

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par
DELORME Angéla

Le 20 Décembre 2018

**Prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte par l'éducation
thérapeutique.**

Une revue narrative de littérature

Directeur de thèse : Dr FOURCADE Fabien

COMPOSITION DU JURY

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Président
Monsieur le Docteur Eric MULLENS	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur André STILLMUNKES	Assesseur
Monsieur le Docteur Fabien FOURCADE	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENIQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CHARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. WAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDFON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Frank
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Aïen
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAU Gerold
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALBUS Anthony	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXANOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COÛOMAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Marc
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAMIZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIE Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. FOURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLED Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Marc	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADORI Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LECPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIE MONI	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Emeric	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIÈRES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Clauille	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEL Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADQUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Varina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatenah (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatre
M. AÏRC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAILLET Frank (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie
Mme BURARIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAILL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARDN Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaut	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SADI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELSLE Mine-Benedetta (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-François	Contrologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thrombose
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Soc. de la Santé et Prévention
M. GRILLI EAU/RACUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUMBARD Rosine	Cancérologie
Mme HANAÏRE Héléna (C.E)	Enkrologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biophysique
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUÉ Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZERELLY Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie-Mentale
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cardiologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Frank-Ermanuel	Neurologie
M. SALLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SEMARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Eric (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VEILLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACCADBLED Francis	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALÉNC Florence	Denturologie
M. DECRAMER Sébastien	Pédiatrie
M. DELDREL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BRODICHET Anne-Marie	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiologie
M. MARCHEX Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROLLÉ-BUCAT Marie-Eve	Médecine Générale
---------------------------	-------------------

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENCOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Salouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. RIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TRENER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSANG Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jil	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALNIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biochimie et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEROUL Yves
Dr CHICOULEA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur SCHMITT Laurent, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, spécialiste en psychiatrie

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Docteur MULLENS Eric, Médecin somnologue, Praticien hospitalier à Castres

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail, et ce dès le début du projet il y a presque deux ans. Merci d'avoir tout de suite accepté de rentrer dans la composition de ce jury, en tant que médecin généraliste devenu spécialiste du sommeil.

Monsieur le Docteur BISMUTH Michel, Médecin généraliste exerçant à Labarthe-sur-Lèze, Maître de Conférence Universitaire en Médecine générale

Je suis ravie que vous vous soyez proposé pour faire parti de mon jury de thèse, suite à la soutenance de mon mémoire. En espérant que ce travail soit à la hauteur de vos attentes, merci pour l'intérêt que vous avez pu y porter.

Monsieur le Dr STILLMUNKES André, Médecin généraliste exerçant à Toulouse, Professeur associé de Médecine générale

Je suis ravie que vous vous soyez proposé pour faire parti de mon jury de thèse, suite à la soutenance de mon mémoire. En espérant que ce travail soit à la hauteur de vos attentes, merci pour l'intérêt que vous avez pu y porter.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur FOURCADE Fabien, Médecin généraliste exerçant à Mauvezin

Merci d'avoir accepté de te lancer avec moi dans l'aventure de directeur de thèse, j'espère ne pas te décevoir par la présentation de mon travail. La passion et l'investissement que tu mets dans tes journées bien remplies de médecin généraliste sont communicatifs, tu fais parti des médecins qui m'ont beaucoup appris durant mon internat. Tu m'as fait découvrir avant tout la médecine rurale, son quotidien aux facettes multiples mais aussi l'éducation thérapeutique, qui est à la base du sujet de cette thèse.

Aux médecins et professionnels de santé

Au service de l'HAD de Foix et notamment au Docteur Zoveda, pour sa profonde gentillesse avec ses patients mais aussi ses internes, qui m'a fait découvrir un aspect différent de la médecine générale et des soins palliatifs, via l'hospitalisation à domicile, et qui a su me faire confiance durant mon premier semestre.

A toute l'équipe du service des Urgences de Rodez, qui constitue l'équipe paramédicale et médicale la plus soudée avec laquelle j'ai eu la chance de travailler. Merci pour tout ce que vous m'avez appris, et pour ce que vous faites au quotidien avec les patients, le mérite est grand.

A mes maîtres de stage ambulatoire, à Jean Marc Castadère, Emilie Franzin, aux médecins de la PMI et du planning familial gersois, à Sophie Durot, Fabien Fourcade, Sylvaine Toutlemonde, Jacky et Henri-Jean Marseillan, Denis Brousse qui ont fait de moi le généraliste que je suis aujourd'hui, et qui m'ont fait découvrir le Gers, département dans lequel je me suis sentie bien dès le premier jour.

A l'équipe de rééducation du service de MPR de Ranguel, j'ai découvert durant les mois passés à vos côtés une super spécialité, méconnue mais tellement complète et passionnante, et mention spéciale à Charlotte notre chef de clinique, avec laquelle malgré les journées chargées nous avons réussi à passer de supers moments.

A l'équipe de Médecine interne de l'Oncopôle, j'avoue je n'en menais pas large en débarquant en médecine interne-hématologie l'été dernier, mais votre accueil et votre accompagnement ont permis que je puisse progresser et travailler dans de bonnes conditions, et merci pour les goûters organisés par les IDE de l'hôpital de jour.

A mes co-internes,

Constance, ma première co-interne de gériatrie, je suis contente d'avoir pu assister à ta thèse, et j'espère que tu es heureuse dans l'Est de la France

Cécile, Sarah, Sylvain, Simon, Marie-Agnès, mais surtout Émilie, Pauline, Johanna, Julie et Camille, l'équipe de choc des urgences, même si la vie a fait que nos chemins se sont éloignés pour certains, je garde de supers souvenirs de ces 6 mois dans l'Aveyron.

Claire, Marco, vous avez été parfaits, merci de votre accueil et de m'avoir fait découvrir la MPR.

Ondine, Colleen et Ilfad, merci d'être si intelligents et d'avoir choisi médecine interne pour aider tous ces patients dont les généralistes ne savent que faire, ces 3 mois passés à vos côtés ont été supers.

Claire, Alcey, Aurélie, nous n'avons pas travaillé directement ensemble, mais partageons cette envie du Gers, vous qui êtes aujourd'hui mes confrères du département.

A mes futures collègues,

Merci Mélanie du temps que tu as consacré à corriger ma thèse.

Manon, Chloé et Mélanie, nous formons une super équipe, j'ai hâte de commencer à travailler avec vous, les patients de l'Isle Jourdain n'ont qu'à bien se tenir.

A mes amis

A mes amis d'enfance d'Angers, Elena, Anne et Carine, merci d'être toujours là pour moi malgré la distance, je suis si fière que l'on soient amies.

A mes amis du lycée avec qui j'ai pu garder plus ou moins de contact, mais à qui je pense souvent, Ludivine, Florent, Laura, Clotilde, Emmy.

A mes amis de la fac de médecine, Charlène et Aurore qui sont venues avec moi à Toulouse, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour ces merveilleux voyages et moments partagés à Toulouse et ailleurs. J'ai une chance immense de vous connaître.

Maëlle, Héloïse et Delphine, que de beaux souvenirs ensemble, les soirées, les week-ends, mais aussi les colles de D4. Et le groupe s'agrandit de plus en plus, félicitations à toutes les 3 pour vos bébés, hâte d'être au prochain week-end pour vous voir.

A mes nouveaux amis de l'Isle Jourdain,

Melissa et Eliette, merci de partager cette passion de la pôle dance et bien plus encore.

Alain, Eric, Melissa, Luc et les autres du badminton, nous formons une super équipe.

Merci à Karine d'avoir relu et apporté des petites corrections à ma thèse.

Et à tous les autres avec qui je partage de petits ou grands moments, et d'avoir contribué à mon épanouissement dans cette ville : Hervé, Michèle, Laeti, Bart, Stéphane, Valérie, Christophe, Fanny, et j'en oublie.

Et enfin, un grand merci à ma famille

Merci à mes parents et ma sœur de me soutenir dans chacun de mes pas et des étapes de ma vie, nous avons réussi à rester proches malgré la distance. J'aime toujours autant rentrer sur Angers mais aussi partir à l'autre bout du monde pour passer quelques semaines de vacances avec Sarah.

Et pour finir merci à Alyss d'être là chaque jour auprès de moi, de m'avoir soutenue durant tout mon internat. Tu m'encourages par tes mots, tes attentions, tes petits plats et me donne le courage d'avancer.

Serment d'Hippocrate

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples,
je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale,
de l'honneur et de la probité.*

*Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes
confrères et la société.*

Table des matières

<i>Liste des abréviations</i> -----	3
1. Introduction -----	4
2. Objectifs -----	8
3. Matériel et méthodes -----	9
3.1 Type d'étude -----	9
3.2 Critères PICOTS -----	9
3.3 Équations de recherche -----	10
3.4 Sélection et analyse des articles -----	11
3.5 Conflits d'intérêts -----	11
4. Résultats -----	12
4.1 Diagramme de flux -----	12
4.2 Types d'articles -----	13
4.3 Analyse initiale des articles selon les différents points de la HAS -----	13
4.3.1 Structure du programme -----	13
4.3.2 Population étudiée -----	14
4.3.3 Constitution de l'équipe d'ETP -----	15
4.3.4 Nombre de participants -----	15
4.3.5 Objectifs principaux et secondaires -----	15
4.3.6 Diagnostic éducatif -----	16
4.3.7 Contenu des ateliers et méthodes pédagogiques -----	16
4.3.8 Matériel à prévoir -----	17
4.3.9 Méthode et outils d'évaluation -----	18
4.3.10 Résultats en fonction des objectifs -----	18
4.3.10.1 Faisabilité de l'étude -----	18
4.3.10.2 Bénéfices du programme sur l'insomnie chronique -----	19
4.3.10.3 Bénéfices du programme sur la consommation d'hypnotiques -----	
4.3.10.4 Satisfaction des patients -----	20
4.3.11 Limites des programmes -----	20

5. Discussion	21
5.1 Matériel et méthode	21
5.1.1 Type d'étude	21
5.1.2 Forces et limites de la revue	21
5.2 Résultats	22
5.2.1 Réflexions générales sur les résultats	22
5.2.2 Actualisation des recherches	23
5.3 Mise en application des résultats pour le programme d'ETP de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Mauvezin	24
5.3.1 Démarche de mise en place d'un programme d'ETP et dossier de demande d'autorisation	24
5.3.2 Contenu du programme	24
5.3.2.1 Diagnostic éducatif	24
5.3.2.2 Mesures hygiéno-diététiques	25
5.3.2.3 Importance des thérapies cognitivo-comportementales	26
5.3.2.4 Techniques alternatives et complémentaires	28
5.3.2.5 Dimension cognitive et psychiatrique	28
5.3.2.6 Proposition d'un protocole détaillé	29
6. Conclusion	31
7. Bibliographie	32

Annexes

- Annexe 1: Intégration de la démarche d'ETP et de soin dans la maladie chronique
- Annexe 2 : Liste des articles sélectionnés par les équations de recherches
- Annexe 3 : Résultats comparatifs des articles inclus dans l'étude sous forme de tableau

Résumé

Liste des abréviations

ICSD-3 : International classification of Sleep Disorders

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

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Dr : Docteur

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

HAS : Haute Autorité de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament.

CBT : Cognitive Behavioral Therapy

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ETP : Education thérapeutique

SETE : Société d'Education Thérapeutique Européenne.

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

BEP : Bilan éducatif partagé.

SCS : Société Canadienne du Sommeil

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale

DBAS : Beliefs and Attitudes About Sleep

ISI : Index de Sévérité de l'Insomnie

DU : Diplôme Universitaire

1. Introduction

Le sommeil s'avère indispensable à notre bon fonctionnement. Il s'agit d'un besoin universel dont les mécanismes ne sont pas encore entièrement compris. Néanmoins, on sait que le sommeil intervient dans des processus complexes neuro-développementaux, dans la préservation des capacités cognitives et motrices, dans la régulation de processus hormonaux et du système immunitaire ainsi que dans le système cardiovasculaire (1). De ce fait, les perturbations du sommeil peuvent altérer ces différents axes et avoir des conséquences diverses pour l'individu. Parmi les troubles du sommeil, l'insomnie, par sa fréquence élevée et ses conséquences, est un véritable problème de santé publique.

La définition d'une insomnie chronique telle que décrite dans l'International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3) en 2014 est la suivante (2) : « La présence des critères A à F est requise :

- Critère A : le patient se plaint ou l'entourage observe au moins l'un des éléments suivants :
 - difficulté à s'endormir ;
 - difficulté de maintien du sommeil ;
 - réveil plus précoce que l'horaire désiré ;
 - refus d'aller se coucher à un horaire approprié ;

- Critère B : le patient se plaint, ou l'entourage observe au moins l'un des éléments suivants au cours de la journée, liés aux difficultés de sommeil nocturne :
 - fatigue ou mal-être ;
 - troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire ;
 - altération de la vie sociale, familiale ou professionnelle ;
 - troubles de l'humeur ou irritabilité ;
 - somnolence diurne ;
 - problèmes comportementaux (hyperactivité, agressivité etc...) ;
 - diminution de la motivation, des énergies, des initiatives ;
 - facilité à faire des erreurs ou avoir des accidents ;
 - préoccupation ou insatisfaction par rapport au sommeil ;

- Critère C : les plaintes concernant le sommeil et la veille ne peuvent pas être expliquées exclusivement par le manque d'occasion de dormir ou un contexte inadapté de sommeil.
- Critère D : les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés surviennent au moins 3 fois par semaine.
- Critère E : les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés sont présents depuis plus de 3 mois.
- Critère F : les difficultés de sommeil et de veille ne sont pas mieux expliqués par une pathologie du sommeil autre que l'insomnie. »

Selon l'Enquête Baromètre Santé 2010 de l'INPES, (3):19,3% des femmes et 11,9% des hommes présentent une insomnie chronique, soit une moyenne 15,8% des 15-85 ans. 45% des personnes interrogées estiment dormir moins que ce qu'elles auraient besoin, 25 % ne se sentent pas reposées lorsqu'elles se réveillent et 62% rencontrent au moins un trouble du sommeil : 16% ont des difficultés pour s'endormir, 42% pour se rendormir en cas de réveil nocturne. En 2011, une revue bibliographique a répertorié toutes les enquêtes épidémiologiques sur la prévalence des troubles du sommeil entre 1980 et 2009 (4), confirmant ces chiffres élevés : 30 à 50% des adultes en France ont déclaré la présence d'un trouble du sommeil, tandis qu'en utilisant une classification plus stricte telle que la DSM-IV (2), la prévalence de l'insomnie concernait entre 15 et 20% de la population. Cette même étude a montré que les troubles du sommeil étaient associés à un taux d'absentéisme élevé et à un nombre d'arrêts de travail plus important. De plus, de nombreuses études ont démontré que l'insomnie chronique pouvait avoir de nombreuses conséquences sur l'état de santé :

- augmentation de l'appétit et dysrégulation endocrinienne avec en particulier une insulino-résistance, entraînant une augmentation du risque de diabète de type 2 (5);
- augmentation du risque cardio-vasculaire et notamment d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de syndrome métabolique (6);
- augmentation du risque d'accident de la route (7) (8);
- augmentation des syndromes dépressifs, ou simplement d'une irritabilité, troubles de concentration ou de mémorisation (9) (10);
- augmentation du risque de développer une démence (11);

- possible survenue de certains cancers (12).

