Docteur Eric MULLENS, Membre invité

J'adresse mes remerciements à tous les membres du jury:

Au président du jury de thèse, Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC. Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre dévouement et votre implication à développer et à défendre la Médecine Générale.

A Monsieur le Professeur Marc VIDAL. Je suis honorée de soumettre ce travail à votre jugement. J'ai apprécié votre expertise sur la mise en forme de mon travail de thèse.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de siéger à ce jury.

A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU. Je vous remercie d'avoir accepté de prendre le temps de juger ce travail. J'ai su apprécié au cours de ma formation d'interne de médecine générale la pertinence de votre enseignement concernant la gynécologie–pédiatrie.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Eric Mullens. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse. Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir accompagné. J'ai apprécié au cours de ce travail, votre expertise dans le domaine du sommeil.

Remerciements Personnels

A ROXANE, ma fille, pour l'immense joie et le bonheur qu'elle m'offre au quotidien.

A Roland, pour tout le soutien qu'il m'apporte.

A mes parents, pour tout ce que je leur dois.

A moumoune, sans qui je ne serais pas arriver jusque là. Je ne la remercierais jamais assez pour tout ce qu'elle fait pour moi.

A Audrey, ma sœur, qui compte beaucoup.

A mes grands-parents et tous les bons souvenirs qui leur sont associés, papi André, papi Roger et mamie Léa que je n'oublie pas...

A toute ma famille et mes amis.

Au Docteur Marguerite Bayart, qui m'a ouvert la voie de la médecine générale. Un très grand merci avec beaucoup de respect et de chaleur, pour m'avoir communiqué sa passion de notre métier, pour son accueil chaleureux, sa disponibilité et sa vision de la médecine générale.

Merci aux praticiens avec qui j'ai travaillé en stage et qui m'ont tant appris en m'apportant chacun des éclairages différents sur l'exercice de notre spécialité si variée.

Un grand merci aux médecins généralistes des monts de Lacaune pour leur accueil chaleureux et les bons moments partagés les jeudis soirs autour de la fameuse table du restaurant Calas.

Enfin, merci aux personnes ayant contribué à ce travail: Dr Eric Mullens, mon directeur de thèse, Mme Séverine Brune, psychologue, pour son travail rigoureux et son aide précieuse concernant les questionnaires, Mme Benetti Claudine, secrétaire, pour sa gentillesse, sa disponibilité et son dévouement.

Table des matières

1. Introduction.....	6
2. Contexte et motifs de la recherche	7
2.1. Approche théorique de l'insomnie chronique.....	7
2.1.1. Définition, critères diagnostiques.....	7
2.1.2. Épidémiologie	8
2.1.3. Physiopathologie	8
2.1.4. Traitement de l'insomnie	9
2.1.5. L'insomnie psychophysiologique	10
2.2. Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie chronique (TCC-I).....	11
2.2.1. Généralités.....	11
2.2.2. Efficacité	11
2.2.3. Les règles d'hygiène du sommeil.....	12
2.2.4. Restriction du temps passé au lit.....	13
2.2.5. Contrôle du stimulus	14
2.2.6. Thérapie cognitive.....	15
2.3. Les TCC- I en cabinet libéral dans le département du TARN.....	16
3. Matériel et méthodes.....	18
3.1. Au niveau national	18
3.2. Au niveau régional.....	19
3.3. En cabinet de ville.....	19
3.3.1. Lieu et période de l'étude.....	19
3.3.2. Population de l'étude.....	19
3.3.3. Type d'étude et protocole.....	19

4. Résultats	21
4.1. Au niveau national	21
4.2. Au niveau régional.....	23
4.3. En cabinet de ville.....	25
4.3.1. Caractéristiques de la population	25
4.3.2. Concernant le groupe TCC-I.....	26
4.3.3. Concernant le groupe Refus	28
5. Discussion.....	29
5.1. Sur le plan national	29
5.2. Les médecins généralistes.....	29
5.3. En cabinet de ville.....	30
6. Conclusion	31
Bibliographie :	33
Annexe 1 : Echelle de sévérité de l'insomnie.....	36
Annexe 2 : Echelle d'Epworth d'évaluation de la somnolence diurne	37
Annexe 3 : Plaquette d'information	38
Annexe 4 : Conseils hygiène du sommeil.....	39
Annexe 5 : Agenda du sommeil.....	40
Annexe 6 : Questionnaire médecin généraliste.....	41
Annexe 7 : Questionnaire satisfaction	43
Annexe 8 : Questionnaire groupe refus	46
Annexe 9 : Questionnaire thérapeute	47
Résumé	48

- Abréviations utilisées dans cette thèse :

TCC-I: Thérapie Cognitive et Comportementale appliquée à l'Insomnie

SFTG: Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

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

URPS: Union Régionale des Professions de Santé

HAS: Haute Autorité de Santé

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICSD 2: International Classification of Sleep Disorders

CIM 10: Classification Internationale des Maladies

INSV: Institut National du Sommeil et de la Vigilance

1. Introduction

Le sommeil constitue l'une des fonctions vitales essentielle de l'homme. Nous consacrons un tiers de notre vie à dormir. Les troubles du sommeil sont nombreux et constituent une plainte fréquemment rencontrée en soins primaires.

L'insomnie est la pathologie du sommeil la plus fréquente. Un tiers de la population générale manifeste un ou des symptômes d'insomnie (1). L'insomnie chronique est un réel problème de santé publique puisqu'elle engendre des couts socioéconomiques importants liés à la consommation médicamenteuse et aux conséquences professionnelles (absentéisme, arrêt de travail, perte de productivité) (2). Elle a également d'importantes répercussions sur la qualité de vie des patients, leur santé et leur fonctionnement social.

La prescription d'hypnotiques reste une réponse fréquente à ce type de troubles. En France, 10,8 % des adultes prennent régulièrement un médicament pour dormir (3). Cependant comme nous le suggère les autorités de santé avec le retrait du marché récent de nombreux somnifères, la prescription médicamenteuse est à considérer avec circonspection. D'après les recommandations actuelles, les hypnotiques doivent être réservés aux insomnies aiguës occasionnelles. En effet, si l'efficacité des hypnotiques au long cours n'est pas clairement démontrée, leurs risques sont pourtant bien connus (dépendance, altération de l'architecture du sommeil, effets indésirables diurnes avec somnolence, augmentation du risque de chute) (2). D'autres moyens thérapeutiques existent permettant de proposer une alternative à la prescription médicamenteuse pour répondre à nos patients souffrant d'insomnie.

La thérapie cognitivo-comportementale de l'Insomnie (TCC-I) est une intervention non pharmacologique actuellement bien codifiée et qui a déjà largement prouvé son efficacité. En première intention, elle peut souvent suffire à résoudre le problème et devient l'approche non médicamenteuse de choix pour le traitement de l'insomnie primaire chronique. Cette technique fait partie de l'arsenal thérapeutique des recommandations publiées en 2006 par la *Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG)* avec la participation de la *Haute Autorité de Santé* (4).

Cependant, malgré ce constat, ces thérapies individuelles ou de groupes sont peu pratiquées. Les médecins généralistes ont souvent peu de temps à consacrer à ce type de

prise en charge. De plus, il est rare qu'ils possèdent la formation adéquate pour prendre en charge ce type de trouble. Les TCC-I en libéral doivent être pratiquées par des professionnels formés et dédiés à ce type de prise en charge travaillant en collaboration avec les médecins généralistes.

Cette thèse a pour objectifs d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de la pratique de groupes de TCC-I en pratique libérale de ville dans le traitement de l'insomnie chronique. Elle vise à étudier de façon prospective la mise en place de groupes à l'occasion d'une collaboration médecin/ psychologue dans le département du Tarn. Un état des lieux de la pratique des TCC appliquées au sommeil en France va également être réalisé dans ce travail ainsi qu'une enquête auprès des Médecins Généralistes de la région Midi-Pyrénées pour mieux cibler leurs besoins et attentes.

2. Contexte et motifs de la recherche

2.1. Approche théorique de l'insomnie chronique

2.1.1. Définition, critères diagnostiques

L'insomnie est définie comme une plainte subjective d'une difficulté à initier le sommeil et/ou à le maintenir, soit du fait de réveils nocturnes fréquents ou de réveils matinaux précoces. Ces troubles du sommeil doivent avoir un **retentissement diurne** (fatigue, trouble de la mémoire, de la concentration, altération de l'humeur) avec altération du fonctionnement socio professionnel. La fréquence des symptômes définit l'insomnie aiguë, subaigüe ou chronique.

L'insomnie est décrite dans plusieurs classifications nosologiques: *DSM-IV* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (5), *ICSD-2* (*International Classification of Sleep Disorders*) (6) et la *CIM- 10* (*Classification Internationale des Maladies*). Une cinquième édition du DSM a été éditée, elle supprime la notion d'insomnie primaire et secondaire retrouvée dans le *DSM-IV* par le terme de trouble de l'insomnie avec plus ou moins comorbidités (1).

2.1.2 Épidémiologie

La plupart des études nationales et internationales confirment la haute prévalence de l'insomnie dans la population générale. En se basant sur les critères *DSM-IV*, l'insomnie toucherait 19% de la population générale française selon une étude épidémiologique concernant 12778 individus réalisée en 2000 (7). Lors d'entretiens téléphoniques, dans une étude de 2004 concernant 5622 sujets de 15 à 96 ans représentatifs de la population française, la plainte d'insomnie a été retrouvée dans 18.6 % des cas. La dernière enquête épidémiologique française réalisée par l'*INPES* en 2010 montre que 15.8% des 27 653 individus âgés de 15-85 ans présentent une insomnie chronique (8). L'insomnie est plus fréquente chez la femme et augmente avec l'âge (3)(9).