Les troubles du sommeil, et notamment l'insomnie constituent donc un problème de Santé Publique, tant par leur fréquence, mais aussi par leurs répercussions sur la santé, ainsi que dans les domaines social et économique. Cependant, leur prise en charge n'est pas simple : le médecin doit élaborer une démarche diagnostique rigoureuse, afin de caractériser l'insomnie, identifier les comorbidités, éliminer les diagnostics différentiels (syndrome d'apnées du sommeil, etc..) et enfin organiser le traitement. De plus, un certain nombre de patients souffrant d'insomnie ne consultent pas leur médecin pour aborder ce problème. Un article publié en 2010 dans Médecine du sommeil décrit qu'un insomniaque sur deux n'a jamais discuté de ce problème avec son médecin (13).

Une thèse réalisée en 2014 a étudié les habitudes thérapeutiques de 71 médecins généralistes en Midi-Pyrénées dans la prise en charge de l'insomnie (14). Elle rapporte que 93% des médecins interrogés (soit 66 d'entre eux) prescrivent des benzodiazépines ou apparentés aux patients mais aussi que les médecins se sentent souvent démunis pour proposer des alternatives non médicamenteuses. Or, les thérapies cognitivo-comportementales ont pourtant montré la preuve de leur efficacité dans de nombreuses études (15) (16) (17) mais ne sont prescrites qu'à hauteur de 5% seulement. En effet, les benzodiazépines et hypnotiques sont encore trop souvent prescrits au long cours avec un manque d'information au patient, alors qu'ils n'ont l'AMM dans l'insomnie que pour une durée de 4 semaines. Et on connaît désormais bien leurs effets néfastes, surtout pris de façon chronique sur la somnolence diurne, le risque de chute, ou les problèmes de dépendance (18). Dans ce sens, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose aux médecins depuis 2007 avec une réactualisation en Juin 2015 des stratégies pour faciliter l'arrêt des benzodiazépines et apparentés par le biais (19):

- d'une intervention brève à tous les patients consommateurs de ces thérapeutiques du type « conseil minimal » similaire à celui formulé pour le sevrage tabagique ;
- d'une consultation spécifique centrée sur les modalités de l'arrêt avec des explications sur les risques de la prise chroniques de ces médicaments, les alternatives médicamenteuses ou non ;
- d'une consultation d'arrêt puis de suivi avec l'aide éventuelle d'un agenda du sommeil (20).

Le Docteur Blanchier, dans le cadre de sa thèse a interrogé des médecins généralistes installés dans le Béarn, sur leurs représentations et pratiques quant au diagnostic et au traitement de l'insomnie chronique. Les médecins reconnaissent avoir des lacunes dans leur démarche diagnostique pour explorer une plainte d'insomnie, et la plupart d'entre eux ignoraient les recommandations de la HAS, préférant se baser sur leur expérience et le relationnel avec leurs patients. Ils évoquent notamment des difficultés à moduler les prescriptions et se montrent réticents avec le traitement par TCC, dont ils ne connaissent pas l'indication dans l'insomnie pour la plupart (21).

Ces résultats se confirment au niveau national, car selon une étude de l'ANSM publiée en 2015 (22), la France restait le deuxième Pays prescripteur de benzodiazépines en Europe derrière l'Espagne, malgré une forte diminution constatée entre 2012 et 2015. L'ensemble de ces constatations justifie la mise en œuvre d'actions de prévention et de formation des professionnels, visant à aider la population à préserver un sommeil de qualité ainsi qu'une meilleure formation des professionnels de santé à ce problème.

Pourtant, des solutions efficaces pour la prise en charge de l'insomnie sans médicament existe. Il s'agit des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ou cognitive behavioral therapy (CBT) qui représentent le Gold standard à ce jour en matière d'insomnie, selon les recommandations de la HAS de 2006 (23). Il s'agit de thérapies qui portent sur les interactions entre pensées, émotions et comportements dont le but est de se concentrer sur les problèmes actuels de la personne, tout en prenant en compte leurs causes historiques. Elles aident à progressivement dépasser les symptômes invalidants et visent à renforcer les comportements adaptés (24). L'efficacité des TCC pour le traitement de l'insomnie chronique a été démontrée à de nombreuses reprises et depuis plusieurs décennies, comme dans ces études datant des années 1990 à 2011 (17) (25) (26). Cependant, ce traitement est d'une part peu connu des médecins généralistes, et d'autre part doit être mis en place par des psychologues spécifiquement formés aux TCC et au sommeil, ce qui n'est pas le cas de la majorité des psychologues en exercice en France. De plus, les consultations chez les psychologues ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale, excepté dans 4 départements Français depuis l'été 2018, en phase d'expérimentation (27). Tous ces éléments rendent les TCC peu accessibles à la plupart des patients.

Dans ce contexte, la proposition d'une alternative dans le traitement de l'insomnie en soins primaires, sous la forme d'un programme d'éducation thérapeutique paraît intéressante.

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Le diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé (BEP) est la « première étape du processus pédagogique » selon l'OMS (28). Il constitue donc la première étape de la démarche d'ETP avec chacun des patients. Il est élaboré lors d'un entretien individuel entre le patient et un professionnel de santé, et permet d'appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes, son projet et enfin de définir des objectifs personnalisés avant le début du programme. Les programmes d'ETP comprennent ensuite des ateliers organisés, conçus pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider à comprendre leur maladie et leur traitement, et à maintenir et améliorer leur qualité de vie et celle de leurs proches ». Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins telles que l'adaptation des doses de médicaments, la réalisation de gestes techniques, la mise en œuvre de modifications dans le mode de vie, et de compétences d'adaptation, telles que la gestion des émotions, la prise de décision face à un problème (29) .

Si l'on adapte ce modèle à la prise en charge de l'insomnie, l'éducation thérapeutique pourrait permettre aux patients de comprendre la structure du sommeil, les différents types de troubles et leurs origines, mais aussi de les informer sur les hypnotiques et leurs conséquences à moyen et long terme, et de trouver en collaboration avec les professionnels des alternatives au traitement, afin qu'ils deviennent pleinement acteurs du soin.

2. Objectifs

Le but de ce travail a été de rechercher et d'analyser dans la littérature médicale les articles traitant de programmes d'éducation thérapeutique ou apparentés ETP existants et ayant montré leur efficacité dans le traitement de l'insomnie chronique, afin de mettre en évidence leurs caractéristiques.

L'objectif secondaire était de fournir aux professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire de Mauvezin les bases pédagogiques permettant la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique visant à prendre en charge les troubles du sommeil à type d'insomnie.

3. Matériel et méthodes

3.1 Type d'étude

La méthode de recherche choisie a été la revue narrative de littérature, dont le but est « de situer, d'affilier une recherche dans un courant théorique élaboré par d'autres recherches et de prendre position de manière critique par rapport à leur conclusion » (30). Le travail de recherche a été réalisé par une seule chercheuse, l'auteur de cette thèse.

Cette revue narrative de littérature a été réalisée selon un protocole dérivé des recommandations PRISMA (31), à partir de recherches sur les bases de données suivantes : Pubmed, Web of Science, Cochrane, la Base de données en Santé Publique, l'INPES, ainsi que sur le SUDOC, l'archive ouverte HAL, et la littérature grise. Par ailleurs, des mails ont été envoyés à différents organismes (SETE, Société d'Éducation Thérapeutique Européenne et la SCS, Société Canadienne du Sommeil) et aux personnes responsables de centres de documentation en Belgique notamment afin d'élargir les recherches.

Le critère de jugement principal était la qualité de sommeil des patients ayant bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique dans le cadre du traitement de leur insomnie chronique.

3.2 Critères PICOTS

Les critères d'inclusion ont été définis selon les critères PICOTS :

- Population : nous avons sélectionné les adultes sans limite d'âge supérieur, ayant une plainte d'insomnie, prenant ou non un hypnotique. Nous avons exclu les mineurs, ainsi que les personnes présentant des pathologies psychiatriques ou neurologiques non stabilisées pouvant être un frein à leur participation ;
- Intervention : participation à un programme d'éducation thérapeutique individuel ou collectif pour la prise en charge de leur insomnie ;

- Comparateur : soins habituels pour la prise en charge de l'insomnie ;
- Période : nous avons inclus toutes les études disponibles à partir de 1990 et jusqu'à Avril 2018 ;
- Contexte : il n'y pas eu de restriction sur le cadre, les études concernant les patients en ambulatoire ou en hospitalier ont pu être incluses ;
- Critères d'exclusion : les critères d'exclusion étaient les avis d'experts, les recommandations de bonne pratique et les guides thérapeutiques ;

3.3 Équations de recherche

Les articles ont été sélectionnés à partir des équations de recherche suivantes :

Base de données	Équations de recherche
Pubmed	<p>(((((sleep initiation and maintenance disorders[MeSH Terms])) OR (sleep initiation[Title/Abstract] AND maintenance disorders[Title/Abstract]))) OR (((insomnia[MeSH Terms]) OR sleep disorders[Title/Abstract]) OR insomnia[Title/Abstract])) AND (((therapeutic patient education[Title/Abstract]) OR ((patient education as topic[MeSH Terms]) OR education patient[Title/Abstract]) OR therapeutic education program[Title/Abstract])).</p> <p>((patient education as topic[MeSH terms]) OR (patient counselling[Title/Abstract]) AND (insomnia[MeSH terms] OR sleep disorders [Title/Abstract])).</p>
Cochrane	<p>Title/abstracts/key words : « Sleep disorder » AND « education » AND (Search all text) « insomnia .</p> <p>Title/abstracts/key words : « insomnia » AND « education » AND (Search all text) « program » AND « sleep disorders »</p>
Web of science	<p>Title « patient education » AND (topic) « insomnia » OR « sleep disorders »</p> <p>Title « sleep disorders » OR « insomnia » AND (Topic) « education » AND« program »</p>
Banque de données en Santé Publique.	<p>((Insomn*) OU (Sommeil)) ET ((éducation patient) OU (éducation santé) OU (pédagog*))</p>

SUDOC	(((Insomnie) OU (Troubles du sommeil)) ET (éducation thérapeutique) OU (éducation)))
-------	--

La littérature grise a été explorée sur Internet avec Google Scholar, dans les bibliographies des articles déjà sélectionnés et sur les sites Internet des agences sanitaires des pays Francophones et Anglophones (ARS, plate forme OSCARS (32) etc...) Elle a été sondée à partir des mots clés cités précédemment et des suivants : « sleep disorders », « sleep disturbances », « patient counselling », « self-management ».

3.4 Sélection et analyse des articles

Une première sélection des articles issus des différentes bases de données à partir du titre et de l'abstract a été effectuée. Ensuite, les articles sélectionnés ont été lus intégralement permettant d'effectuer un second tri selon les critères PICOTS. En cas de doute sur la sélection ou non d'un document, le docteur Fourcade a analysé certains articles à son tour. Dans un souci de pertinence, les différentes étapes de conception d'un programme d'ETP par l'HAS ont servi de base à l'analyse des résultats (33). Ces derniers ont été retranscrits dans un tableau récapitulatif de manière à les hiérarchiser, et à permettre une meilleure lecture et interprétation (annexe 3). Les données de ce tableau ont ensuite été extraites et comparées, permettant la récupération des informations utiles à la conception d'un programme d'ETP pour la prise en charge de l'insomnie.

3.5 Conflits d'intérêts

L'auteur de cette thèse ne déclare aucun conflit d'intérêt et n'avoir reçu aucun financement ou soutien pour cette revue narrative de littérature.

4. Résultats

4.1 Diagramme de flux

Sur les 636 articles recensés, 78 ont été sélectionnés pour une lecture complète. Après cette lecture, 6 ont été retenus car ils répondaient à la question de recherche. Les motifs d'exclusion des articles sont détaillés dans l'annexe 2. La littérature grise ne nous a permis d'inclure aucun nouvel article. La figure 1 décrit le processus d'inclusion et d'exclusion des articles, ainsi que les raisons ayant motivé ces choix.

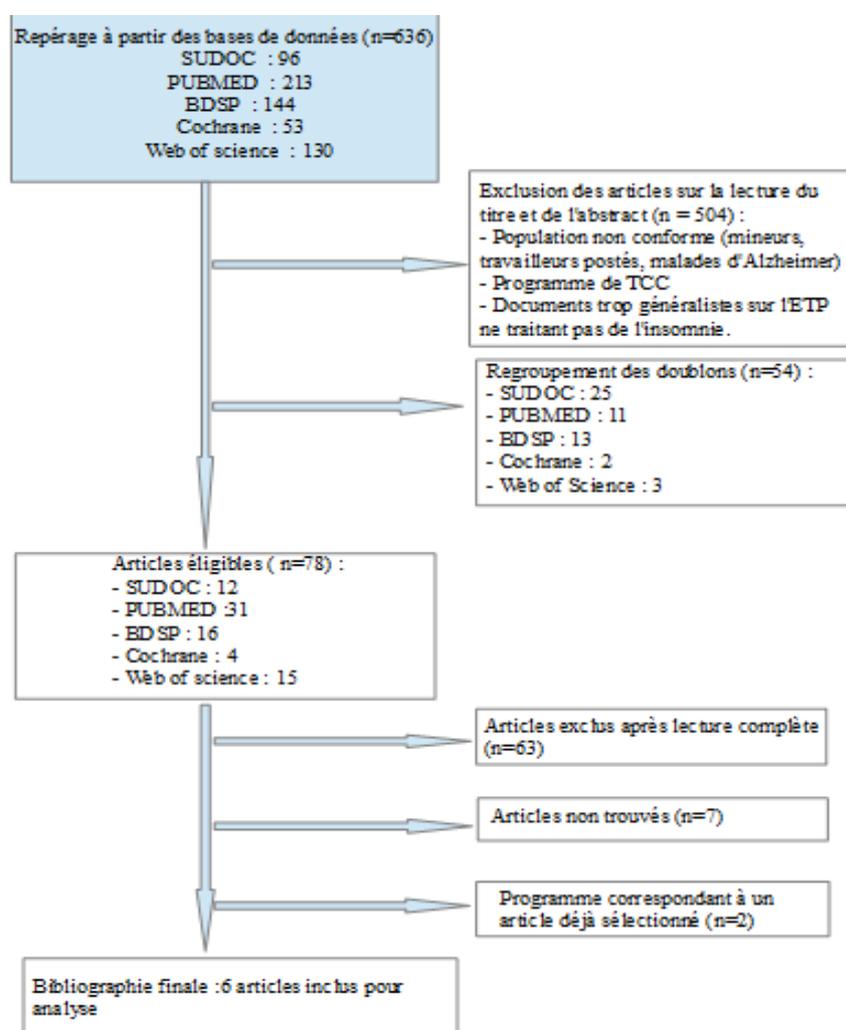


Figure 1 : Diagramme de flux

4.2 Type d'articles

Parmi les documents sélectionnés, nous retrouvons 4 thèses d'exercice de médecine générale soutenues respectivement en 2009 (34), 2011 (35) (36) et 2016 (38) ainsi que 2 articles parus en 2007 dans les revues suivantes :

- la Santé de l'Homme, une revue de l'INPES (38), qui détaille le programme mis en place par le réseau Morphée. Il s'agit d'un réseau national multidisciplinaire qui met en place des actions, des conseils et des consultations pour promouvoir la santé dans le domaine des troubles chroniques du sommeil (39) ;
- La Presse médicale (40). Cet article a été repris dans Gériatrie et Société en 2008 (41), et dans La revue de Gériatrie en 2011(42).

Dans tous les cas, il s'agissait d'études prospectives, monocentriques, non contrôlées, qui décrivaient la mise en place d'actions et/ou de programmes d'éducation thérapeutique pour la prise en charge de l'insomnie chronique.

4.3 Analyse des articles selon les différents points de la HAS

La HAS a élaboré en 2007 un guide méthodologique complet afin d'aider les professionnels de santé à construire des programme d'ETP (33). Celui-ci définit la structure et les différentes étapes de planification d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques. Un programme d'ETP doit répondre à un besoin, définir des objectifs et nécessite une coordination entre les différents acteurs de soins. Cette démarche est bien détaillée dans l'annexe 1. Les différents points de construction d'un programme d'ETP ont servi de base à l'analyse des six articles inclus dans la revue de littérature. Les caractéristiques des programmes inclus sont résumés dans des tableaux de synthèse (annexe 3), et les résultats principaux reportés dans les chapitres suivants.

4.3.1 Structure du programme

Il s'agissait dans tous les cas d'une offre d'ETP initiale, qui contrairement à l'ETP de renforcement ou de suivi correspond au début de la prise en charge éducative, que l'on peut proposer dans l'idéal dès le diagnostic de l'insomnie chronique, et à défaut à tout autre moment de l'évolution si cela n'a pas été fait plus tôt. Le design des programmes était assez variable, les professionnels proposant de 2 à 6 séances d'ETP s'étalant sur une période de 15

jours à 6 mois pour le plus long. La durée des ateliers ou consultations étant également très variable, les programmes réalisés dans le cadre des thèses étaient globalement plus courts que les programmes réalisés par des organismes tels que le réseau Morphée (2h15 à 3h contre 12h à 18h).

4.3.2 Population étudiée

Dans toutes les études, seules les personnes majeures ont été incluses sans limite supérieure d'âge. Le programme d'éducation thérapeutique chez les seniors a inclus uniquement des personnes de plus de 55 ans (40). Les critères d'inclusion supplémentaires étaient les suivants :

- personnes intéressées par le programme sans nécessairement présenter des troubles du sommeil (34);
- personnes se plaignant de troubles du sommeil, consommateurs ou non d'hypnotiques (38) (40);
- personnes consommatrices d'hypnotiques (30) (36) (37).

Les critères d'exclusion étaient :

- personnes souffrantes d'un autre trouble du sommeil : syndrome des jambes sans repos, syndrome d'apnée du sommeil, hyper-somnolence, cécité, travail posté (35) ;
- personnes souffrantes de troubles cognitifs, d'une pathologie psychiatrique, ou prise d'un traitement à visée psychiatrique pouvant interférer avec le sommeil ou limitant la participation au programme (40) (37);
- personnes souffrantes d'une pathologie somatique grave autre pouvant avoir un impact négatif sur la qualité du sommeil (38) (35);
- personnes ne maîtrisant pas la langue Française, ou présentant des troubles sensoriels majeurs compromettant la communication (36), (37);

On ne note pas de critère d'exclusion dans la thèse de J. Hullar (34).

4.3.3 Constitution de l'équipe d'ETP

La HAS prévoit qu'un programme d'ETP doit être composé au minimum de 2 professionnels de santé dont au moins un médecin. Dans les articles analysés, seul le programme de E. Parisot (36) ne respecte pas ce critère car l'étudiante réalise elle-même et seule toutes les séances. Dans les autres programmes, il s'agit de plusieurs médecins (généralistes ou médecins spécialistes du sommeil) (34) (35), ou encore d'une équipe pluridisciplinaire comprenant un ou des médecins et un psychologue (37) (38).

4.3.4 Nombre de participants

L'ARS recommande un nombre minimum de 25 patients inclus par an pour le bon fonctionnement d'un programme. Les programmes organisés dans le cadre de thèses d'exercice ont pu inclure moins de patients que les programmes réalisés par des organismes tels que le réseau Morphée : 55 et 49 contre 15, 9 et 6 patients dans les thèses. Le nombre de patients par session était plus homogène : 6,8 en moyenne dans l'étude du réseau Morphée (38), 10 à 15 pour les ateliers du sommeil chez les seniors (40), 6 dans la thèse de S. Soilhi (37). Les autres étaient des ateliers individuels (36) (35), ou encore des conférences collectives avec un grand nombre de participants (34).

4.3.5 Objectifs principaux et secondaires

Les objectifs principaux définis étaient propres à chacune des études :

- Étudier la faisabilité d'un tel programme (36) (37);
- Évaluer l'impact du programme sur :
 - La qualité du sommeil des participants de manière subjective (40) (34);
 - Le sevrage en hypnotiques (35);

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Évaluation du programme (satisfaction, efficacité en terme d'amélioration de la qualité du sommeil, réceptivité) concernant les études dont l'objectif principal visait à en étudier la faisabilité ou le sevrage en hypnotique (35) (36) (37) ;
- Évaluer l'impact du programme sur la qualité de sommeil de manière objective pour

le programme mis en place chez les seniors (40).

En synthèse, l'ensemble des études avait pour objectif -principal ou secondaire- la faisabilité du programme ainsi que l'évaluation de l'impact d'un tel programme sur la qualité du sommeil.

4.3.6 Diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé (BEP), première étape du processus pédagogique, permet de recueillir des informations qui sont utiles à la personnalisation du programme pour chacun des participants. Parmi les 6 articles sélectionnés, 4 d'entre eux réalisent ce que l'on pourrait définir comme un diagnostic éducatif même si tous les critères ne sont pas remplis. Les programmes de S. Soilhi (37) et de E. Parisot (36) utilisent par exemple des auto-questionnaires que le patient remplit seul, sans consultation initiale avec un soignant. Seul le programme de U. Huck (35) réalise un diagnostic éducatif comme défini dans les recommandations de la HAS, avec entretien individuel au cours des deux premières séances permettant de définir en accord avec le patient des objectifs généraux mais aussi personnalisés.

4.3.7. Contenu des ateliers et méthodes pédagogiques

Les protocoles de chacun des programmes étaient plus ou moins bien détaillés dans les articles ou les thèses, mais nous arrivons malgré tout à comprendre et analyser la trame des programmes d'ETP. Nous voyons se dessiner un fil conducteur commun à tous les protocoles qui est le suivant :

- le début du programme s'attache à apporter des connaissances sur la physiopathologie du sommeil (structure normale du sommeil, horloge biologique, rôle de la lumière et de la nutrition, définition de l'insomnie), les premiers ateliers se terminant par la distribution et des explications sur l'agenda du sommeil (20);
- la place des traitements médicamenteux ou non-médicamenteux est ensuite abordée ;
- les agendas du sommeil sont interprétés avec les patients, de manière souvent interactive dans les programmes collectifs ;

- les premiers conseils donnés aux patients concernent la mise en place de mesures hygiéno-diététiques ;
- des notions de TCC sont souvent abordées : restriction du temps passé au lit et contrôle du stimulus (34) (35) (37);
- selon les protocoles, des séances de relaxation (37), l'élaboration d'un plan de sevrage des médicaments, (34) (35), ou la réalisation d'une nuit sans médicament (38), sont également proposés aux participants ;

Tous ces éléments peuvent être abordés par des biais et moyens différents selon qu'il s'agit d'un programme d'ETP individuel ou collectif, notamment via des ateliers ludiques et interactifs afin que le patient soit acteur du soin et de sa prise en charge. Les méthodes pédagogiques utilisées dans les ateliers sont les suivantes :

- techniques de communication adaptées (reformulation, écoute active, utilisation de questions ouvertes etc...) permettant de nombreux échanges constructifs sur le vécu des patients, leurs expériences, leur représentations ;
- questionnaire ou quiz ludique « vrai-faux » pour aborder les fausses croyances sur le sommeil (34) (37);
- ronde des décisions sur le sommeil à l'aide de cartes de Barrow (43), proposée dans la thèse de la Meuse (36) ;
- diaporama comme support explicatif (37).

4.3.8 Matériel à prévoir

Dans un premier temps, la question du lieu se pose : il peut s'agir de locaux prêtés par la municipalité, de bureaux des cabinets médicaux, ou encore au centre de médecine préventive pour les ateliers du sommeil du réseau Morphée (38). Le matériel nécessaire dépend enfin du type d'activité envisagé : rétro-projecteur, diaporama de type Power-Point®, questionnaires papier, cartes cartonnées pour les quiz ou la ronde des décisions (cartes de Barrow). Dans chacun des programmes, il fallait au minimum imprimer des agendas du sommeil pour les participants, ainsi que d'autres documents écrits souvent donnés au patient au début ou en fin de programme : fiche de présentation du programme, support écrit récapitulatif avec les informations apprises durant la ou les séances et notamment un rappel des mesures hygiéno-diététiques à mettre en place par le patient (36). Pour le programme des seniors de l'Hôtel Dieu à Paris (40), les organisateurs ont dû se munir d'actimètres. Il s'agit de

bracelets qui détectent les accélérations des mouvements du poignet, permettant un enregistrement objectif du rythme veille-sommeil des patients (44).

4.3.9 Méthodes et outils d'évaluation

La dernière étape indispensable dans la construction d'un programme d'ETP est celle de l'évaluation du programme dans sa globalité, mais aussi l'évaluation de chaque atelier de façon individuelle, par les participants. Il s'agit d'évaluer l'acquisition des compétences, mais aussi le déroulement et la pertinence du programme. La plupart des évaluations sont réalisées de façon subjective par des questionnaires remplis par les patients en début et en fin de programme, mais aussi parfois à distance grâce à des rappels téléphoniques (à 3 mois (36), (34) ou à 6 mois (38)). Certains investigateurs n'ont pas souhaité ou n'ont pas pu réaliser d'évaluation à moyen ou long terme, se contentant alors d'une évaluation lors de la dernière séance du programme (40) (35) (37).

4.3.10 Résultats en fonction des objectifs

L'ensemble des études ont atteint leurs objectifs :

4.3.10.1 Faisabilité de l'étude

L'objectif principal des thèses de S. Soilhi (37) et E.Parisot (36) était d'évaluer la faisabilité de mise en place d'un programme d'ETP sur la prise en charge de l'insomnie chronique en ambulatoire. Elles ont toutes les deux conclu qu'un tel programme était réalisable, notamment avec l'aide des secrétaires du cabinet médical pour la prise des rendez-vous (36). Néanmoins, elles rapportent certaines difficultés, notamment dans le recrutement des patients, mais aussi liées au caractère chronophage d'un tel programme, à la fois pour les professionnels de santé, et également pour les patients, d'où des difficultés à faire coïncider les agendas.