2.1.3. Physiopathologie

Les mécanismes ne sont pas élucidés à l'heure actuelle. De nombreux modèles ont été proposés et la plupart reconnaissent une intrication entre des facteurs biologiques et psychologiques.

Le modèle le plus classique est celui de *Spielman et al.* (10). L'interaction entre des facteurs prédisposants (vulnérabilité biologique, traits de personnalité, facteurs psychologiques, héréditaires, biologiques) et précipitants sont à l'origine d'une insomnie aiguë. Les facteurs précipitants correspondent à des situations ou des événements de vie occasionnant une augmentation du stress (deuil, problèmes familiaux, difficultés au travail).

Chez certains individus probablement plus vulnérables, la mise en place de stratégies dysfonctionnelles pour tenter de récupérer le sommeil et composer avec les conséquences du manque de sommeil agirait comme facteur perpétuant ou de maintien. Une insomnie chronique se développe.

Quelques exemples de facteurs perpétuants: augmentation du temps passé au lit, prise de médicaments psychotropes, longues siestes diurnes, activités d'éveil au lit. Il s'agit en réalité de stratégies d'adaptation inappropriées adoptées par l'insomniaque qui deviennent des facteurs de conditionnement. Ces comportements dysfonctionnels ont tendance à dérégler le cycle veille-sommeil et sont à l'origine d'un état d'hyperveil

caractérisé par une tension somatique, une activation cognitive et émotionnelle. La mise en place de cette suractivation physiologique, cognitive, émotionnelle entraîne une incapacité à contrôler les pensées au moment d'aller au lit et/ou durant les éveils nocturnes avec inquiétudes, ruminations, pensées intrusives.

De plus, des croyances erronées ou pensées dysfonctionnelles se développent par rapport au sommeil et aux conséquences de l'insomnie. Cela entraîne l'adoption d'attitudes et de comportements nuisibles au sommeil. L'individu a tendance à surestimer les conséquences éventuelles de son insomnie. Il apparaît ainsi une anxiété anticipatoire. C'est l'interaction entre des facteurs cognitifs, comportementaux et environnementaux qui est à l'origine de la chronicisation de l'insomnie.

2.1.4. Traitement de l'insomnie

Les traitements pharmacologiques dont nous disposons sont les suivants :

- **Les hypnotiques benzodiazépiniques** et les agonistes des récepteurs benzodiazépiniques. Effets positifs: endormissement rapide, réduction du nombre et de la durée des éveils nocturnes. Effets négatifs: Perturbation de l'architecture du sommeil, effets résiduels diurnes (sommolence, diminution des performances, troubles cognitifs), risque de tolérance et de dépendance, insomnie de rebond à l'arrêt, majoration des apnées du sommeil. Ces effets sont majorés chez le sujet âgé.
- Les **antidépresseurs** surtout sédatifs. Mais, il y a peu d'études sur leur efficacité et ils ne sont pas recommandés en première intention pour l'insomnie primaire.
- Les **antihistaminiques** ont des effets résiduels importants: Somnolence, sédation, effets anticholinergiques, effets sur les fonctions cognitives. Leurs effets thérapeutiques sont très limités sur l'insomnie chronique.

Il existe également de nombreux traitements issus de l'homéopathie et de la phytothérapie.

2.1.5. L'insomnie psychophysiologique

L'insomnie psychophysiologique est un trouble du sommeil dont la prévalence peut atteindre 15% dans la population générale (11). Elle représente la principale indication d'un traitement par TCC-I. Elle est définie selon la classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-2) (6). Voici le résumé de ses caractéristiques:

Tableau 1 : Insomnie psychophysiologique – ICSD-2 (2005)

A. Le patient présente les critères de l'insomnie
B. L'insomnie est présente depuis au moins 1 mois
C. le patient présente des difficultés conditionnées pour s'endormir et/ou des éveils augmentés au lit avec un ou plusieurs des signes suivants : <ul style="list-style-type: none">i. Une focalisation excessive et une anxiété élevée concernant le sommeilii. Une difficulté pour s'endormir dans son lit au moment désiré ou lors de siestes planifiées, mais l'absence de difficultés pour s'endormir au cours d'autres activités monotones lorsque l'on ne cherche pas à dormiriii. Une facilité à mieux dormir ailleurs que chez soiiv. Un éveil dans son lit caractérisé par des pensées ou une incapacité pour arrêter ces penséesv. Une tension somatisée dans le lit marquée par une incapacité à se relaxer pour permettre la survenue du sommeil
D. La perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble du sommeil, médical, neurologique, mental, médicament ou abus de substance.

Dans le *DSM IV*, elle représente un sous type d'insomnie primaire qui désigne une insomnie qui dure plus d'un mois et qui n'est pas liée à une autre affection psychiatrique, somatique ou à la prise de substances (5).

Son étiologie est complexe, intégrant à la fois des facteurs comportementaux liés à l'hygiène du sommeil, à l'excès de temps passé au lit et/ou à un cycle veille/sommeil irrégulier, ainsi que des facteurs cognitifs tels que des croyances et attitudes dysfonctionnelles par rapport au sommeil. Les facteurs de conditionnement entretiennent les difficultés. L'insomnie se crée par un véritable conditionnement négatif, elle évolue alors pour son propre compte.

2.2. Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie chronique (TCC-I)

2.2.1. Généralités

Cette approche thérapeutique comprend la mise en place de différentes stratégies comportementales ainsi qu'un travail sur les cognitions et les croyances liées au sommeil. Les premières observations de l'efficacité d'une intervention comportementale dans l'insomnie remontent aux années 1950. Deux avancées majeures ont permis aux TCC-I de se développer avec les travaux de Bootzin en 1972 et de Spielman et al. en 1983 qui introduisent respectivement la méthode du contrôle du stimulus et la restriction du sommeil (11).

Les principaux objectifs de la thérapie sont de promouvoir une bonne hygiène de sommeil, réduire l'activation physiologique et cognitive au coucher, éliminer certaines habitudes contraires au sommeil, corriger les croyances erronées par rapport au sommeil et aux conséquences de l'insomnie (1)(12). Pour cela, elle s'articule autour de 3 composantes :

- **Éducative:** hygiène du sommeil.
- **Comportementale :** contrôle du stimulus, restriction du temps passé au lit.
- **Cognitive:** thérapie cognitive.

Il s'agit d'une prise en charge structurée se déroulant sur plusieurs séances en individuel ou en groupe. La fédération des omnipraticiens du Québec a établi une description pratique des techniques de TCC-I en 2004 (13).

2.2.2. Efficacité :

L'efficacité des TCC a été largement démontrée dans le traitement de l'insomnie chronique. La littérature est riche de nombreux types d'études: essais contrôlés randomisés (14)(15)(16), méta-analyses (17) et revues de la littérature (18)(19). Elles montrent une efficacité des TCC-I sur: la latence d'endormissement (14)(15)(19), l'index d'efficacité du sommeil (14), les réveils nocturnes, la durée totale du sommeil, la qualité du sommeil (17) (13).

La durée d'efficacité est au minimum de 6 mois (16)(19). Ces thérapies sont une alternative à la prise d'hypnotiques et permettent d'en diminuer la consommation (15)(18). Bien qu'elles aient largement leur place dans le traitement de l'insomnie chronique primaire ou psychophysiologique, elles ont également démontrées leur efficacité sur les insomnies chroniques secondaires associées à un problème médical ou psychiatrique (18).

Les traitements psychologiques et comportementaux font partis des recommandations selon l'American Academy of Sleep Medicine (19)(20) et sont également recommandés dans le traitement de l'insomnie chez les personnes dépendantes aux hypnotiques (18)(21).

Les techniques ayant prouvé leur efficacité sont le traitement par contrôle du stimulus, la relaxation, la restriction du sommeil, la thérapie à composante multiple. Cependant, il n'y a actuellement pas suffisamment de preuves pour que l'éducation à l'hygiène du sommeil ou la thérapie cognitive soit une option en tant que thérapie isolée (21).

Des études s'intéressant à la mise en place de thérapie de groupe, dont une récente datant de 2011 ont démontré l'efficacité clinique avec amélioration des paramètres objectifs et subjectifs du sommeil à court terme et à long terme jusqu'à 3 ans (22)(23). Une étude menée par le réseau Hypnor sur les groupes de TCC-I montre une amélioration significative sur la sévérité de l'insomnie et la consommation d'hypnotiques (24).

L'efficacité des thérapies a été mise en évidence en pratique libérale avec un programme réalisé par des infirmières formées aux TCC-I (15).

2.2.3. Les règles d'hygiène du sommeil

Ces mesures visent à corriger un ensemble de comportements ou de situations qui sont non compatibles avec un bon sommeil (13). Les facteurs environnementaux liés au style de vie peuvent conduire à un affaiblissement de la régulation du système veille-sommeil et à une augmentation du niveau d'éveil. Ces mesures renforcent l'action des autres traitements de l'insomnie. Cet apprentissage peut être recommandé à tous les individus même s'ils ne présentent pas de troubles du sommeil (23).

Les principales mesures concernant l'hygiène du sommeil retrouvées dans la littérature sont :

- Dans la journée, sortir au grand air et à la lumière avec 30 minutes d'activité physique quotidienne même modérée. Par exemple, 20 minutes de marche en fin d'après-midi favorisent l'endormissement et augmentent la quantité de sommeil profond.
- Éviter de pratiquer un sport ainsi que toute activité très stimulante au moins 3-4 heures avant d'aller se coucher.
- Adopter des horaires réguliers de coucher et de lever.
- Ne pas regarder le réveil.
- Éviter le café, le thé ou les sodas à base de caféine à partir de 17 heures. Ne pas consommer de tabac et de drogues.
- Limiter la consommation d'alcool car il occasionne une fragmentation du sommeil en deuxième partie de nuit même s'il peut favoriser l'endormissement.
- Dîner léger au moins 1h30 avant le coucher.
- Pas de douche ou un bain chaud avant le coucher.
- Réserver 30 minutes de calme et de détente avant l'heure du coucher. Pratiquer la relaxation.
- Dans la chambre, il faut ni trop chaud, ni trop froid, c'est-à-dire entre 16° et 19°C.
- Développer une routine, un rituel de coucher régulier avant d'aller au lit.
- Garder votre chambre ordonnée, obscure, propre et aérée, choisir un matelas confortable.