4.3.10.2 Bénéfices du programme sur l'insomnie chronique

On note une amélioration significative de la qualité du sommeil chez plus de la moitié des participants dans les thèses de U. Huck (35) (55%). Concernant la thèse de E.Parisot (36), 33% des patients ont vu leur sommeil s'améliorer à 1 mois et 60% à 3 mois. Les résultats sont cependant à pondérer dans la thèse de J.Hullar (34) puisque les patients n'avaient réalisé aucune démarche pour améliorer leur sommeil 1 mois après la fin du programme, puis 1/5 d'entre eux avaient finalement consulté spécifiquement leur médecin traitant pour ce problème d'insomnie à 3 mois. Au contraire, dans l'étude du réseau Morphée (39), l'évaluation à 6 mois retrouve une perte des effets favorables sans communication des chiffres malgré un taux de 92 % des patients ayant l'intention de modifier leur comportements à l'issue du programme. Dans le programme pour les seniors (40), les investigateurs avaient divisé la population en deux catégories : les patients insomniaques selon les critères ICSD3 de l'insomnie et les autres, se plaignant de troubles du sommeil sans critères d'insomnie. Les résultats sont meilleurs chez les insomniaques, de façon subjective mais aussi objective avec une diminution de la latence d'endormissement, une augmentation de l'efficacité de sommeil et du dynamisme matinal. Pour le groupe non insomniaque, le programme a permis une augmentation de la durée du sommeil sans augmentation de l'efficacité du sommeil, de la latence d'endormissement, et une stabilité des éveils nocturnes. Dans la thèse de U. Huck (35), les scores de sévérité de l'insomnie (ISI) ont diminué de 35 à 19 à l'issue du programme, reflétant également une amélioration de la qualité du sommeil.

4.3.10.3 Bénéfices du programme sur la consommation d'hypnotiques

Concernant le sevrage en hypnotiques, on note globalement une intention nette de sevrer à l'issue du programme (100% des patients sont convaincus de l'importance du sevrage dans la thèse d'E.Parisot (36), 5 patients sur 8 souhaitent se sevrer des médicaments dans la thèse de S. Soilhi (37)). Le sevrage en pratique apparaît plus compliqué à mettre en œuvre puisque dans la thèse d'E.Parisot (36), 75% des patients sont toujours consommateurs d'hypnotiques à 3 mois même si 67% sont parvenus à diminuer les posologies. Les résultats sont meilleurs dans le programme mis en place par U.Huck (35) puisque 50% des patients sont parvenus à un sevrage complet à l'issue du programme et 25% à une réduction des posologies de leur hypnotique.

4.3.10.4 Satisfaction des patients

A l'unanimité, tous les programmes d'ETP sur l'insomnie ont été appréciés par les participants. Par exemple, dans la thèse d'E.Parisot (36), 88% des patients ont trouvé un intérêt à la proposition d'ETP, et 56% pensent que l'ETP peut améliorer leur santé et modifier leur habitudes et hygiène de vie.

4.3.11 Limites des programmes

Les principales limites et difficultés rencontrées dans l'élaboration de ces programmes étaient les suivantes :

- faible nombre de participants, en rapport avec la difficulté du recrutement, rencontrée dans toutes les thèses, mais non mentionnée dans l'étude du réseau Morphée et des seniors ;
- absence de pluridisciplinarité (35) (36);
- utilisation partielle ou trop succincte d'outils pédagogiques propres à l'ETP (35) (36) (37);
- absence de groupe contrôle de l'ensemble des études , c'est à dire de l'absence d'un groupe de patients insomniaques qui ne suivraient pas le programme d'ETP mais qui bénéficieraient d'un autre traitement pour leur insomnie (traitement pharmacologique, TCC seul, traitement placebo etc..) ;
- programmes non validés par l'ARS pour les thèses de médecine générale.

5. Discussion

5.1 Matériel et méthodes

5.1.1 Type d'étude

Le choix initial du type d'étude s'était porté sur une revue systématique de littérature, envisagée avec une seule et unique chercheuse, en raison du faible nombre d'articles trouvés sur ce thème. Cependant, le critère d'une double recherche avec mise en commun des résultats de chacun des chercheurs étant primordial, nous avons finalement opté pour une revue narrative, avec une méthode se rapprochant de celle des revues systématiques. L'exhaustivité des résultats ne peut donc pas être assurée.

5.1.2 Forces et limites de la revue

Cette revue de littérature a été réalisée en accord avec les recommandations internationales PRISMA dont les critères ont été respectés, garant d'une rigueur scientifique validée (31). Ainsi, le processus de réalisation de cette revue est clair et transparent.

Les recherches ont été effectuées sur les principales bases de données ainsi que sur la littérature grise, garantissant un bon niveau d'exhaustivité. La grille AMSTAR ou R-AMSTAR de qualité méthodologique ne peut être réalisée car est réservée aux revues systématiques de littérature (45).

Cependant, ce travail présente plusieurs limites :

- les recherches n'ont été effectuées que par une seule personne, alors que les recommandations PRISMA préconisent la participation d'au moins deux chercheurs pour les phases de sélection des articles et d'extraction des données pour réduire les risques de méconnaître certaines études ;
- il existe également une restriction sur le langage car seuls les articles anglophones et francophones ont été étudiés. Et même si peu d'articles ont été exclus pour ce motif, ces éléments peuvent engendrer un biais de publication ;
- les articles inclus dans notre étude s'apparentent plutôt à des séries de cas, sans élément comparatif (cas témoins) ni randomisation, et dont le niveau de preuve

scientifique est bas, avec un grade de recommandation de C selon la HAS (46) .

5.2 Résultats

5.2.1 Réflexions générales sur les résultats

Cette recherche nous a permis de référencer 6 programmes d'ETP sur la prise en charge de l'insomnie. Ce petit nombre de résultats nous a amené à réfléchir à nouveau aux critères d'inclusion/exclusion mais aussi aux équations de recherche. Par ailleurs, les seuls articles inclus sont en Français, relatifs à des études réalisées en France, alors que l'ETP existe ailleurs en Europe et également dans le reste du Monde. Afin de répondre à ces interrogations et de ne pas laisser de côté des résultats pouvant être intéressants, j'ai envoyé des mails à différents organismes ou personnes investis dans l'ETP. Un premier mail a été envoyé à la Société Canadienne du Sommeil : le docteur Bastien, qui s'occupe de la « communication de ce réseau », a répondu qu'il n'existe pas de programme d'ETP sur l'insomnie au Canada, mais que l'accent a été plutôt mis sur les TCC dans lesquelles il existe toutefois une part importante d'éducation. Ils organisent notamment une « Journée annuelle d'éducation dédiée aux TCC ».. Par ailleurs, elle a expliqué que le Collège Royal de médecine Canadienne a reconnu, seulement récemment, que « les troubles du sommeil sont un aspect de l'individu auquel on doit porter attention ». Ceci peut expliquer l'absence de programmes d'ETP dédiés aux troubles du sommeil, développés au Canada.

Le président de la Société d'Éducation Thérapeutique Européenne (SETE), le professeur Deccache, exerçant à Louvain en Belgique, a également conseillé d'élargir la recherche en incluant les TCC qui pour certains ont une structure proche de celle des programmes d'ETP. Selon lui, l'éducation thérapeutique est également très présente en consultation de manière quotidienne, en individuel, mais pas toujours sous forme de programme. Les pays Anglo-saxons sont les pionniers en matière de TCC dans l'insomnie, les programmes sur ce sujet sont très nombreux, ce qui pourrait expliquer le peu de programmes d'ETP retrouvés sur les bases de données.

Ces éléments ont pour effet que la frontière entre TCC et ETP n'est pas toujours clairement établie par les auteurs des articles. Certaines études sont référencées ETP dans le titre alors qu'elles traitent en réalité de TCC, et l'inverse est possible également. Ainsi de nombreux articles inclus sur le titre et le résumé ont été secondairement exclus car ne décrivaient pas véritablement des programmes d'ETP.

Par ailleurs, il existe un certain nombre de « programmes » d'ETP, validés ou non par

l'ARS, construits à l'initiative de médecins ou d'autres professionnels de santé qui n'ont pas fait l'objet d'un article scientifique, dont le protocole et les résultats ne sont pas facilement accessibles. Un exemple proche : la CPAM du Gers a mis en place depuis l'année dernière des ateliers de sommeil ouverts à tous les bénéficiaires. La structure de ces ateliers se rapproche de ceux que l'on peut trouver dans un programme d'ETP même si la CPAM ne suit pas le cahier des charges de la HAS en matière d'éducation thérapeutique, et ne réalise pas de diagnostic éducatif ni de suivi des patients. Sur le site internet OSCAR (32), qui recense les actions d'ETP existantes au niveau national, nous apprenons que d'autres caisses d'assurance maladie ou municipalités ont également mis en place ce type de programme ou de conférence sur le sujet (42).

Après discussion avec notre directeur de thèse, nous avons décidé de ne pas modifier les critères d'inclusion, et ainsi d'inclure dans l'étude uniquement les programmes d'ETP, excluant l'ETP informelle. En effet, cette dernière est impossible à rechercher de manière exhaustive. Nous avons également décidé de ne pas inclure les nombreux articles traitant de TCC, dont la démonstration de leur faisabilité en ambulatoire et de leur efficacité n'est plus à faire, mais qui ne correspondaient pas stricto-sensu à la question posée. De plus, le nombre de TCC sur l'insomnie dans la littérature est considérable, des centaines d'articles auraient dû être inclus, réduisant l'intérêt de cette revue narrative sur l'ETP dans la prise en charge de l'insomnie.

5.2.2 Actualisation des recherches

Afin d'améliorer l'exhaustivité de notre revue de littérature et de ne pas méconnaître un article récent sur le sujet, de nouvelles recherches sur les bases de données ont été réalisées en Octobre 2018. Au cours de cette recherche, nous avons trouvé une publication de Juin 2018 parue dans la revue « Neurophysiologie Clinique », qui évoque l'existence d'un programme d'ETP sur la prise en charge de l'insomnie (48), sans la détailler. Un mail a été envoyé au docteur Neuman, la référente de ce programme, qui a répondu ne pas avoir à ce jour davantage de publication sur le sujet. Cet article n'aurait donc pas pu être inclus dans l'étude, par manque d'information sur ce programme.

5.3 Mise en application des résultats pour le programme d'ETP de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Mauvezin

5.3.1 Démarches de mise en place d'un programme d'ETP

Grâce à cette revue de littérature, nous avons pu constater que les programmes d'ETP pour la prise en charge de l'insomnie étaient réalisables en ambulatoire, et avaient des retombées positives sur les patients et la qualité de leur sommeil. Ces résultats nous ont permis de réfléchir en détail à la structure et au contenu de notre propre programme, qui sera mis en place à la MSP de Mauvezin, dans le Gers.

Cependant, et avant qu'un programme d'ETP soit validé, il est nécessaire de remplir une demande d'autorisation détaillant les modalités du programme et de l'envoyer à l'ARS correspondante. Le dossier est téléchargeable sur les sites des différentes ARS (49).

5.3.2 Contenu du programme.

5.3.2.1 Diagnostic éducatif

L'OMS définit le diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé (BEP) comme la « première étape du processus pédagogique ». Nous avons noté que celui-ci n'a pas été correctement réalisé dans la majorité des articles de la revue de littérature. Les raisons de ce choix n'ont pas été détaillées dans les articles. Il s'agissait probablement de difficultés d'organisation ou d'un manque de temps, le diagnostic éducatif ayant été parfois remplacé par des auto-questionnaires, pour lesquels la présence d'un soignant n'est pas requise. Il est pourtant acquis que cette première étape est indispensable à la conduite d'un programme d'ETP comme l'explique le docteur Traynard, formateur en ETP à Paris (38). Il propose des techniques d'élaboration du BEP, en détaillant les dimensions à explorer, en adéquation avec le modèle d'Ivernois et Gagnayre, pionniers de l'ETP : bioclinique, socio-professionnelle, cognitive ou pédagogique, psycho-affective et motivationnelle (51). En adaptant ce modèle aux troubles du sommeil, les questions pourraient être les suivantes :

- Parlez-moi de votre insomnie, comment se manifeste-t-elle ? (dimension biomédicale) ;
- Comment gérez-vous vos troubles du sommeil dans votre travail ? Et dans vos

loisirs ? (dimension socio-professionnelle) ;

- A votre avis, l'activité physique et l'alimentation peuvent-ils avoir une influence sur votre insomnie ? (dimension cognitive) ;
- Comment vous sentez-vous aujourd'hui, sur le plan personnel ? (dimension psycho-affective) ;
- Quels sont vos rêves, vos projets pour l'avenir ? Pensez-vous pouvoir y parvenir ? (dimension motivationnelle).

On remarquera l'utilisation de questions ouvertes de manière à favoriser la participation active du patient.

La réalisation d'échelles subjectives pour évaluer la gravité de l'insomnie, la typologie circadienne du patient, l'existence éventuelle de traits anxio-dépressifs et les répercussions sur la vie quotidienne pourrait également être intéressante : Échelle d'Epworth (52), Index de sévérité de l'insomnie (ISI) (53), échelle de croyances et attitude concernant le sommeil (CAS-16) (54), échelle de chronobiologie de Horne et Otsberg (55), échelle d'anxiété Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (56) , échelle de fatigue de Pichot (57).

Enfin, la dernière étape du diagnostic éducatif resterait la formulation avec le patient des objectifs personnels, des compétences à acquérir, à mobiliser et à maintenir en fonction de ses priorités.

5.3.2.2 Mesures hygiéno-diététiques

L'insomniaque met en place des comportements et des mauvaises habitudes qui entretiennent l'insomnie. Il est important que le patient modifie ses comportements pendant un temps suffisant, afin que les habitudes et le nouveau rythme s'installent. C'est dans cet objectif qu'il faut aider l'insomniaque à comprendre les mécanismes du sommeil et à trouver des solutions pour lui faire accepter les changements d'horaires et de comportements (2). L'ETP de groupe est intéressante dans ce contexte puisque les patients qui mettent en place une consigne (par exemple de ne pas regarder l'heure la nuit en cas de réveil) transmettent aux autres un message positif beaucoup plus convaincant que le discours du thérapeute. Il s'agit donc dans la construction de l'atelier de laisser les patients deviner eux-mêmes les astuces pour améliorer leur sommeil et les partager, par exemple sous forme de « jeu » ou de « vrai/faux ». Une ordonnance comportementale peut également être délivrée au patient pendant ou à la fin de la séance, avec quelques règles simples à tester avant la séance

suivante. Le docteur Mullens, somnologue à Castres a créé en 2010 une pièce de théâtre dans laquelle il aborde de façon ludique les bonnes et mauvaises habitudes en matière de sommeil (58). Cette façon originale d'apprendre pourrait également être incorporé à un protocole d'ETP sur la prise en charge de l'insomnie.