2.2.4. Restriction du temps passé au lit

De nombreux insomniaques pensent améliorer leur sommeil en augmentant le temps passé au lit à chercher le sommeil. Au contraire, cela va fragmenter et alléger le sommeil avec comme conséquence une perpétuation de l'insomnie.

L'objectif de cette technique mise au point par *Spielman* en 1987 est de restreindre le temps passé au lit au temps dormi de façon à augmenter l'efficacité du sommeil. Celle-ci correspond au rapport entre le temps de sommeil et le temps passé au lit multiplié par 100. On considère qu'une efficacité supérieure ou égale à 80 % correspond à un sommeil de meilleure qualité. En pratique elle consiste à restreindre le temps passé au lit au plus près possible du temps réellement dormi, puis d'augmenter progressivement la fenêtre de sommeil. En général, il est préconisé de maintenir fixe l'heure du lever et modifier l'heure du coucher. Lorsque l'efficacité du sommeil est au moins égale à 80 % pendant une semaine, on augmente le temps passé au lit de 15 minutes. Le patient doit remplir un agenda du sommeil une quinzaine de jours avant la mise en place de cette mesure et pendant toute sa durée (13).

Avec cette technique, *Spielman et al.* (25) ont montré une augmentation du temps de sommeil total, une réduction de la latence d'endormissement, une diminution des éveils nocturnes et donc une amélioration de l'efficacité du sommeil. Elle a non seulement un impact comportemental (action sur une stratégie d'adaptation inadaptée) mais aussi sur les mécanismes homéostatiques de régulation du sommeil avec comme résultat une augmentation de la pression du sommeil et donc un endormissement plus rapide, un sommeil plus profond et moins fractionné (26). Cette technique est généralement combinée avec le contrôle du stimulus.

Un risque de somnolence diurne excessive en début de traitement est à signaler au patient.

2.2.5. Contrôle du stimulus

Cette technique a été élaborée par le Dr Bootzin en 1972. Elle repose sur l'hypothèse que l'insomnie est le résultat d'un éveil conditionné. Chez les insomniaques, la chambre à coucher et le lit sont devenus des indices d'activation et d'éveil au lieu d'être synonymes de sommeil. Ce contrôle est atteint par un travail de contre-conditionnement qui permet au stimulus « chambre à coucher » de redevenir un signal pour le sommeil. Le schéma stimulus-réponse est ainsi rétabli (26). Les consignes à donner au patient sont:

- Réservez au moins une heure de détente avant le coucher en cessant toute activité exigeante sur le plan physique ou intellectuelle.

- Allez au lit uniquement lorsque la sensation de sommeil arrive.
- Si vous ne vous endormez pas ou ne vous rendormez pas dans les 15 à 20 minutes, levez-vous et faites une activité tranquille dans une autre pièce et retournez au lit uniquement lorsque vous avez sommeil.
- Levez-vous à la même heure tous les jours, peu importe la quantité de sommeil obtenue.
- N'utilisez pas votre lit autrement que pour dormir: pas de lecture ni de télévision ou de grignotage. L'activité sexuelle est la seule exception à la règle.
- Ne regardez plus le réveil pendant la nuit.
- Évitez la longue sieste au lit, mais ne négligez pas un court moment de repos et de détente en début d'après-midi d'une vingtaine de minutes.

2.2.6. Thérapie cognitive

La restructuration cognitive repose sur les travaux de Beck. Elle consiste à identifier les croyances et les pensées dysfonctionnelles en rapport au sommeil puis à discuter leur validité et enfin à les remplacer par des croyances et pensées plus productives (13). Le modèle de Beck repose sur:

- L'identification des cognitions dysfonctionnelles spécifiques à propos du sommeil.
- L'évaluation et la remise en question de la validité de ces cognitions dysfonctionnelles.
- La mise en place de pensées alternatives plus adaptées.
- La révision des croyances et attitudes envers le sommeil.

La démarche se base sur l'analyse fonctionnelle qui va aider le patient à remettre en question son interprétation de la situation et à diminuer l'activation cognitive, émotionnelle et physiologique.

Certains questionnaires d'évaluation validés peuvent être utilisés comme l'Echelle des Croyances et Attitudes envers le sommeil (27) qui distingue 4 types de croyances :

- Les attentes irréalistes par rapport au sommeil.
- Les conceptions erronées des causes de l'insomnie.
- L'amplification des conséquences de l'insomnie.
- Les croyances erronées à propos de l'utilité de certains comportements.

Ces méthodes cognitives sont couteuses en temps et nécessite un thérapeute entraîné, ce qui les rend difficilement applicables en médecine générale.

2.3. Les TCC- I en cabinet libéral dans le département du TARN.

Une collaboration s'est formée entre un médecin somnologue et une psychologue formée au TCC-I au sein d'un cabinet libéral de ville à Castres, dans le Tarn début 2012. Un programme de TCC-I de groupe est établi.

Le patient est adressé au médecin somnologue dans le cadre du parcours de soin par un médecin généraliste ou spécialiste. Le patient remplit deux échelles d'évaluation: l'échelle de sévérité de l'insomnie (*voir annexe 1*) ainsi que l'échelle de somnolence d'Epworth (*voir annexe 2*). Le médecin somnologue réalise un entretien médical diagnostic d'insomnie chronique et pose l'indication de TCC-I qu'il soumet au patient. Au décours de la consultation, la secrétaire lui remet une plaquette d'information (*voir annexe 3*) en lui proposant une séance d'information gratuite réalisée par la psychologue.

Cette séance, qui dure environ 30 minutes, a pour objectifs de présenter les modalités pratiques des TCC-I, de remettre une fiche décrivant les conseils de base d'hygiène du sommeil (*annexe 4*) que le patient pourra commencer à mettre en place. Lors de cette séance d'information, un agenda du sommeil (*annexe 5*) est remis et expliqué à la personne qui souhaite intégrer les groupes de TCC-I. Il constitue l'outil indispensable d'auto-observation d'une TCC-I et doit être débuté au moins 15 jours avant la première séance. Cet agenda devra être rempli par le patient tout au long de la thérapie car il permet

de quantifier la durée du sommeil, d'en évaluer la qualité et de suivre la progression tout au long du traitement.

➤ **Déroulement des séances de TCC :**

J'ai personnellement assisté à un programme de TCC-I d'un groupe de patients afin de mieux apprécier les conditions pratiques de la mise en place de tel groupe.

Le programme de TCC-I est basé sur 3 séances d'une durée de 1h30 en groupe d'environ 4 personnes. Il s'étale sur 1 mois. Les deux premières séances sont espacées d'une semaine. La troisième a lieu quinze jours après.

▪ **Séance 1: La restriction du sommeil:**

- Présentation rapide des participants.
- Analyse de l'agenda du sommeil des participants avec calcul des indicateurs du sommeil.
- Définition des objectifs de traitement des participants (améliorer l'index d'efficacité du sommeil, réduire les réveils nocturnes, sevrage médicamenteux, réduire le délai d'endormissement).
- Psycho-éducation consistant à expliquer le sommeil normal (cycles, rythme veille-sommeil, typologie circadienne).
- Mise en place de la technique de restriction du sommeil qui sera à mettre en pratique jusqu'à la prochaine séance.

▪ **Séance 2: Le contrôle du stimulus:**

- tour de table et discussion sur les difficultés rencontrées autour de la mise en place des consignes de la technique de restriction du sommeil à l'aide des agendas du sommeil.
- Psycho-éducation sur le thème de l'insomnie (types d'insomnie, facteurs prédisposants, précipitants et de maintien, conséquences de l'insomnie).
- Mise en place de la technique du contrôle du stimulus.
- Brève initiation au versant cognitif avec introduction aux pensées relatives au sommeil.

- **Séance 3: Gérer ses pensées anxieuses:**

- Tour de table avec discussion autour de la mise en pratique des deux techniques précédentes.

- Identification de pensées relatives au sommeil avec mise en place de techniques de gestion de l'hyperactivité mentale spécifiques aux différentes pensées (Technique de mise au repos de sa journée, de blocage des pensées, intention paradoxale, restructuration cognitive).

- Bilan du programme avec réévaluation des objectifs , des indicateurs du sommeil, des échelles.

A l'issue de ces 3 séances, 2 ateliers thématiques optionnels supplémentaires d'une durée de 1h30 effectués par la psychologue sont proposés aux patients: un atelier « stress et anxiété » et un atelier « relaxation ». Des séances de suivi optionnelles individuelles ou en groupe sont proposées au patient en fonction des besoins de chaque personne.

3. Matériel et méthodes

3.1. Au niveau national

Un état des lieux des pratiques actuelles de TCC-I à l'échelle nationale a été réalisé de juin à septembre 2012. Les centres du sommeil référencés sur le site de l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (*INSV*) ont été contactés par téléphone (28). Il s'agissait de savoir si les TCC-I étaient pratiquées dans le traitement de l'insomnie chronique, par qui et selon quelles modalités (groupe ou individuel, méthodes employées). Il leur était systématiquement demandé s'ils avaient connaissance d'une pratique libérale des TCC-I dans leur ville ou aux alentours. Auquel cas, cette structure était contactée selon les mêmes modalités que les centres du sommeil.

3.2. Au niveau régional

Afin de recueillir leurs attentes et besoins concernant le traitement de l'insomnie chronique notamment par les Thérapies Cognitivo-Comportementales, j'ai réalisé un questionnaire (*Annexe 6*). Au mois d'octobre 2012, il a été envoyé à 1690 médecins généralistes de Midi Pyrénées (3090 généralistes en MP) par mail via l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) de Midi-Pyrénées.

3.3. En cabinet de ville

3.3.1. Lieu et période de l'étude

Cette étude s'est déroulée du 30 janvier 2012 au 30 janvier 2013 au cabinet du Dr Mullens, médecin somnologue, à Castres dans le département du Tarn.

3.3.2. Population de l'étude

Tous les patients ayant reçu la plaquette d'information remise par la secrétaire au décours de la consultation médicale diagnostique ont été inclus. L'indication principale de TCC-I était l'insomnie psychophysiologique. Les patients porteurs d'autres pathologies du sommeil pour lesquels une composante psychophysiologique existait ont été inclus.

3.3.3. Type d'étude et protocole

Il s'agit d'une étude prospective mono-centrique. Les caractéristiques de chaque patient ont été recueillies avec leur accord sur le dossier médical informatique du médecin au cabinet. Les patients inclus ont été divisés en deux groupes:

- le groupe TCC-I comprenant ceux qui ont participé aux groupes de TCC-I. Un questionnaire de satisfaction (*annexe 7*) leur a été remis à la fin de la troisième séance.
- le groupe refus comprenant ceux qui n'y ont pas participé. Un questionnaire téléphonique (*annexe 8*) a été mis en place pour évaluer les motifs de non participation au TCC-I.

L'efficacité de la thérapie est jugée à partir de trois paramètres. La sévérité de l'insomnie est évaluée quantitativement par l'index de sévérité de l'insomnie de Morin (entre 8 et 14, insomnie légère; entre 15 et 22, insomnie modérée; au-delà de 22, insomnie sévère) (*Annexe 1*). La présence de somnolence diurne est mise en évidence par un score supérieur à 10 sur l'échelle de somnolence d'Epworth (*Annexe 2*). Enfin, par rapport aux données de l'agenda du sommeil, l'index d'efficacité du sommeil est calculé. Il doit être supérieur à 80%.

Afin d'apprécier les difficultés relatives à l'encadrement et au fonctionnement d'un groupe, un questionnaire est rempli par la psychologue à la fin de chaque séance (*annexe 9*). Pour finir, la faisabilité de ces thérapies passe par une analyse des conditions matérielles.

Les p-values ont été obtenues après réalisation d'un test du « Khi-deux » à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel version 2007.

4. Résultats

4.1. Au niveau national

Tableau 2 : Etat des lieux de la pratique des TCC-I en France en 2012

Centre du sommeil	Type d'établissement	Activité TCC-I	Technique	Intervenant
64. PAU	CHR	nulle		
31. TOULOUSE	CHU	Groupe et individuel	H, S	Infirmière
	Cabinet libéral	Individuel	H, R, S, C	Médecin Neuropsychiatre
34. BEZIERS	CHR	En projet		Infirmière/Médecin Psychiatre
34. MONTPELLIER	CHU	Individuel et groupe	H, R, S, C	Psychologue/ Médecin neurologue
	Cabinet libéral	Individuel	SR	Médecin
81. ALBI	CHS	Individuel	H	Infirmière
81. CASTRES	Cabinet libéral	Individuel et groupe	H, R, S, C	Médecin sommologue psychologue
13. MARSEILLE	CHU	Individuel, Groupe abandonné	H, R, S, C	Médecin
13. AIX EN PROVENCE	CHR	nulle		
83. TOULON	CH Intercommunal	Individuel non structuré	H, R	Médecin neurologue
06. NICE	CHU	Individuel	H, R, S, C	Médecin neurologue
33. BORDEAUX	CHU	Individuel	H, R, S	Psychologue
	Clinique	Individuel non structuré	SR	Médecin/ Psychologue
63. CLERMONT-FERRAND	CHU	Groupe abandonné		
87. LIMOGES	CHU	Nulle		
38. GRENOBLE	CHU	Nulle		
	Libéral (centre du sommeil)	Individuel	SR	Médecin Psychiatre
69. LYON	Réseau HYPNOR	Groupe	H, R, S, C	Psychologue
69. BRON	CH	Individuel	SR	Médecin/Infirmière
74. ANNECY ARGONAY	CHR	Individuel non structuré		Médecin neurologue
74. ANNEMASSE BONNEVILLE	CH Intercommunal	Individuel	H, R, S, C	Médecin généraliste
	Clinique	Individuel non structuré		Médecin Psychiatre
03. MONTLUCON	CHG	Nulle		
71. Saint REMY	Clinique	Nulle		
86. POITIERS	CHU	En projet		Médecin psychiatre
79. NIORT	CHG	Nulle		
44. NANTES	CHU	Groupe abandonné , Individuel	H, R, S	Infirmière Médecin généraliste et neurologue

37. TOURS	CHU	SR		
21. DIJON	CHU	En projet		
25. BESANCON	CHU	Individuel	H, R, S, C	Médecin Psychiatre
68. ROUFFACH	CHG	En projet		Infirmière
	Cabinet libéral	Individuel	H, R, S, C	Psychologue
67. STRASBOURG	CHU	Abandonné		Psychologue Médecin psychiatre
	Clinique	Individuel	H, R, S, C	Psychologue
57. METZ	Clinique	Nulle		
59. LILLE	CHU	Individuel et Groupe	H, R, S, C	Médecin
	Clinique	Nulle		
60. COMPIEGNE	CHG	Nulle		
60. SENLIS	CHG	Individuel	H, R, S, C	Médecin neurologue
76. ROUEN	CHU	Nulle		
14. CAEN	CHU	Nulle		
53. LAVAL	CHG	Groupe	H, R, S, C	Infirmière, psychologue
35. RENNES	Clinique	Nulle		
29. BREST	CHU	Groupe	H, éducation thérapeutique	Infirmière/Médecin neurologue
AP-HP : 75. PARIS : -Hôtel Dieu - Lariboisière -Bichat -Pitié Salpêtrière	CHU	Nulle Nulle SR Individuel, Groupe Abandonné		Médecin psychiatre
94. CRETEIL : Hôpital Henry Mondor		Individuel, Groupe Abandonné	H, R, S, C	Médecin Généraliste
92. CLAMART : Hôpital Béchère		Individuel/Groupe Nulle	H, R, S, C	Psychologue
92. BOULOGNE : Hôpital Ambroise Paré		Nulle		
92. GARCHES : Hôpital Raymond Poincaré		Nulle		
Région parisienne	Réseau Morphée	Groupe	H, R, S, C	Psychologue

Légende : **H** : Hygiène du sommeil, **R** : Restriction du temps passé au lit, **S** : Contrôle du Stimulus, **C** : Thérapie Cognitive, **SR** : Sans Renseignement

47 centres du sommeil français répertoriés par l'INSV ont été interrogés dont 41 structures publiques et 7 structures privées. 23 centres soit 49% pratiquent les TCC-I dans le traitement de l'insomnie chronique dont 20 structures publiques et 3 structures privées. En plus des centres du sommeil répertoriés, on note l'existence de 5 cabinets libéraux de ville qui pratiquent les TCC-I.

Dans certaines régions comprenant de grandes agglomérations, la prise en charge de l'insomnie est bien structurée avec la mise en place de réseaux qui fonctionnent avec

des financements publics, par exemple Réseau Morphée à Paris et le Réseau Hypnor à Lyon. Ces réseaux proposent un traitement de l'insomnie chronique par des TCC-I de groupes et individuelles bien organisées, réalisées par des psychologues formées.

Si l'on se concentre sur les TCC-I en groupe, seulement 7 centres qui sont des structures publiques les pratiquent soit 30 %. Il n'y a pas de pratique de groupe dans les structures privées ni en libéral.

On dénombre 5 structures hospitalières comme le CHU de Marseille, Nantes, Clermont Ferrand, certains hôpitaux de l'AP-HP qui ont fait l'expérience des groupes de TCC-I mais n'ont pas pu poursuivre. Le motif principal d'arrêt de la pratique de groupe est un manque de personnel formé et dédié au TCC-I faute de financement en raison de restriction budgétaire. Les difficultés évoquées par les différents professionnels interrogés concernant la mise en place de groupe sont: difficulté d'organisation des groupes (dates, horaires), difficulté d'observance avec absentéisme, difficulté de recrutement des insomnies psychophysiologiques, problème d'homogénéité des groupes. Selon les différents professionnels interrogés les thérapies individuelles s'adaptent mieux aux comorbidités des patients insomniaques qui sont fréquentes et permettent une plus grande souplesse dans l'application des différentes techniques cognitivo-comportementales.

La pratique de TCC-I de groupe en cabinet libéral est rare. Seul le cabinet de Castres propose cette prise en charge. Une tentative sur la région parisienne a été menée par un médecin généraliste formé. Cette activité a été stoppée en raison principalement d'un problème de rémunération de l'acte de TCC de groupe mais aussi d'une difficulté de recrutement d'insomnie psychophysiologique pure et de la réticence des patients envers la dimension « psychologique » de la prise en charge.

4.2. Au niveau régional

53 réponses ont été obtenues, soit un taux de réponse de 3%. La majorité des généralistes soit 72% ont 50 ans et plus. Ils exercent en milieu urbain pour 38% ,semi rural 32% et milieu rural 28%.

Presque deux tiers des généralistes, soit 62%, ignorent l'existence des TCC appliquées au sommeil ainsi que leur place au sein de l'arsenal thérapeutique du traitement de l'insomnie chronique selon les recommandations de l'*HAS* de 2006. Les autres en ont eu connaissance au travers de lecture médicale pour 6 d'entre eux, 6 dans le cadre de formation médicale continue et 5 sont titulaires d'un Diplôme Universitaire de TCC.