Les mesures hygiéno-diététiques principales à mettre en place sont les suivantes (59):

- éviter les siestes longues (supérieures à 30 minutes) et trop tardives (après 16h) ;
- dormir selon ses besoins mais pas davantage ;
- adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher ;
- limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher ;
- éviter les excitants (café, thé, soda), la nicotine et l'alcool, principalement après 17h ;
- pratiquer un exercice physique dans la journée, mais en général pas après 17h ;
- éviter les repas trop copieux le soir.

Ces règles peuvent parfois suffire à restaurer le sommeil, en cas d'insomnie légère sans comorbidité. Toutefois, elles ne peuvent prétendre permettre, à elles seules, de résoudre un problème d'insomnie modéré à sévère. Elles doivent alors être associées à d'autres mesures thérapeutiques.

5.3.2.3 Importance des thérapies cognitivo-comportementale

Les TCC ou CBT (Cognitive Behavioral Therapy) sont le Gold standard en matière d'insomnie avec ou sans co-morbidités (23). Charles Morin, psychologue Canadien est l'un des précurseurs des TCC en matière de sommeil, dont les principes tels que la restructuration cognitive et la modification des comportements s'adaptent très bien à l'ETP, car ayant la méthode pédagogique et éducative comme dénominateur commun (60).

Dans ce contexte, il paraît donc dans ce contexte impensable d'imaginer un protocole d'ETP sur la prise en charge de l'insomnie, sans inclure au minimum les bases de TCC. Cependant, les animateurs du programme ne sont pas spécifiquement formés à la TCC, il ne s'agit donc pas de prétendre à une véritable thérapie telle que pourraient le faire des psychologues formés.

Les deux grands principes de TCC pouvant être mis en place dans un programme d'ETP sont les suivants (2):

– Restriction du temps passé au lit

- après avoir noté le temps de sommeil sur un agenda du sommeil tenu pendant au moins 15 jours, on calcule le temps moyen de sommeil. On accorde au patient un temps passé au lit égal à cette durée ;
- on fixe une heure constante de lever, et on définit une heure de coucher pour que le temps passé au lit respecte le temps moyen calculé préalablement ;
- dans le cas où l'efficacité du sommeil ne s'améliore pas au bout de 10 jours, le temps passé au lit est réduit de 15 minutes supplémentaires ; le temps passé au lit ne doit jamais descendre en dessous de 5 heures ;
- lorsque l'efficacité du sommeil calculée sur l'agenda s'améliore à 85% et reste stable d'un jour à l'autre, le temps passé au lit peut être augmenté de 15 minutes, en permettant au patient d'aller se coucher 15 minutes plus tôt ;
- les siestes sont interdites ;
- le but est d'augmenter la pression de sommeil pour diminuer la latence d'endormissement et ainsi l'efficacité du sommeil, qui se calcule par le rapport entre le temps de sommeil et le temps passé au lit ;
- la technique est efficace mais difficile au début en raison d'une privation nette de sommeil avec des conséquences éventuelles sur la vigilance, se traduisant par une somnolence diurne ;

– Contrôle du stimulus

- il est basé sur le principe du renforcement du conditionnement positif qui se crée entre l'environnement du sommeil constitué par la chambre à coucher et le lit, d'une part, et le sommeil lui-même de l'autre. Les consignes à respecter sont les suivantes ;
- se mettre au lit uniquement lorsqu'on est somnolent, et non pas simplement fatigué ;
- se lever du lit lorsqu'on n'arrive pas à dormir (après 20 minutes), aller dans une autre pièce, et ne retourner au lit que lorsque l'envie de dormir se fait à nouveau sentir ;
- s'interdire toute activité incompatible avec le sommeil lorsqu'on est au lit : ne pas manger, ne pas regarder la télévision, ne pas écouter la radio, ou tenter ou prévoir

de résoudre un problème dans le lit ;

- se lever à heure régulière, quelle que soit la quantité de sommeil de la nuit précédente ;
- éviter de faire une sieste;

5.3.2.4 Techniques alternatives et complémentaires

Certaines études ont montré que 1 adulte sur 5 souffrant d'insomnie utilise des techniques de relaxation et 45% des insomniaques ont utilisé des méthodes alternatives (61). Ces méthodes alternatives ou plutôt complémentaires n'ont que peu d'efficacité si elles sont utilisées de manière isolée mais leur utilité dans le cadre d'une psychothérapie plus globale ou d'un programme d'ETP semble intéressante. Il existe autant de méthodes que de thérapeutes, mais nous n'aborderons ici que la relaxation et la sophrologie, puisqu'une sophrologue va participer au programme d'ETP de Mauvezin. Ces méthodes ont démontré leur efficacité dans la prise en charge de l'insomnie dans différentes études (62) (63) :

- le training autogène de Schultz, ou méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative (64) est une des techniques les plus couramment utilisée dans le traitement de l'insomnie. Il s'agit d'une démarche d'auto-hypnose dans laquelle le sujet doit visualiser mentalement la décontraction de son propre corps afin d'obtenir une sensation de détente et de relâchement des tensions.
- la méthode de relaxation de Jacobson (65), qui repose sur un principe selon lequel il existe une relation entre les émotions et le degré de tension neuromusculaire. Ainsi, on agit sur la tension musculaire pour obtenir un degré de détente psychique.

5.3.2.5 Dimension cognitive et psychiatrique

Comme l'explique Spielman dans son modèle en 1987, l'insomnie chronique débute par un facteur précipitant (deuil, situation anxiogène etc...) chez un patient présentant des facteurs prédisposants aux troubles du sommeil (66). Les liens entre troubles du sommeil et comorbidités psychiatriques ont été démontrés dans différentes études socio-démographiques et notamment celle du baromètre Santé de l'INPES, dans laquelle les personnes aux antécédents de syndrome dépressif, d'état anxieux ou ayant des idées suicidaires sont

significativement plus touchés par les troubles du sommeil (3). Ces éléments sont naturellement à prendre en considération dans la prise en charge de l'insomnie, puisque la modification de l'hygiène de vie du sommeil et/ou la pratique de méthodes comportementales ne pourront pas à elles seules résoudre ces problèmes d'ordre psychologique, voire psychiatrique. De plus, les ateliers collectifs d'éducation thérapeutique favorisant la prise de conscience, la réflexion et les interactions dans le groupe peuvent faire remonter en surface des problèmes personnels propre à chaque participants, constituant un des facteurs de leur insomnie. Dans ce contexte, il peut paraître important de proposer aux patients une consultation individuelle avec leur médecin généraliste, ou encore avec un psychiatre à l'issue du programme, avec mise en place si nécessaire d'une psychothérapie de soutien et/ou d'une prise en charge médicamenteuse.

5.3.2.6 Proposition d'un protocole détaillé

Les tableau suivant s'apparente au tableau synoptique de description des ateliers, demandé par l'ARS dans le dossier de demande d'autorisation pour un programme d'ETP.

Séance	Compétences d'acquisition visées	Objectifs spécifiques	Durée	Qualification des intervenants	Techniques pédagogiques
Physiologie du sommeil	Auto-soins	Apprendre les principes généraux du sommeil	1h	Médecin ou IDE	Locomotive du sommeil (67), exposé interactif.
Règles d'hygiène du sommeil	Adaptatives	Réfléchir aux bonnes et mauvaises habitudes relatives au sommeil	1h	Médecin ou IDE ou pharmacien	Cartes de vrai-faux sous forme de devinettes, élaboration d'une ordonnance comportementale personnalisée
Agendas du sommeil (68)	Auto-soins	Savoir remplir un agenda du sommeil.	30 min	Médecin ou IDE ou pharmacien	Exposé interactif
Agendas du sommeil	Adaptatives	Analyser les résultats de l'agenda	30 min	Médecin ou IDE	Discussion interactive modérée

					par l'animateur
Notions de TCC	Auto-soins Adaptatives	Apprendre et mettre en œuvre des solutions alternatives	1h	Psychologue ou médecin.	Exposé interactif
Initiation au sevrage (atelier facultatif)	Adaptatives	Apprendre les principes et méfaits des somnifères, et mettre en œuvre un plan de sevrage.	1h30	Pharmacien	Exposé interactif puis notion de sevrage avec les cartes de Barrows
Agendas du sommeil	Adaptatives	Analyser les résultats de l'agenda et retour sur les difficultés éventuelles.	1h	Médecin ou IDE	Discussion de groupe modérée par l'animateur
Séance de relaxation/sophrologie	Adaptatives	Participer à une séance de sophrologie	30 min	Sophrologue	Participation de tout le groupe.
Synthèse	Analyser	Partager les expériences et évaluer le programme suivi	1h	Médecin ou IDE	Discussion interactive modérée par l'animateur, étoile d'auto-évaluation

6. Conclusion

Les troubles du sommeil à type d'insomnie sont une réelle problématique de santé à laquelle doit faire face notre système de soins. Les praticiens du premier recours sont les médecins les plus sollicités par les patients mais sont peu formés à ce problème. Malgré tout, des programmes d'éducation thérapeutique du patient existent et pourraient être une réponse adaptée. Une revue narrative de la littérature a recensé les programmes d'éducation thérapeutique existants pour la prise en charge de l'insomnie chronique. Après exploration de plusieurs bases de données et de la littérature grise, six articles répondent aux critères d'inclusion, tous concernant des programmes réalisés en France.

Les programmes d'ETP des articles inclus ont été analysés selon les différents points de la HAS concernant la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique. Cela a permis de mettre en évidence que ce type de programme est envisageable en ambulatoire et apporte des résultats significatifs sur la qualité de sommeil des participants.

Un programme d'ETP sur la prise en charge de l'insomnie devrait voir le jour dans la maison de santé de Mauvezin, dans le Gers. Celui-ci pourrait intégrer les idées suivantes :

- la notion de pluridisciplinarité comme garante de la prise en charge globale du problème d'insomnie chez les patients
- mise en place d'ateliers sur des thèmes tels que la physiologie du sommeil, l'hygiène du sommeil, l'apprentissage de techniques de thérapies cognitivo-comportementale, la gestion du stress
- l'accompagnement du patient sur plusieurs semaines, avec un suivi par les agendas du sommeil, permettant une participation active du patient dans sa prise en charge.

Ces notions pourront servir de support lorsque la demande d'autorisation à l'ARS sera effectuée.

Dans la continuité de cette revue de littérature, un travail de recherche futur pourrait s'attacher à décrire les différentes étapes de construction de ce programme et d'en recueillir les premiers résultats.

7. Bibliographie

1. Beck F, Leger D. 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. BEH. nov 2012;(44-45):497-501.
2. Royant-Parola Sylvie, Brion Agnès, Poirot Isabelle. Prise en charge de l'insomnie. Elsevier Masson. 2017. 237 p. (MédiGuides).
3. Beck F, Leger D. Troubles du sommeil: caractéristiques sociodémographiques et comorbidités anxiodépressives. Étude (Baromètre santé INPES) chez 14 734 adultes en France. Rev Neurol (Paris). 1 nov 2009;165(11):933-42.
4. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella J-P, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 déc 2011;59(6):409-22.
5. Viot-blanc V. Durée de sommeil et métabolisme. Rev Mal Respir. déc 2015;32(10):1047-58.
6. Deng H-B, Tam T, Zee BC-Y, Chung RY-N, Su X, Jin L, et al. Short Sleep Duration Increases Metabolic Impact in Healthy Adults: A Population-Based Cohort Study. Sleep. 1 oct 2017;40(10).
7. Garbarino S, Magnavita N, Guglielmi O, Maestri M, Dini G, Bersi FM, et al. Insomnia is associated with road accidents. Further evidence from a study on truck drivers. PLoS ONE [Internet]. 31 oct 2017 [cité 16 mai 2018];12(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5663450/>
8. Barger LK, Rajaratnam SMW, Wang W, O'Brien CS, Sullivan JP, Qadri S, et al. Common sleep disorders increase risk of motor vehicle crashes and adverse health outcomes in firefighters. J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med. 15 mars 2015;11(3):233-40.
9. INPES. Les Français et leur sommeil [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/08/dp080310.pdf>
10. Kalmbach DA, Pillai V, Drake CL. Nocturnal insomnia symptoms and stress-induced cognitive intrusions in risk for depression: A 2-year prospective study. PLoS ONE [Internet]. 13 févr 2018 [cité 16 mai 2018];13(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5810998/>
11. Hung C-M, Li Y-C, Chen H-J, Lu K, Liang C-L, Liliang P-C, et al. Risk of dementia in patients with primary insomnia: a nationwide population-based case-control study. BMC Psychiatry. 07 2018;18(1):38.
12. Soucise A, Vaughn C, Thompson CL, Millen AE, Freudenheim JL, Wactawski-Wende J, et al. Sleep quality, duration, and breast cancer aggressiveness. Breast Cancer Res Treat. juill 2017;164(1):169-78.

13. Leger D. Prévalence de l'insomnie : actualité épidémiologique Prevalence of insomnia: Epidemiological update. *Médecine Sommeil*. 2010;7(4):139-45.
14. Ouhayoun S. Etude de pratique sur les alternatives thérapeutiques médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés prescrites dans l'insomnie par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2015.
15. Trockel M, Karlin BE, Taylor CB, Manber R. Cognitive Behavioral Therapy for insomnia with Veterans: evaluation of effectiveness and correlates of treatment outcomes. *Behav Res Ther*. févr 2014;53:41-6.
16. Wang MY, Wang SY, Tsai PS. Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: a systematic review. *J Adv Nurs*. juin 2005;50(5):553-64.
17. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen PL, Brar LK, Fletcher ME, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med*. 23 mai 2011;171(10):887-95.
18. Haute Autorité de Santé - Prise au long cours d'hypnotiques-anxiolytiques [Internet]. [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937781/fr/prise-au-long-cours-d-hypnotiques-anxiolytiques
19. HAS. Haute Autorité de Santé - Schéma - Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : Démarche du médecin traitant en ambulatoire [Internet]. 2015 [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2039094/fr/schema-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire
20. Réseau Morphée. Agenda du sommeil [Internet]. 2009 [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: http://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/01/agenda_2p.pdf
21. Blanchier Hélène. Représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique de l'adulte. Mise en perspective avec les recommandations de la HAS de 2006. [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2017.
22. ANSM. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2015 [cité 6 juin 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
23. HAS. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. 2006.
24. Apprendre les Thérapies Emotionnelles Comportementales Cognitives et (TCC ou TECC) [Internet]. Apprendre les TCC. [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/>
25. Smith MT, Neubauer DN. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia. *Clin Cornerstone*. 2003;5(3):28-40.