D'un point de vue des généralistes, les TCC-I sont considérées comme une alternative à la prescription du médicament (85%), une aide au sevrage médicamenteux (70%), une collaboration entre professionnel (28%), un complément du médicament (25%), une mode (5%).

Malgré tout, ils souhaitent pour deux tiers d'entre eux être formés sur le sujet dans le cadre de la formation médicale continue préférentiellement sous forme de soirée.

Une large majorité des généralistes sont prêts à proposer cette thérapie à leurs patients souffrant d'insomnie chronique. 87% acceptent d'adresser leurs patients à un médecin formé à ces traitements et 74% à une psychologue. A l'unanimité, 91%, le remboursement des séances de psychothérapie insisterait les généralistes à orienter leurs patients vers cette thérapie non médicamenteuse.

Si l'on demande aux généralistes de citer différents types d'insomnie, la majorité répond la triade « insomnie d'endormissement, réveils nocturnes et réveils précoces ». Les notions de dépression et d'anxiété sont fortement liées à l'insomnie.

Parmi les différents types de traitement de l'insomnie cités par les généralistes, la prescription médicamenteuse avec 63 réponses (hypnotiques, benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques, antihistaminique) est largement majoritaire devant les médecines alternatives avec 20 réponses (phytothérapie, homéopathie, sophrologie, hypnose, acuponcture), les TCC-I (12 réponses) et les conseils d'hygiène du sommeil (10 réponses).

4.3. En cabinet de ville

4.3.1. Caractéristiques de la population

En l'espace d'un an (janvier 2012 à décembre 2012), sept groupes de TCC-I ont été constitués contenant en moyenne 3,5 patients soit au total 25 patients. Le taux d'absentéisme est nul. Sur cette même période, 32 personnes ayant reçu la plaquette d'information à l'issue de la consultation médicale et n'ayant pas participé aux TCC-I de groupe ont été incluses.

Tableau 3 : Caractéristiques de la population.

	Groupe TCC n= 25	Groupe Refus n= 32	
Age moyen (années)	56	48	
Sex ratio h/f	0.45	0.56	
Lieu de vie : Urbain	15 (60%)	15 (47%)	
Semi rural	6 (24%)	5 (15.6%)	
Rural	4 (16%)	12 (37.5%)	
Distance Domicile –Cabinet (km)	20	47	
Profession : retraité	12 (48%)	7 (22%)	
Sans emploi	2 (8%)	3 (9.2%)	
Horaire de travail en journée	10 (40%)	16 (50%)	
Travail jour/nuit	0	2 (6.2%)	
Horaires atypiques	1 (4%)	2 (6.2%)	
Sans renseignement		1 (3.2%)	
Insomnie modérée et sévère (ISI \geq 15)	17	24	P=0.31
Somnolence (Score Epworth \geq 10)	11	6	P=0.04
Prise médicamenteuse pour dormir (nombre de personnes)	18 (72%)	17 (53%)	P=0.14
Autres moyens thérapeutiques (phytothérapie, homéopathie, acupuncture, sophrologie) (nombre de personne)	9	15	P=0.41
Personne ayant déjà participé à une psychothérapie quelconque	6	5	P=0.42

Les deux groupes sont homogènes en ce qui concerne l'âge, le sex ratio. On observe un pourcentage plus élevé de retraités dans le groupe TCC-I et à l'inverse plus

d'actifs dans le groupe refus. Les patients du groupe refus sont deux fois plus éloignés du cabinet médical que les patients du groupe TCC-I. Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant la sévérité de l'insomnie ni la présence de somnolence diurne entre les deux groupes.

On observe une part plus importante de patients qui prennent une thérapeutique pharmacologique dans le groupe TCC-I. Ces derniers ne se sont pas plus consommateurs d'autres moyens thérapeutiques pour essayer de dormir que ceux du groupe refus. De même, ils ne sont pas plus coutumiers des prises en charge psychothérapeutiques.

4.3.2. Concernant le groupe TCC-I

➤ **Données d'efficacité:**

Tableau 4 : Indicateurs d'évaluation d'efficacité des TCC-I

	Avant la thérapie	A l'issue de la 3 ^{ème} séance	
Insomnie modérée et sévère (ISI \geq à 15)	17	1	P < 0.001
Somnolence (Score Epworth \geq 10)	11	3	P=0.017
Index d'efficacité du sommeil \geq à 80%	6	22	P < 0.001

Cette thérapie de groupe a permis de réduire de façon statistiquement significative le nombre de patients souffrant d'insomnie modérée à sévère. Au même titre, leur index d'efficacité du sommeil s'est amélioré. Le nombre de participants présentant une somnolence diurne effective a également diminué même si la différence n'est pas statistiquement significative.

➤ **Données de satisfaction:**

24 questionnaires ont été remplis. Sur l'aspect matériel, les remarques se font surtout sur l'étroitesse des locaux pour 3 patients et des difficultés de parking pour 2 d'entre eux. Le cabinet est facile d'accès. Le principal problème reporté se pose sur les horaires peu compatibles avec le travail de certains patients. Le cout ne semble pas engendrer de

difficultés particulières mais un patient a souligné la gratuité de la thérapie à l'hôpital. Les thérapies ne sont pas remboursées par les mutuelles dans plus de la moitié des cas (58%).

Les patients sont très satisfaits de la relation qui s'est établie entre la psychologue et le groupe, entre eux même et la psychologue ou le groupe. Tous les patients sont satisfaits ou très satisfaits de la clarté de l'information délivrée ainsi que de l'ambiance générale.

Seulement $\frac{1}{4}$ des participants trouvent contraignant de remplir un agenda du sommeil. 70% notent que la technique de restriction du sommeil est difficile à appliquer versus 37 % pour la technique du contrôle du stimulus.

Pour tout l'échantillon, la dynamique de groupe s'est révélée être un élément facilitateur. Tous les patients recommanderaient la thérapie à un proche souffrant d'insomnie. Elle a répondu pleinement à leurs attentes pour 37% d'entre eux et en grande partie pour 37%.

Les points positifs retranscrits par ordre de fréquence sont l'apport de connaissance sur le sommeil, la dédramatisation du problème d'insomnie, le groupe et son rôle d'échange. Le versant cognitif avec gestion des pensées anxieuses est également apprécié des patients. Le principal point négatif est la difficulté d'application de la technique de restriction du sommeil. Enfin, un quart des patients demandent une séance supplémentaire.

➤ **Point de vue du thérapeute, la psychologue:**

Sur 22 séances, les personnes ont été en retard de 18 minutes en moyenne dans un tiers des cas. Les séances se sont déroulées sans problème, les patients participent et sont motivés. Seules 2 personnes ont négligé le travail personnel à domicile et une personne montre des difficultés de compréhension. Les groupes sont relativement homogènes. La durée de la séance de 1h30 est satisfaisante. L'ambiance générale est bonne au sein des groupes avec une vraie cohésion, un échange et des interactions constructives entre les participants. Aucun antagonisme n'a été signalé. La dynamique de groupe à six est plus intéressante, mais la durée des séances est insuffisante.

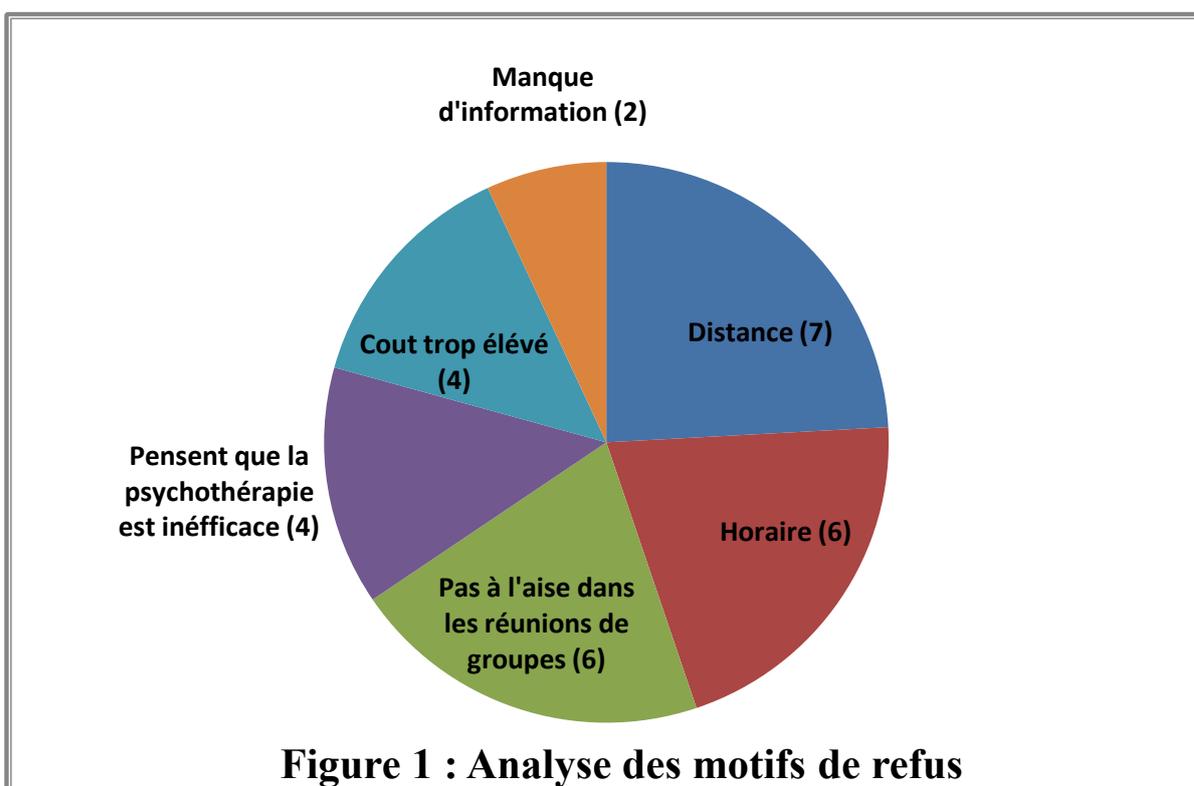
➤ **Conditions matérielles:**

Afin de mettre en place cette thérapie de groupe, des aménagements ont été nécessaires. Un local au sein du cabinet du médecin a été mis à la disposition de la psychologue. Un

support informatique avec présentation d'un diaporama ainsi qu'un support écrit sous forme de livret d'une dizaine de pages ont été créés et édités pour chaque patient. Il ne faut pas négliger le rôle de la secrétaire qui distribue la plaquette d'information. Elle a un rôle primordial de coordination avec la prise de rendez-vous, le rappel systématique des patients la semaine précédant la première séance. Ceci explique en partie l'absence d'absentéisme dans les groupes.

4.3.3. Concernant le groupe Refus

24 patients ont répondu au questionnaire téléphonique soit un taux de réponse de 75 %. 8 patients ont préféré la thérapie individuelle majoritairement en raison de difficultés personnelles qu'ils ne voulaient pas exposer au groupe. Les principaux motifs de non participation aux groupes de TCC-I sont d'aspect matériel avec un problème de distance trop grande entre le cabinet et le domicile des patients ainsi qu'un problème d'incompatibilité d'horaires.



5. Discussion

5.1. Sur le plan national

Ce travail met en évidence la faible diffusion des techniques de thérapies comportementales et cognitives dans le domaine de l'insomnie chronique. Actuellement, même en service spécialisé que sont les centres du sommeil, le recours à cet abord non pharmacologique n'est pas systématiquement intégré à l'offre de soin.

Elles sont également très peu pratiquées dans les structures privées et les cabinets libéraux. Aucune pratique de groupe n'est décrite en cabinet libéral, sa mise en place à Castres est innovante.

Cependant l'état des lieux des pratiques de TCC-I n'est pas exhaustif puisque seuls les centres du sommeil référencés sur le site de l'*INVS* ont été interrogés. La pratique de TCC-I est sous estimée par le fait que seules les régions possédant un centre du sommeil ont été étudiées. De plus la connaissance de pratique libérale de TCC-I dans ces régions est limitée à la bonne volonté des centres de désigner les structures libérales existantes à proximité.

5.2. Les médecins généralistes

Le taux de réponse au questionnaire est faible mais cela donne une idée des attentes des médecins. Un manque de formation et d'information des généralistes sur l'existence et l'application des TCC-I est mis en évidence. Une grande majorité considère cette pratique comme une alternative ou une aide au sevrage médicamenteux, ce qui est plutôt encourageant qu'en à la place des TCC-I dans l'arsenal thérapeutique de l'insomnie.

Cette enquête apporte une perspective positive quant à la faisabilité des TCC appliquées à l'insomnie puisque les médecins généralistes sont prêts en une grande majorité à adresser leurs patients insomniaques vers un professionnel formé (médecin ou psychologue) et ce d'autant plus si les séances sont prises en charge par l'assurance maladie ou complémentaire.

Pour une diffusion plus large des TCC dans cette indication, il semble primordial de procurer une meilleure information sur l'existence et l'efficacité de ces techniques aux médecins généralistes, dans le cadre de la formation médicale continue. Une étude de 2008 a démontré le bénéfice d'une formation médicale continue concernant la prise en charge des patients insomniaques en conformité avec les recommandations de *l'HAS* (29). Cette démarche pourrait leur permettre d'initier plus systématiquement un dépistage de l'insomnie, de manier plus facilement l'arsenal thérapeutique de l'insomnie et d'adresser directement les patients vers le thérapeute local qui prendra en charge la thérapie.

Dans la littérature, de nombreuses stratégies et outils ont été mis en place pour faire en sorte que le médecin généraliste devienne le premier maillon d'une prise en charge de l'insomnie par TCC-I. Un guide support de consultation a été élaboré pour des médecins généralistes sur l'usage des TCC-I en médecine de ville en 2010 (30). L'élaboration d'un protocole de prise en charge de l'insomnie par TCC-I par des généralistes aquitains a montré une amélioration de l'insomnie (31). Ces initiatives ont le mérite de faire entrer ce traitement non médicamenteux dans les cabinets des omnipraticiens.

5.3. En cabinet de ville

Les patients inclus dans cette étude restent représentatifs de la population souffrant d'insomnie en ce qui concerne l'âge et le sex ratio inférieur à un.

Concernant le groupe ayant participé aux TCC-I de groupe, on observe que la technique de restriction du temps passé au lit reste difficile à appliquer pour la majorité des patients. Ce constat est également relevé dans une étude auvergnate (22). En effet, elle induit dans un premier temps une dette de sommeil puisqu'on cherche à augmenter la pression du sommeil pour améliorer l'index d'efficacité du sommeil. Dans une étude récente, les éléments de la thérapie que les patients appliquent en pratique sont la tenue de l'agenda du sommeil puis le contrôle du stimulus et la restriction du sommeil (32).

Les participants sont globalement satisfaits. Le groupe amène une dynamique à la thérapie. La pratique de groupe est intéressante sur le plan financier, elle permet de réduire les coûts pour les patients par rapport à la thérapie individuelle. Un effort reste à fournir par les mutuelles au niveau du remboursement.

L'analyse croisée des caractéristiques de la population, des motifs de refus ainsi que du questionnaire de satisfaction met en avant l'un des principaux freins de la mise en place de groupes. Il s'agit d'une problématique de compatibilité d'horaire en particulier pour les personnes ayant une activité professionnelle. En effet la psychologue travaillant qu'à temps partiel sur le cabinet, les séances se déroulaient le lundi vers 17h. Il existe également un problème de distance ainsi qu'une adéquation imparfaite entre la surface des locaux et le nombre de participants. Les problèmes d'horaires et de locaux peuvent être résolus avec le développement de l'activité qui permettra de consacrer plus de temps et d'espace aux groupes.

La secrétaire joue un rôle majeur dans l'organisation puisque son action permet, entre autres, d'obtenir un score d'absentéisme nul.

Les résultats obtenus dans ce travail de thèse montrent que les TCC-I de groupe sont efficaces en libéral en termes de réduction de la sévérité de l'insomnie et d'une augmentation de l'efficacité du sommeil de façon statistiquement significative. Des résultats identiques sont retrouvés sur l'échantillon auvergnat en milieu hospitalier (22) et parisien dans le cadre du réseau Morphée (32).

6. Conclusion

La réponse thérapeutique à la plainte d'un insomniaque reste trop souvent médicamenteuse. Les thérapies cognitivo-comportementales de l'insomnie constituent une alternative non pharmacologique validée, recommandée et ayant largement prouvée son efficacité.

Ce travail démontre que la pratique de groupes de TCC-I est tout à fait réalisable en médecine libérale de ville même au sein d'une agglomération de moyenne importance comme Castres. Cela reflète la haute prévalence de l'insomnie au sein de la population générale. De plus, son efficacité a été prouvée dans ce contexte.

La diffusion des techniques de thérapies comportementales et cognitives dans le domaine de l'insomnie chronique reste confidentielle ce qui paraît regrettable au vu de la satisfaction des patients qui ont bénéficié de ce traitement. La pratique des TCC-I en

cabinet de ville de proximité peut être un facteur majeur de développement de cette méthode non médicamenteuse de prise en charge des patients insomniaques.

Cette configuration libérale soulève le problème de la tarification à l'acte des praticiens et des modalités de prise en charge du patient. Une solution de prise en charge doit être discutée avec les différents partenaires économiques primaires ou complémentaires. A l'heure des maisons de santé, la mise en place de nouveaux modes de rémunérations forfaitaires pourrait apporter une solution à ce frein économique.

La faisabilité des TCC appliquées à l'insomnie chronique dans le cadre de la médecine de ville passe par la mise en place d'un réseau local entre médecins généralistes qui orientent et des professionnels spécifiquement formés à ces techniques. Au sein des maisons pluridisciplinaires de santé, leur intervention auprès de groupe de patients souffrant d'insomnie chronique est une perspective de travail réalisable. Les modalités de recrutement des patients restent à définir en collaboration avec les généralistes du secteur, pourquoi pas au travers d'une formation.

Bibliographie :

1. BELANGER L, MORIN CM. Biliard M, Dauvilliers Y. Insomnie chez l'adulte. In: Les troubles du sommeil. BILIARD M, DAUVILLIERS Y. Paris: Elsevier Masson, 2011, pp. 155-73.
2. TOUITOU Y. Troubles du sommeil et hypnotiques: Impacts médicaux et socio-économiques. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 2007; 65 (4); pp. 230-238.
3. LEGER D, OHAYON M, BECK F. Prévalence de l'insomnie: actualité épidémiologique. *Médecine du Sommeil*. 2010; 7 (4); pp. 139-45.
4. Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG), avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la HAS. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. 2006.
5. American Psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV. American Psychiatric Pub; 2000.
6. American Academy of Sleep Medicine. Psychophysiologic Insomnia. International Classification of Sleep Disorders : Diagnostic and coding Manual, Second Edition. 2005; pp. 28-32.
7. LEGER D, GUILLEMINAULT C. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *Journal of Sleep Research*. 2000; 9 (1); pp 35-42.
8. BECK F, RICHARD JB. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France. *Bull Epidemiol hebdo*. novembre 2012 ; (44-45); pp 497-501.
9. GOURIER FRERY C, CHAN CHEE C. Insomnie, fatigue et somnolence : prévalence et état de santé associé, déclaré par les plus de 16 ans en France métropolitaine. *Bull Epidemiol hebdo*. novembre 2012; (44-45); pp. 502-09.
10. SPIELMAN A, CARUSO L, GLOVINSKY P. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 1987; 10; pp.541-53.
11. TASSI P, THIBAUT-STOLL A. Thérapie comportementale et cognitive de l'insomnie. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2010;20(4); pp.125-30.
12. MORIN CM et al. Traitement de l'insomnie et autres troubles du sommeil. *Psychologie Quebec*. janvier 2004;(18); pp.18-22.
13. VALLIERES A, GUAY B, MORIN CM. L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire. *Le Médecin du Québec*. octobre 2004; 39 (10); pp. 85-96.
14. JACOBS G, EDWARDS F. Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Insomnia. A Randomized Controlled Trial and Direct Comparison. *Arch Intern Med*. 2004; 164 (17) ; pp. 1888-96.