26. Engle-Friedman M, Bootzin RR, Hazlewood L, Tsao C. An evaluation of behavioral treatments for insomnia in the older adult. *J Clin Psychol.* janv 1992;48(1):77-90.
27. Béguin F. Le remboursement des consultations chez le psychologue est expérimenté. 23 avr 2018 [cité 10 nov 2018]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/04/23/le-remboursement-des-consultations-chez-le-psychologue-est-experimente_5289147_1651302.html
28. OMS. Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins. 1998.
29. HAS. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
30. La revue de littérature [Internet]. 2015 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: http://edutechwiki.unige.ch/fr/La_revue_de_litt%C3%A9rature
31. Gedda. M. Traduction Française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses [Internet]. Elsevier-Masson; 2015. Disponible sur: <http://udsmmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-PRISMA.pdf>
32. Oscars ETP, Programmes d'éducation thérapeutique autorisés - Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: http://www.oscarsante.org/occitanie/oscars_etp/index.php
33. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champs des maladies chroniques. [Internet]. 2007 [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
34. Hullar J. Impact d'une démarche d'éducation thérapeutique de groupe mise en oeuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2009.
35. Huck Ü. Education thérapeutique et sevrage en hypnotique: Evaluation d'une première formation aux professionnels de santé et de son application en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2011.
36. Parisot, Emeline. Impact d'une intervention d'éducation thérapeutique individuelle dans le sevrage des hypnotiques chez l'adulte. Étude prospective en cabinet de médecine générale. [Thèse d'exercice]. Nancy; 2011.
37. Soilhi. Apports d'une intervention psycho-éducative de groupe dans la prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte, en soins primaires: étude prospective en cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine et pharmacie de Rouen; 2016.
38. Bessias H-P. Ateliers du sommeil : une alternative aux médicaments. *Éduq Au Sommeil.* 04 2007;(388):40-1.
39. Réseau Morphée. Un réseau de santé consacré aux troubles du sommeil [Internet].

Réseau Morphée. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <http://reseau-morphee.fr/>

40. Gauriau C, Raffray T. Les troubles du sommeil peuvent être objectivement améliorés chez les séniors par un programme personnalisé d'éducation à la santé. *Presse Med.* 2007;36(17):1721-31.
41. Corman B, Lauque S, Teillet L. Les programmes d'éducation à la santé semblent efficaces pour bien vieillir. *Gérontologie Soc.* 2008;(125):105-19.
42. Corman B, Lauque S, Ghout I, Devos J. Un programme global d'éducation à la santé améliore durablement les comportements de santé et modifie la consommation de soins des seniors. *Rev Geriatr.* mai 2011;36(5):295-308.
43. INPES. Boîte à outils pour les formateurs en éducation du patient. Ronde des décisions. [Internet]. 2008 [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <http://outils-formateurs-education-patient.inpes.fr/activites/c8q2s2.php?id=8>
44. Réseau Morphée. Les examens du sommeil [Internet]. Réseau Morphée. [cité 10 nov 2018]. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/comment-explorer-le-sommeil>
45. Zaugg V, Savoldelli V, Sabatier B, Durieux P. Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des revues systématiques. *Santé Publique.* 5 déc 2014;26(5):655-67.
46. HAS. Niveaux de preuves scientifique [Internet]. 2013 [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUNP_02.HTM
47. Bien vivre son sommeil - A Menton - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.oscarsante.org/national/action/detail/10289?libre=sommeil&from=0&size=20&types%5B0%5D=etp&types%5B1%5D=sante&types%5B2%5D=travail&modeResultats=tableau®ionUrl=national>
48. Neuman.S. Education thérapeutique du sommeil : de la théorie à la pratique. *Neurophysiol Clin.* juin 2018;48(3):137.
49. Education thérapeutique du patient [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-4>
50. Traynard P-Y. Le diagnostic éducatif. Une bonne idée pour évoluer. *Médecine Mal Métaboliques.* févr 2010;4(1):31-7.
51. Ivernois, Gagnayre. Éducation thérapeutique chez les patients pluripathologiques Propositions pour la conception de nouveaux programmes d'ETP. *Ther Patient Educ.* 2013;5(1):201-4.
52. L'échelle de somnolence d'Epworth [Internet]. ISCA. 2014 [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.infosommeil.ca/epworth/>
53. Norm M-Z, in. Sévérité de l'insomnie [Internet]. Fondation Sommeil - Troubles du sommeil. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <https://fondationsommeil.com/test-severite-insomnie/>

54. TMES. Echelle de croyances et attitudes concernant le sommeil (CAS 16) [Internet]. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.tmes.fr/declitpratis/croyances.html>
55. Questionnaire de matinalité et de vespéralité [Internet]. Réseau Morphée. [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/quel-dormeur/soir-matin/questionnaire-de-typologie-circadienne-de-horne-et-ostberg>
56. Zigmond, Snaith. Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale. 1983.
57. Echelle de fatigue de Pichot [Internet]. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <http://neurobranches.chez-alice.fr/echelles/pichot.html>
58. Mullens E. PIECE DE THEATRE SOMMEIL Dr MULLENS MARS 2010 [Internet]. Dailymotion; 2010 [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.dailymotion.com/video/xe46y8>
59. Haute Autorité de Santé - Vidéos - Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet très âgé - Dr Sylvie Royan-Parola [Internet]. 2009 [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_733465/videos-ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-tres-age-dr-sylvie-royant-parolla
60. Beaulieu-Bonneau, Fortier-Brochu, Morin CM. Prise en charge comportementale de l'insomnie chronique. *Médecine Sommeil*. 2007;Année 4:4-10.
61. Bertisch SM, Wells RE, Smith MT, McCarthy EP. Use of relaxation techniques and complementary and alternative medicine by American adults with insomnia symptoms: results from a national survey. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 15 déc 2012;8(6):681-91.
62. Delatte E. Prévention des troubles du sommeil des seniors par la sophrologie. *NPG-Neurol-Psychiatr- Gériatrie*. 2013;13:280-5.
63. Bowden A, Lorenc A, Robinson N. Autogenic Training as a behavioural approach to insomnia: a prospective cohort study. *Prim Health Care Res Dev*. avr 2012;13(2):175-85.
64. Général A in, Pratiques. Le training autogène de Schultz [Internet]. Sophrologie Pratique. 2011 [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.sophrologie-pratique.com/training-autogene-schultz/>
65. Méthode de relaxation Jacobson, une technique différentielle [Internet]. Sophrologie pratique. 2012 [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.sophrologie-pratique.fr/dossier-sophrologie/relaxation-jacobson.php>
66. Jasvinder. What is the Spielman model of chronic insomnia? [Internet]. Medscape. 2018 [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.medscape.com/answers/1187829-70509/what-is-the-spielman-model-of-chronic-insomnia>
67. Tout sur le cycle de sommeil 4 questions [Internet]. ODBI Life. 2013 [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <https://life.odbi.fr/tout-sur-le-cycle-de-sommeil-4-questions/>
68. Réseau Morphée. Agenda du sommeil et de la vigilance [Internet]. Réseau Morphée. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <http://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles->

informations/insomnies-apnees/insomniaque/comment-explorer-linsomnie/agenda-sommeil

Annexe 1 : Intégration de la démarche d'ETP et de soins dans la maladie chronique

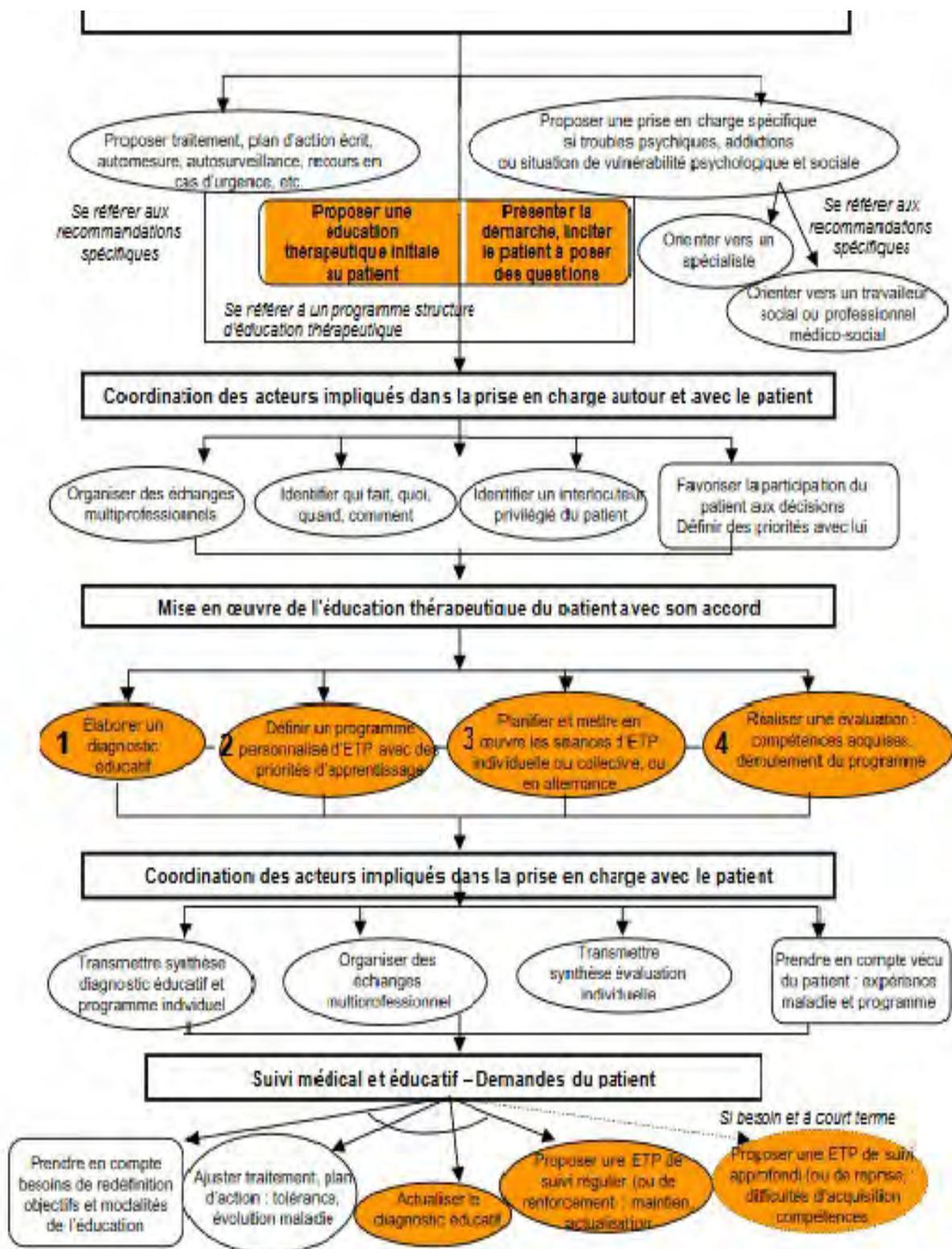


Figure 1. Intégration de la démarche d'éducation thérapeutique du patient (ETP) à la stratégie thérapeutique et de soins dans le champ de la maladie chronique. Les étapes en orange sont spécifiques de la démarche d'ETP.

Annexe 2 : Liste des articles sélectionnés par les équations de recherches :

1- The effect of sleep health behavioral education on the depression of pregnant women with sleep disorders : a randomized control trial. Iran 2015	Critère de jugement sur l'amélioration du syndrome dépressif, non sur le sommeil.
2- Psychosocial interventions for benzodiazepines harmful use, abuse or dependance. Irlande 2014	ETP sur sevrage BZD uniquement, pas de traitement du sommeil
3- Person-directed, non pharmacological interventions for sleepiness at work and sleep disturbances caused by shift-work. Allemagne 2015	Insomnie secondaire au travail posté uniquement.
4- Le sommeil, un enjeu pour les soignants et les patients. France 2011	Insomnie secondaire au travail posté
5- Traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie chronique. France 2006	TCC seulement, pas d'ETP.
6- Mise en place de thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans le traitement de l'insomnie chronique en cabinet libéral de ville: étude prospective. France 2013	TCC seulement, pas d'ETP
7- Self-referral to group cognitive behavioural therapy : Is it effective to treating chronic insomnia. France 2016	TCC seulement, pas d'ETP
8- Cognitive behavioral therapy for insomnia with veterans : evaluation of effectiveness and correlates of treatment outcomes. USA 2013	TCC seulement pas d'ETP
9- Effect of a web-based CBT for insomnia intervention with 1 year follow-up. A randomised clinical trial. USA 2017.	TCC via internet, pas d'ETP.
10- Digital CBT for insomnia vs sleep hygiene education : the impact of improve sleep on functional health, quality of life and psychological well-being. Angleterre 2016	TCC via internet, pas d'ETP
11- Sleep management training for cancer patients with insomnia. Allemagne 2004.	Population trop restreinte patients cancéreux, biais de sélection .