15. ESPIE CA, INGLIS SJ, TESSIER S. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther.* janvier 2001; 39 (1) ; pp. 45-60.
16. EDINGER J et al. Cognitive Behavior Therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association.* 2001; 285 (14); pp. 1856-64.
17. SMITH M et al. Comparative Meta-Analysis of Pharmacotherapy and Behavior Therapy for Persistent Insomnia. *Am J Psychiatry.* 2002; 159 (1); pp.5-11.
18. MORIN CM et al. Psychological And Behavioral Treatment Of Insomnia:Update Of The Recent Evidence (1998-2004). *Sleep Med.* 2006; 29 (11); pp. 1398-414.
19. MORIN CM, HAURI P, ESPIE CA. Non pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia: An American Academy of Sleep Medicine Review. *Sleep.*1999; 22 (8); pp. 1134-56.
20. CHESSON A et al. Practice Parameters for the Nonpharmacologic Treatment of Chronic Insomnia An American Academy of Sleep Medicine Report Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep Med.* 1999; 22 (8); pp.1128-33.
21. MORGENTHALER T et al. Practice Parameters for the Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia: An Update. An American Academy of Sleep Medicine Report. *Sleep Med.* 2006; 29 (11); pp.1415-9.
22. DUBOIS Florence. Aspects théoriques et pratiques des traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie chronique : mise en place de thérapies de groupe au CHU de Clermont-Ferrand. [Thèse pour le Doctorat en médecine]. Université de Clermont Ferrand, faculté de médecine.; 2012.
23. BACKHAUS J, HOHAGEN F, VODERHOLZER U. Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001; 251 (1); pp. 35-41.
24. Réseau hypnor. TCC contre l'insomnie de l'adulte [Internet]. Rebrique « Traitement efficace contre l'insomnie de l'adulte ». 2012 [cité 12 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.hypnor.fr/>
25. SPIELMAN A, SALSALSKIN P. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep Med.* 1987; 10 (1); pp.45-46.
26. LAINEY E et al. Traitement comportemental et cognitif de l'insomnie. *Annales Médico-psychologiques.* 2002; 160 (1); pp.93-96.
27. BLAIS F, GENDRON L. Assesment of insomnia : validation of three questionnaires. *Encephale.* 1997; 23 (6); pp. 447-53.
28. Les centres du sommeil [Internet]. Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [cité 11 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/mon-sommeil-en-pratique>

29. VOLCLER Nadège. Etude d'impact d'une action de formation médicale continue sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale. [Thèse pour le Doctorat en médecine]. Université de Grenoble; 2010.
30. MOREAU Sandie. Insomnie chronique de l'adulte : Développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale. Elaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile de France. [Thèse pour le Doctorat en médecine]. Université Paris 7-Denis-Diderot; 2010.
31. FERRON Kavita. Evaluation de la prise en charge de l'insomnie chronique par thérapie cognitive et comportementale. Etude auprès de 58 médecins généralistes aquitains dans le cadre d'un projet FAQSV. [Thèse pour le Doctorat en médecine]. Université Bordeaux 2; 2006.
32. LONDE V, ROYANT-PAROLA S, LIANE MT. Prise en charge de l'insomnie chronique: les ateliers insomnie du Réseau Morphée. Médecine du Sommeil. 2011; 8 (4); pp.166-72.

Annexe 1 : Echelle de sévérité de l'insomnie.

1. Estimez la sévérité actuelle de vos difficultés (Entourez les réponses)

	Aucune	Légère	Moyenne	Sévère	Très sévère
Difficultés d'endormissement	0	1	2	3	4
Réveils nocturnes	0	1	2	3	4
Réveils trop matinaux	0	1	2	3	4

2. Comment jugez-vous votre sommeil actuel ?

0	1	2	3	4
Très satisfaisant	Satisfaisant	Pas très bon	Mauvais	Très mauvais

3. Vos problèmes de sommeil perturbent-ils votre fonctionnement (fatigue, travail, activités intellectuelles, humeur ...) dans la journée ?

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément

4. Dans quelle mesure les autres s'aperçoivent-ils du retentissement de votre insomnie sur vos activités diurnes ?

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément

5. Dans quelle mesure votre problème de sommeil vous préoccupe-t-il ?

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormément

Annexe 2 : Echelle d'Epworth d'évaluation de la somnolence diurne

Dans les 8 circonstances suivantes, avez-vous un risque de vous endormir dans la journée ?

Si ce risque est inexistant, cochez 0 X Si ce risque est modéré, cochez 2 X

Si ce risque est minime cochez 1 X Si ce risque est important cochez 3 X

Exemple, si le risque de vous endormir "assis en lisant un livre ou le journal" est modéré : cochez 2 X

	Risque Inexistant	Risque minime	Risque modéré	Risque important
1 Assis en lisant un livre ou le journal	0	1	2	3
2 En regardant la télévision	0	1	2	3
3 Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente)	0	1	2	3
4 comme passager dans une voiture pour un trajet d'une heure sans arrêt	0	1	2	3
5 En étant allongé après le repas de midi (lorsque les conditions le permettent)	0	1	2	3
6 En étant assis, en parlant à quelqu'un	0	1	2	3
7 En étant assis, après un repas sans boisson alcoolisée	0	1	2	3
8 Au volant d'une voiture immobilisée quelques minutes dans un embouteillage	0	1	2	3
TOTAL :	/24			

Annexe 3 : Plaquette d'information

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

1ère séance TCC-I
Séance individuelle de 30 mn
25 € la séance

Atelier TCC-I: 3 séances d'1h30
Sur 4 semaines
Séances collectives de 5 personnes maximum
25 € la séance

TCC-I Individuel
Séances individuelles de 45 mn sur RDV
50 € la séance

Les séances TCC sont prises en charge par certaines mutuelles, renseignez vous... (Pas de prise en charge par la sécurité Sociale)

CONTACT

Pour plus d'informations ou inscription, merci de contacter:

Eric MULLENS, médecin somnologue.
Séverine BRUNE, psychologue spécialisée dans les traitements comportementaux et cognitifs de l'insomnie

Secrétariat: **Claudine BENETTI**
Tel: 05 63 59 51 14

12 Rue Commandant Prat
81100 Castres

cabinet.castres@gmail.com

TRAITEMENT COMPORTEMENTAL et COGNITIF de L'INSOMNIE (TTC-I)

BUTS DU TRAITEMENT

➔ Surmonter l'insomnie ou composer avec elle.

➔ Solution alternative aux médicaments

Améliorer son sommeil

Réduire le temps d'endormissement

Régulariser ses horaires de sommeil

Minimiser l'utilisation des somnifères

Réduire le nombre de réveils nocturnes

Maitriser ses pensées anxieuses

Abaisser l'état d'hyper éveil

LE TRAITEMENT

Orientation diagnostique
Entretien médical

2ème séance de traitement TCC-I
en individuel

3 Séances de traitement TCC-I
en groupe ou en individuel

TCC groupe	TCC individuel
✓ 5 personnes maximum	✓ Séances hebdomadaires
✓ 3 séances	✓ 45mn à 1h
✓ 1h30 par séance	

Entretien de suivi médical
Compte rendu au médecin prescripteur

Séances de suivi TCC-I optionnelles
individuelles ou collectives
en fonction des besoins

CONTENU DES SEANCES

Séance 1: choix du traitement/hygiène du sommeil

- Informations sur le programme
- Explication et remise de l'agenda du sommeil
- Consignes d'hygiène du sommeil
- Choix du traitement en individuel ou en collectif

Séance 2: Régulariser son cycle «veille sommeil»

- Analyse de votre agenda du sommeil et définition des objectifs de traitement
- Le sommeil normal: déroulement, cycles...
- Définition de votre typologie de sommeil: du matin ou du soir? court ou long dormeur? ...
- Reprogrammer son sommeil: la technique de restriction du sommeil

Séance 3: Interrompre l'association «coucher/éveil»

- Les types d'insomnies, de l'insomnie occasionnelle à l'insomnie chronique, le cercle vicieux de l'insomnie
- Technique du contrôle du stimulus
- Identifier les types les pensées anxieuses liées à l'insomnie
- Technique de contrôle respiratoire

Séance 4: Gérer ses pensées anxieuses

- Gestion des pensées liées à l'insomnie: mettre en place des pensées alternatives
- Techniques de gestion de l'hyperactivité mentale
- Techniques de relaxation
- Bilan du programme

Annexe 4 : Conseils hygiène du sommeil

Fiche: Support aux consignes d'hygiène de sommeil

Objectifs :

- Connaître et agir sur les facteurs d'environnement nuisibles au sommeil

Intérêts :

- Identifier les facteurs qui perturbent son sommeil
- Mettre en pratique des comportements adaptés qui favorisent le sommeil
- Ces mesures renforcent également l'ensemble des autres traitements