12- CCBT vs Tai chi for late life insomnia and inflammatory risk : a randomized controlled comparative efficacy trial. USA 2014	TCC sans ETP et Pratique du Tai chi.
13- Cognitive refocusing treatment for insomnia : a randomized controlled trial in university students. Italie 2013	TCC chez étudiants pas d'ETP.
14- An evaluation of behavioral treatment for insomnia in the olders adults. USA 1992	Comparaison de différentes méthodes comportementales.
15- Effectiveness of short educational intervention in patients with insomnia in primary care. Espagne 2014	Article en Espagnol
16- The development, implementation and an evaluation of a behavioral medicine insomnia program in a medical setting. USA 2005	Résumé seul, article non trouvé
17- Sleep hygiene training program for patients in hemodialysis. Iran 2014	TCC et population trop restreinte patients hémodialysés.
18- Combining mindfulness meditation with CBT for insomnia : a treatment development study. USA 2008.	TCC et méditation pleine conscience, pas d'ETP
19- Mindfulness based intervention to treat insomnia in elderly people. 2014	Résumé seul, article non trouvé
20- How mindfulness changed my sleep : focus group with chronic insomnia patients. USA 2014	Méditation pleine conscience pas d'ETP.
21- Sleep education for paradoxical insomnia. USA 2011.	Ne concerne que les insomnies paradoxales.
22- Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use : cluster randomised controlled trial in primary care. Angleterre 2014	Pas de description des interventions et traite surtout sevrage BZD.
23- Efficacy of a short term psychoeducational intervention for persistent non-organic insomnia in severely mentally ill patients : a pilot study. Italy 2005	Population restreinte aux patients avec pathologies psychiatriques.
24- Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among olders adults through direct patient education. USA 2014.	Concerne le sevrage en BZD seul, pas le sommeil.
25- Sleep restriction therapy and hypnotic withdrawal vs sleep hygiene education in hypnotic using patients with	TCC seul, pas d'ETP

insomnia. USA 2010	
26- Evaluation of an internet based self-help program for better quality of sleep among japanese workers. Japon 2008	Population restreinte de travailleurs, et TCC sur internet.
27- Randomized controlled trial on the effect of a combined sleep hygiene education and behavioral approach program on sleep quality. Japon 2012	Population restreinte de travailleurs japonais
28- Non pharmacological group treatment of insomnia : a preliminary study with cancers survivors. Canada 2001	Population trop restreinte de patients atteints de cancer.
29- CBT group as an early intervention for insomnia. USA 2005	TCC, pas d'ETP
30- Efficacy of a brief behavioral treatment for chronic insomnia in olders adults. USA 2011	TCC , pas d'ETP
31- Effect of sleep hygiene education on sleep quality in hemodialysis patients. Iran 2016	Population trop restreinte de patients hémodialysés.
32- Practice nurse management of insomnia in the multidisciplinary sleep WA clinic. Australie 2016	Résumé de l'article seulement.
33- Implementing a sleep health education and sleep disorders screening program in fire department. USA 2016.	Population trop restreinte de pompiers.
34- The treatment of insomnia throught mass media, the result of a televised behavioural training program. Hollande 1997.	Conférence TV d'information sur le sommeil.
35- Cognitive behavioural therapy for insomnia in olders veterans using non clinician sleep coaches : randomized controlled trial. Suède 2005	TCC
36- Evaluation of a brief control program of CBT for insomnia in olders adults. Australie 2014	TCC et restriction du temps passé au lit. Pas d'ETP
37- Behavioural treatment of insomnia : the wilford hall insomnia program. USA 2000	Population restreinte de militaires.
38- A "Sleep 101" Program for College Students Improves Sleep Hygiene Knowledge and Reduces Maladaptive Beliefs about Sleep. USA 2016	Article introuvable.
39- Psychological and behavioral treatment of insomnia:update of the recent evidence. USA 2006.	Aspect psycho et TCC. Pas d'ETP.

40- Sleep compression and sleep education for older insomniacs : self-help vs therapist guidance. USA 1995	Article introuvable. Trop vieux ?
41- CBT-I for chronic insomnia. USA 2003	TCC seul, pas d'ETP.
42- Effect of sleep management with self-help treatment for the Japanese elderly with chronic insomnia : a quasi experimental study. Japon 2017	42 dollars pour l'article complet en PDF.
43- Clinical management of insomnia with brief behavioural treatment.	TCC, pas d'ETP
44- Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: a systematic review. 2005	Revue systématique sur efficacité TCC, pas d'ETP
45- Digital cognitive behavioural therapy for insomnia vs sleep hygiene education. Angleterre 2015	TCC via internet pas d'ETP.
46- Ovid: Sleep Hygiene and Sleep-Onset Insomnia. USA 2000.	TCC, pas d'ETP
47- Troubles du sommeil : conseils à l'officine. France 2010.	Rôle du pharmacien dans la PEC, pas d'ETP
48- Les benzodiazépines dans l'anxiété et l'insomnie: dangers liés à leur utilisation et alternatives thérapeutiques chez l'adulte. France 2010	Alternatives générales, pas ETP spécifiquement
49- Troubles du sommeil des patients de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas: conception et étude de faisabilité d'une démarche éducative. France 2016	Population trop restreinte de prisonniers.
50- Prévalence des troubles du sommeil et évaluation d'une formation d'éducation thérapeutique aux règles d'hygiène du sommeil chez des militaires français. France 2017	Population trop restreinte de militaires.
51- Apprendre à dormir. France 2002	Conseils éducatifs sur le sommeil en général.
52- Mise en place de TCC de groupe dans le traitement de l'insomnie chronique en cabinet libéral de ville : étude prospective. France 2013	TCC, pas d'ETP
53- Conseils à l'officine : aide au suivi pharmaceutique et à l'éducation thérapeutique du patient. France 2006	Livre trop généraliste sur l'ETP en officine, ne traite pas du sommeil.
54- Méthodologie d'un programme régional : Samara-	Article introuvable, revue

sommeil-Premutam. France 1987.	disponible à partir de 2000.
55- Un programme de promotion du sommeil, une expérience réalisée dans la région Rhône-Alpes de 1984 à 1986. France 1987	Relatif au même programme que Samara. Introuvable. Trop vieux ?
56- "Bien dormir pour mieux vivre". France 2007	Education au sommeil des enfants.
57- Troubles du sommeil : quelle place pour un réseau expert et innovant ? l'expérience du réseau Morphée. 2010 France	Pas d'ETP spécifiquement mais actions du réseau en général.
58- Favoriser un environnement propice au rythme veille-sommeil. 2012 France	Relatif au travail posté seulement
59- Efficacy of behavioral versus triazolam treatment in persistent sleep-onset insomnia. USA 1991	TCC, pas ETP
60- Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. USA 2015.	Concerne le diagnostic et les différentes options thérapeutiques du ttt de l'insomnie.
61- Evaluation de l'efficacité d'un programme français de thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie en ligne (Thérasomnia). France 2017	TCC par internet
62- Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. Chine 2012	Activité physique seulement comme ttt de l'insomnie, pas TCC
63- A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. Australie 2017.	Concerne seulement le sevrage des BZD, pas le ttt de l'insomnie.
64- European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. Europe 2017	Recommandations générales sur le traitement de l'insomnie, pas spécifiquement les TCC.
65- Cognitive behavioral therapy for insomnia reduces hypnotics prescription. Corée du Sud 2018	Pas de description du programme.
66- Thérapie brève de l'insomnie. Belgique 2009	Théorie du contre paradoxe +/- utilisable ds ETP.
67- Aspects théoriques et pratiques des TCC dans l'insomnie chronique : mise en place de thérapies de	TCC seulement, pas ETP

groupe au CHU de Clermont-Ferrand. France 2012	
68- Le sommeil, un enjeu pour les patients et les soignants. France 2011	Programme de formation du personnel de gériatrie
69- Conseils à l'officine : aide au suivi pharmaceutique et à l'éducation thérapeutique du patient. France 2009	Livre trop généraliste sur l'ETP
70- Comparing mind-body wellness interventions for older adults with chronic illness: classroom versus home. 1999	Article introuvable

Annexe 3 : Résultats comparatifs des articles inclus dans l'étude sous forme de tableau.

	Public cible de l'ETP				Recrutement	Constitution de l'équipe d'ETP
	Âge	Stade de la maladie	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion		
Les ateliers du sommeil. Bourg-en-Bresse. 2003 à 2005	Adultes (> 18 ans)	Non précisée	- Adultes qui se sont plaint de troubles du sommeil - Prise ou non d'un traitement (anxiolytique, antidépresseur, hypnotique) - Motivation personnelle et adhésion à un groupe thérapeutique	Absence de pathologie grave	Via un bilan de santé au centre de médecine préventive de Bourg en bresse	- Médecin hypnologue - - Psychologue - - Animatrice de prévention - - Animatrice en relaxation
Programme personnalisé d'éducation à la santé chez les séniors.	Séniors de plus de 55 ans	Non précisée	- Hommes et femmes âgés de 55 ns ou plus se plaignant de leur sommeil.	- Dépression ou prise d'un traitement anti-dépresseur - Apnées du sommeil - Ronflements sévères - Démence - Hypersomnolence - Cécité	Sur la base du volontariat et de la disponibilité parmi les personnes ayant pris rdv au centre du sommeil de l'hôtel dieu à Paris	médecin somnologue qui réalise les rapports individuels avec les données de l'actimetre et agenda. Qui anime les ateliers ?
Impact d'une démarche d'ETP de groupe mise ne œuvre par un groupe de médecins généralistes dans la prise en charge des troubles du sommeil de l'adulte. Soutenue en 2009 (Hullar)	Pas de critère d'exclusion d'âge mais que des adultes dont 41% de plus de 60 ans	Non précisée	- Personnes intéressées pour participer à des conférences sur la prise en charge des troubles du sommeil	- Aucun	Presse régionale, affichage public, flyers	5 médecins généralistes du secteur de Laxou à côté de Nancy
Impact d'une intervention d'ETP individuelle dans le sevrage des hypnotique chez l'adulte. Etude prospective en médecine générale. Soutenue en 2011 (Parisot)	Adultes (> 18 ans)	Non précisée	- Patients du cabinet de MG prenant un hypnotique depuis plus de 4 semaines (incluant Z-drug, benzodiazépines, histaminiques sédatifs) pour des troubles du sommeil, volontaires pour participer à l'étude	- Patients prenant un traitement dit « hypnotique » pour une autre indication que les troubles du sommeil (psychiatrique etc..). -Patient présentant des troubles des fonctions supérieures et/ou de la mémoire. -Patient présentant des troubles sensoriels majeurs (audition, vision) compromettant la communication orale ou écrite ou ne maîtrisant pas la langue Française	Via les médecins généralistes de la maison de santé	1 étudiante en médecine
Intervention psycho-éducative de groupe dans la prise en charge de l'insomnie. Janvier à Juin 2015 au cabinet médical de Maromme en Seine Maritime. Thèse soutenue en 2016 à Rouen (Soilhi)	Adultes (> 18 ans)		- Adultes volontaires, prenant régulièrement un traitement médicamenteux pour l'insomnie, sachant comprendre et parler la langue Française	-Pathologie psychiatrique grave, épilepsie traitée, troubles cognitifs, antécédents de sd de sevrage, absence de suivi médical.	Via les médecins généralistes de la maison de santé, accrochage d'affiches dans les salles d'attente.	1 médecin généraliste et 1 psychologue.
Programme de sevrage progressif en hypnotiques. Education thérapeutique et sevrage en hypnotique. Evaluation d'une 1ère formation aux professionnels de santé et de son application en médecine générale. Thèse soutenue en 2011 (huck)	Adultes (> 18 ans)		-Majeur, affilié au régime de la sécurité sociale, autonome, consommation régulière d'hypnotiques depuis au moins 3 mois (benzodiazépines, Z drug, anti-histaminiques sédatifs)	-Patients mineurs, ayant un travail posté durant les 3 derniers mois, autre trouble du sommeil non traité (apnées/SJSR) ou une autre pathologie pouvant avoir une influence sur le sommeil (douleurs chroniques, RGO, ins cardiaque décompensée, dysthyroïdie, BPCO sévère).	Via les médecins généralistes animateurs des ateliers.	3 médecins généralistes (2 strasbourg et 1 haguenu)

Compétences attendues			Lieu où l'ETP est proposé	Modalités de mise en œuvre/ Design du programme			
Compétences d'auto-soin	Compétences spéc	Compétences d'adaptation		Durée totale du programme	Durée des ateliers	Nombre de participants par atelier	Nombre total de participant
non précisé	non précisé	non précisé	Centre de médecine préventive de Bourg-en-Bresse	non précisé	4 séances de 3h	répartis en 8 groupes homogènes soit une moyenne de 6 à 7 pers (6,8)	55
non précisé	non précisé	non précisé	Centre du sommeil de l'Hôtel Dieu à Paris	3 mois au total : 1 réunion d'information puis 3 journées de formation espacées de 1 à 2 mois. Recrutement de Juin 2003 à Octobre 2005.	Réunion : ? Chaque atelier s'étale ensuite sur une journée complète.	10 à 15 personne pour chaque cycle. Ateliers individuels et collectifs	49 (résultats exploitables chez 26)
non précisé	non précisé	non précisé	Salle de conférence municipale à Laxou en meurthe et moselle	2 mois + évaluation à 1 et 3 mois	2 conférences de 1h30 espacées de 2 mois	conférence devant 82 participants.	82 (dont 55 ont participé à toute l'étude)
Amélioration du sommeil (par meilleure connaissance du sommeil et des règles hygiéno-dietétiques à appliquer), Adaptation des doses médicamenteuse et décision d'un sevrage, Implication de l'entourage dans la gestion du sommeil et du traitement Acquisition de procédés à appliquer en cas d'insomnie . Application par le patient des règles d'hygiène de vie acquises		Savoir gérer ses émotions Développer une réflexion critique, Favoriser la communication Prendre des décisions et résoudre un problème Se fixer des buts à atteindre et faire des choix S'observer et s'évaluer	Salle de réunion de la maison médicale de Revigny-sur-Ormain dans la Meuse	3 mois : J1 1ère séance, J8 à J15 2ème séance, 1 mois plus tard 3ème séance 3 mois plus tard appel téléphonique pour l'évaluation	3 séances de 45 minutes	Ateliers individuels	15
		non précisé	Bureau de consultation du cabinet médical de Maromme, en Seine Maritime	15 jours	2 séances espacées de 15 jours. Durée 1h à 1h30 pour chaque séance.	6 patients pour la première session, 3 pour la seconde.	9
non précisé	non précisé	non précisé	Cabinets des médecins généralistes	3 à 6 mois	Durée d'une consultation, non précisée.	Séances individuelles	6