Consignes

- ✓ Eviter le café, le thé, la vitamine C, le coca cola... à partir de 17h
- ✓ Ne consommez pas de tabac, d'alcool et de drogues
- ✓ Dîner léger au moins 1h30 avant le coucher
- ✓ Eviter les viandes rouges, plats en sauces et vin
- ✓ Eviter de pratiquer un sport ainsi que toute activité très stimulante au moins 1h 30 avant d'aller se coucher
- ✓ Pratiquer 30 mn d'activité physique même modérée tous les jours (20 mn de marche au grand air en fin d'après midi par exemple) :
- ✓ Réserver 30 mn de calme et de détente avant l'heure du coucher
- ✓ Développer une routine, un rituel de coucher régulier avant d'aller au lit: activités de toilette, vérification de la maison...
- ✓ Eviter les températures extrêmes dans la chambre (entre 16 et 19°)
- ✓ Ne pas prendre de douche ou bain chaud avant le coucher
- ✓ Faites en sorte que votre chambre soit tranquille et obscure
- ✓ Gardez votre chambre ordonnée, propre et aérée, choisissez un matelas confortable

Annexe 6 : Questionnaire Médecin généraliste

Questionnaire sur la prise en charge de l'insomnie chronique par les Thérapies Cognitivo-Comportementales

Interne en médecine générale, je prépare une thèse sur la mise en place de groupes de Thérapies Cognitivo-Comportementales appliquées au traitement de l'insomnie chronique, sous la direction du Dr MULLENS, médecin du sommeil dans le TARN.

Ce questionnaire, adressé aux médecins généralistes de Midi pyrénées, a pour objectif d'établir un état des lieux des connaissances et de recueillir vos attentes et besoins concernant le traitement de l'insomnie chronique notamment par les Thérapies Cognitivo-Comportementales.

La réponse à ce questionnaire ne vous prendra que quelques instants .Merci par avance de votre participation.

1) Quelle est votre tranche d'âge :

< 35 ans / 35-40 ans/40-45 ans/45-50 ans/50-55 ans/55-60 ans/60-65 ans/> 65 ans/ Sans réponse

2) Vous exercez en secteur : Rural, Semi Rural, Urbain

3) Connaissez-vous les Thérapies cognitivo-Comportementales appliquées au sommeil ?

OUI / NON

Si oui, par quel moyen en avez-vous pris connaissance ?.....

4) Savez-vous que cette thérapie validée et efficace fait partie des recommandations de

la HAS sur le traitement de l'insomnie parues en 2006 ?

OUI / NON

5) Qu'est ce que les Thérapies Cognitivo-Comportementale appliquées au traitement de l'insomnie chronique représentent pour vous ? *cochez une ou plusieurs cases*

- Une aide au sevrage médicamenteux
- Un complément au traitement médicamenteux
- Une alternative à la prescription médicamenteuse
- Une collaboration entre professionnels de santé

- Une mode
- Une perte de temps
- Sans réponse
- Autre :.....

6) Souhaitez-vous être formé sur le sujet ? OUI / NON

Si oui, sous quelle forme (congrès, soirée, FMC) :

7) Seriez-vous prêts à adresser certains de vos patients vers :

- un médecin formé à ces traitements comportementaux ? OUI / NON

-une psychologue formée à ces traitements comportementaux ? OUI / NON

8) Pensez-vous proposer cette prise en charge à vos patients souffrant d'insomnie chronique ?

OUI / NON / Ne sait pas

9) Si les séances de psychothérapie étaient remboursées, orienterez-vous plus de patients vers cette thérapie ? OUI / NON

10) Citez 3 types d'insomnie :

.....

11) Citez 3 types de traitements de l'insomnie :

.....

Si vous désirez connaître les résultats de cette enquête et les résultats de ma thèse, joignez votre adresse mail :.....

Annexe 7 : Questionnaire Satisfaction

Je suis une interne de médecine générale en fin de cursus. Dans cadre de ma thèse, en accord avec le Dr MULLENS et Mme BRUNE, j'évalue la mise en place des groupes de Thérapie Cognitive Comportementale dans le traitement de l'insomnie chronique en cabinet de ville. Je vous remercie de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

1) Que pensez-vous ? *Cochez une case*

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Non Satisfaisant
- des locaux				
- de la facilité d'accès au cabinet				
- des horaires				
- du rythme des séances				
- du coût				

- Si peu ou non satisfaisant pour quelles raisons? :.....

2) Que pensez-vous des relations établies ? *Cochez une case*

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Non Satisfaisant
- entre la psychologue et le groupe				
- entre vous-même et le groupe				
- entre vous-même et la psychologue				

- Si peu ou non satisfaisant pour quelles raisons? :.....

3) Que pensez-vous ? Cochez une case

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Non Satisfaisant
- de la clarté des informations				
- de l'ambiance générale				
- des méthodes enseignées				
- de l'efficacité de la thérapie				

-Si peu ou non satisfaisant pour quelles raisons?:

.....

4) Ces séances de thérapie sont-t-elles prises en charge par votre mutuelle ?

OUI / NON

Si non, quelle est votre mutuelle ?

5) Avez-vous trouvé contraignant :

- de tenir un agenda du sommeil ? OUI / NON

- d'appliquer la technique de contrôle du stimulus ? OUI / NON

- d'appliquer la technique de restriction du sommeil ? OUI / NON

6) Les méthodes utilisées seront-elles applicables dans votre vie quotidienne ?

OUI / NON

7) Selon vous la dynamique de groupe a été plutôt :

- un frein OUI / NON

- un élément facilitateur OUI / NON

8) Cette thérapie a-t-elle répondu à vos attentes ?

Pas du tout / partiellement / plutôt oui / pleinement

9) La recommanderiez-vous à vos proches se plaignant d'insomnie ? OUI / NON

10) Selon vous, quels sont :

- les points positifs ? :

.....

- les points négatifs ? :

.....

- les points à améliorer ? :

.....

11) Avez-vous d'autres attentes, suggestions ou remarques ?

.....

Merci pour votre participation.

PUECH Carine, Interne de Médecine Générale

Annexe 8 : Questionnaire groupe Refus

Par téléphone

1) Je n'ai pas assisté aux groupes TCC pour l'insomnie car (cochez un ou plusieurs motifs)

- cout trop élevé
- Horaire non adapté
- Trop loin de mon domicile
- Je ne me sens pas à l'aise dans les réunions de groupe
- On ne m'a pas expliqué en quoi consistent les TCC
- Je pense que ce ne sera pas efficace, je ne crois pas à la psychothérapie
- Manque de motivation, les efforts à fournir sont trop important
- Il y a trop de séances c'est trop long comme prise en charge
- Autre

2) Avez-vous préféré la thérapie individuelle à la place du groupe ? O/N

Si oui,pourquoi :

- Vous pensez que c'est plus efficace
- Vous vous sentez mal à l'aise en groupe
- Votre insomnie est liée à des difficultés personnelles que vous ne voulais pas exposées au groupe
- Les horaires sont plus flexibles

Annexe 9 : Questionnaire thérapeute

(à remplir à chaque séance)

GROUPE N°

DATE :

SEANCE N°

1) Evaluation de l'assiduité :

- nombre de participants :
- nombre de patient en retard :...
- quantification moyenne du retard en minutes :.....

2) Quels ont été les problèmes rencontrés lors de cette séance : (entourez un ou deux items qui paraissent être les principaux freins pour cette séance)

- Travaux à domicile négligé
- Opposition fréquente d'un patient qui cherche à mettre le thérapeute en échec
- Retard, absentéisme
- Manque de motivation
- Hétérogénéité du groupe
- Difficulté de compréhension
- Antagonisme au sein du groupe
- Autre :.....
- Pas de problème

3) Que pensez-vous de la durée de la séance ?

4) Ambiance générale de la séance :

Résumé

Les troubles du sommeil constituent une plainte fréquemment rencontrée en soins primaires. De nombreuses études confirment la haute prévalence de l'insomnie dans la population générale. Cette étude prospective monocentrique s'attache à évaluer la faisabilité et l'efficacité de la mise en place de groupe de thérapies cognitivo-comportementales appliquées à l'insomnie chronique (TCC-I) en pratique libérale de ville. Sur l'année 2012 dans le Tarn, 57 insomniaques chroniques ont été inclus. 25 ont participé aux TCC-I répartis en 7 groupes et 32 ont refusé. La sévérité de l'insomnie est diminuée de façon statistiquement significative. Les principaux freins sont la distance et les horaires. Deux enquêtes au niveau régional puis national tendent à confirmer que cette pratique libérale des TCC-I de groupe est novatrice, réalisable et efficace.

Mise en place de thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans le traitement de l'insomnie chronique en cabinet libéral de ville: étude prospective

Les troubles du sommeil constituent une plainte fréquemment rencontrée en soins primaires. De nombreuses études confirment la haute prévalence de l'insomnie dans la population générale. Cette étude prospective monocentrique s'attache à évaluer la faisabilité et l'efficacité de la mise en place de groupe de thérapies cognitivo-comportementales appliquées à l'insomnie chronique (TCC-I) en pratique libérale de ville. Sur l'année 2012 dans le Tarn, 57 insomniaques chroniques ont été inclus. 25 ont participé aux TCC-I répartis en 7 groupes et 32 ont refusé. La sévérité de l'insomnie est diminuée de façon statistiquement significative. Les principaux freins sont la distance et les horaires. Deux enquêtes au niveau régional puis national tendent à confirmer que cette pratique libérale des TCC-I de groupe est novatrice, réalisable et efficace.

Discipline administrative: Médecine Générale

Mots clés: Insomnie chronique, Thérapie cognitive et comportementale, médecine générale, médecine libérale, France, Tarn.

Faculté de Médecine Purpan - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse: Docteur Eric Mullens