	Contenu de chaque atelier						
	Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3	Atelier 4	Atelier 5	Atelier 6	
Diagnostic éducatif							
non précisé.	<p>Pas de description des ateliers avec précision</p> <ul style="list-style-type: none"> - Détermination d'objectifs opérationnels - Alternance d'écoute, d'aide à la formulation des vécus et situations - Apport de connaissances - Présentation d'outils à utiliser tout au long des séances (agenda du sommeil, relaxation, travail sur l'anxiété) - Débats - Echanges d'expériences - Réalisation d'une nuit sans médicament 0 						
Pas de vrai diagnostic éducatif mais rapport individuel avec une lecture individuelle fait par le médecin du sommeil grâce à l'analyse de l'actimètre et de l'agenda avant les ateliers	<p>Réunion initiale (J0) :</p> <p>Explications et distribution d'agenda du sommeil et d'actimètre pour un période de 9 jours. Données récupérées et analysées par un médecin du sommeil qui donne des conseils personnalisés</p>	<p><u>Atelier 1 (J30)</u> : Rapports individuels remis au stagiaire avec lecture commentée. 5 exposés interactifs d'une heure chacun sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la structure du sommeil normal, - horloge biologique et rôle de la lumière la nutrition 	<p><u>Atelier 2 (J60)</u> : Nouvelle analyse du sommeil sur 9 jours (agenda + actimètre) avec nouveau rapport personnalisé par le médecin. Distribution d'un questionnaire concernant les changements entrepris suite au 1er atelier.</p>	<p><u>Atelier 3 (J90)</u> : Commentaire des nouveaux rapports individuels et rappel et des règles d'hygiène de sommeil. Journée centrée sur le retour d'expériences et l'application des règles d'hygiène en pratique.</p>	0	0	
pas de diagnostic éducatif	<p>Remise d'un questionnaire pour le niveau de connaissances et les caractéristiques de la population</p> <p>Rappel sur la physio et les rôles du sommeil</p> <p>Questionnaire vrai-faux interactif pour aborder les fausses croyances</p> <p>La place des ttt médicamenteux et non-médicamenteux.</p> <p>Explications sur l'agenda du sommeil</p> <p>Règles d'hygiène du sommeil</p> <p>Présentation du contrôle du stimulus et de la restriction de sommeil</p> <p>Sensibilisation au sevrage des somnifères</p>						
Questionnaire rempli avec le patient avec caractéristiques socio-démographiques, qualité du sommeil, consommation d'hypnotique, ECAB, motivation par rapport au sevrage et détermination des objectifs individuels	<p>1/diagnostic éducatif 2/ éducation à l'agenda du sommeil 3/ établissement d'objectifs avec le patient</p>	<p>analyse de l'agenda, ronde de décision sur le sommeil et les conseils, sur le traitement et ses méfaits (cartes de barrows) et livret d'informations remis aux patients</p>	Séance d'évaluation de l'ETP		0	0	
Auto-questionnaire rempli par le patient comprenant l'index de sévérité e l'insomnie, l'index de qualité du sommeil de Pittsburgh, l'ECAB	<p>Diaporama projeté afin de donner des informations et d'ouvrir à la discussion sur : physiologie et régulation du sommeil, insomnie et traitements médicamenteux de l'insomnie (indications et effets indésirables). Explication et distribution des agenda du sommeil.</p>	<p>Récupération et remarques sous forme de discussion autour des agendas. Diaporama sur les règles d'hygiène du sommeil, et introduction aux TCC (notion de contrôle du stimulus). Séance de relaxation par la psychologue</p>			0	0	
Au cours des 2 premières séances : projet de vie du patient, les facteurs facilitant et les freins pour la réalisation du projet, le stade d'acceptation de la maladie (déli, révolte, acceptation, marchandage, dépression), élaboration d'objectif généraux et personnalisés	<p>Confirmation du diagnostic d'insomnie idiopathique (écarter les diagnostics différentiels) et réalisation du diagnostic éducatif. Distribution du « carnet patient » avec questionnaires à remplir pour la prochaine séance, agendas du sommeil et bilan sanguin (TSH et ferritinémie)</p>	<p>Recueil des questionnaires et de l'agenda et des résultats du bilan bio. Poursuite du diagnostic éducatif par l'exploration des représentations du patient. On définit un plan de sevrage avec le patient et on élabore des objectifs personnalisés</p>	<p>A l'aide des résultats de l'agenda du sommeil on repère les progrès, difficultés rencontrées, solutions à mettre en place. Orientation plutôt vers règles d'hygiène du sommeil, ou restriction d temps au lit ou contrôle du stimulus. On vérifie les connaissances du patient sur le sommeil. À partir de la 4ème séance on introduit une nuit sans hypnotiques</p>			<p>Evaluer l'observance du plan de sevrage et les difficultés éventuelles. Evaluer les connaissances et compétences acquises. Remise des questionnaires d'évaluation (Epworth, ISI, DBAS16, Beck).</p>	<p>Faire le point sur les progrès réalisés et les objectifs atteints. Le patient doit être capable de repérer les périodes fragiles dans ce contexte de pathologie chronique et doit savoir consulter en cas de besoin.</p>

Méthodes pédagogiques/ Principes éducatifs	Base matérielle nécessaire (locaux, supports, ressources)	Méthode et outils d'évaluation	Enregistrements supplémentaires (accord écrit du patient, supports d'information)	Objectifs	
				Objectif principal de l'étude	Objectifs secondaires
Echanges sur l'anxiété, son vécu, son mécanisme, son retentissement ouvrant la perspective d'une perception plus globale de la santé de la fonction et des mécanismes du sommeil.	Local : au centre de médecine préventive. Matériel : non précisé sauf agenda du sommeil	Questionnaires avant/après et à 6 mois	non précisé	non précisé	non précisé
Comparaison des données des agendas + actimètres + questionnaires avant les ateliers et après 2 ateliers.	Matériel : Actimètre de poils pour chaque participant, agendas du sommeil	Evaluation par agenda et actimetre juste après les ateliers. Pas d'évaluation à moyen ou long terme.	2 rapports individuels avec analyse du sommeil avant le début du programme puis à l'issue des ateliers.	Evaluation de la qualité de sommeil de façon subjective (données de l'agenda du sommeil et des échelles analogiques visuelles). Groupe 1 : sujets insomniaque (latence d'endormissement >30min et/ou réveils nocturnes >60 min). Groupe 2 : les autres	Evaluation de la qualité de sommeil de façon objective (données de l'actimétrie)
Questionnaire « vrai-faux » interactif pour aborder la question des fausses croyances	Local : salle prêtée par la municipalité. Matériel nécessaire non précisé : projetage de power-point ? Affiches ?	Appel téléphonique à 1 mois et 3 mois	Projet soutenu par les collectivités locales et CPAM	Evaluer l'impact d'une démarche d'ETP en soins primaires sur le thème des troubles du sommeil, sur l'ensemble des participants et notamment sur la qualité de sommeil.	non précisé
	Local : salle de réunion de la maison médicale Support : Cartes de Barrows écrites recto-verso et livret distribué au patient.	Appel téléphonique à 3 mois : Evaluation de chaque séance et évaluation globale du programme par le biais de questionnaires	Fiche d'information et d'accord du patient à signer avant le début du programme, Délivrance d'une brochure d'information au cours de la 2ème séance qui récapitule les principales mesures hygiéno-dietétiques apprises pendant la séance	Etudier la faisabilité d'une intervention de type ETP individuelle auprès de patients sous hypnotiques	Evaluation du programme (satisfaction, attentes, réceptivité, acquisition de connaissances) et effets éventuels sur la qualité de sommeil des patients.
Diaporama comme support explicatif pour la physiologie et la régulation du sommeil, l'insomnie et les médicaments. Quiz ludique avec 7 vrai/faux sur les idées reçues concernant le sommeil.	Local : salle de consultation du cabinet médicale réaménagé. Matériel : Ordinateur avec rétroprojecteur pour le diaporama. Agenda du sommeil	Questionnaire distribué à la fin de la 2ème séance	Fiche de présentation du projet et document de consentement éclairé distribué avant le début des séances. Support papier qui récapitule les messages clés distribué en fin de 2ème séance.	Etudier la faisabilité d'une intervention psycho-éducative de groupe dans la PEC de l'insomnie en soins primaires.	Evaluation de la satisfaction du patient, de l'amélioration de la qualité de sommeil et de l'intention de sevrage des hypnotiques éventuels.
	non précisé	Outils subjectifs d'auto-évaluation avant le début du programme et après la 4ème séance : Echelle de somnolence d'Epworth, Echelle de fatigue de Pichot, échelle de dépression de Beck, échelle des croyances et attitudes dysfonctionnelles à propos du sommeil (DBAS14), index de sévérité de l'insomnie (ISI), agenda du sommeil.	Carnets distribués aux patients avec les différentes échelles et agendas du sommeil	Le sevrage en hypnotique	Amélioration des différentes échelles d'évaluation du sommeil

Résultats			
Objectif principal	Objectifs secondaires	Limites/ Biais	Obstacles
69% des patients sont satisfaits d'avoir participé à cette action susceptible de permettre l'allègement des traitements. 92% avaient l'intention de modifier ses habitudes à l'issue du programme. A 6 mois : retombée des effets favorables (chiffres non communiqués)		pas de groupe contrôle	non précisés
Groupe 1 : Moins de réveils nocturnes. Sommeil de meilleure qualité. Augmentation du dynamisme le matin (+10%). Groupe 2 : Sommeil de meilleure qualité, pas d'augmentation du dynamisme matinal. Dans les 2 groupes, pas de changement de la consommation d'hypnotiques. Changements des comportements liés à la nutrition, aux horaires, à l'activité physique	Groupe 1 : diminution de la latence d'endormissement (-15min). Augmentation de 6% de l'efficacité du sommeil Diminution des réveils nocturnes (-20 min). Groupe 2 : augmentation du temps passé au lit de 39 min et de la durée de sommeil de 18 min. Pas d'amélioration de l'efficacité du sommeil. Pas d'amélioration de la latence d'endormissement ni de la durée des éveils nocturnes (déjà bas avant l'intervention.)	Pas de groupe contrôle. Exclusion de participants selon des critères pré-établis (changements environnementaux, médicaments). Pas d'évaluation de la pérennité des progrès réalisés.	non précisés
A 1 mois : aucun patient n'a réduit sa consommation d'hypnotique et aucun n'a consulté son MG pour aborder la question. A 3 mois, 1/5 des participants avait consulté spécifiquement leur MT. Amélioration de la qualité du sommeil chez les patients ayant appliqué les conseils de TCC entre le 1er et 3ème mois. 87 % sont convaincus de l'utilité d'un agenda du sommeil pour le suivi et la PEC. Amélioration subjective de la qualité du sommeil chez 50 % des patients consommateurs d'hypnotiques et 56% des patients non consommateurs.		Petit nombre de participant.	Différence entre motivation initiale des patients et modification effective des comportements à l'issue du programme. D'où l'importance du renforcement positif sur le long terme.
Faisabilité de la mise en place du programme. Aide de la part des secrétaires pour les rdv. 88% des patients ont trouvé un intérêt à la proposition d'ETP. 56% pensent que l'ETP peut améliorer leur santé et modifier leur habitudes et hygiène de vie.	Bénéfice chez seulement 33% des patients sur la qualité du sommeil à 1 mois et chez 60% à 3 mois. Stabilité de l'EVA du sommeil à 1 mois et amélioration significative à 3 mois. 67% des patients ont diminué leur consommation d'hypnotiques. 100% des patients sont convaincus du sevrage de leur hypnotique mais 75% en sont toujours consommateur.	Pas de pluridisciplinarité. Programme non validé par l'ARS ; Pas d'abord des techniques de TCC. Petit nombre de patients.	Longueur du recrutement (3 mois). Protocole chronophage pour les médecins et les patients (avec difficulté à faire co-incider les agendas).
Faisabilité du programme en ambulatoire	7 patients sur 8 sont satisfaits du programme et 5 sur 8 ont l'intention de réduire leur hypnotique.	Nombre réduit de participants (9). Programme non validé par l'ARS, et intervenant non formé à l'ETP. Pas de réel diagnostic éducatif mais un questionnaire. Utilisation partielle des techniques de TCC	Difficultés du recrutement (agendas des patients/médecins), remplissage des questionnaires/agendas du sommeil contraignant, satisfaction du ttt actuel .
50% : sevrage complet, 25% diminution des posologies, 25% changement de molécule mais pas de sevrage	ISI 35 vs 19 en fin d'étude, avec amélioration de toutes les composantes de la plainte du sommeil. DBAS : croyances erronées de tous les participants, stabilité globale avant/après. Epworth normal des participants . Pichot ; amélioration de 2/3 des patients	Nombre réduit de participants. Pas de multidisciplinarité. Approche trop théorique , pas d'outil d'ETP	Disponibilité des médecins participants, statut de médecin traitant entraînant des demandes de patients différentes du sommeil, rémunération inadaptée, pas de groupe contrôle

AUTEUR : DELORME Angéla

2018 TOU3 1138

TITRE : Prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte par l'éducation thérapeutique.
Une revue narrative de littérature.

DIRECTEUR DE THESE : Dr FOURCADE Fabien

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse le 20 Décembre 2018.

L'insomnie chronique, par sa fréquence élevée et ses répercussions néfastes sur notre organisme est un problème de santé publique dont la prise en charge en France passe trop souvent par la prescription de psychotropes. L'éducation thérapeutique visant à rendre le patient acteur du soin pourrait être une solution à la prise en charge de l'insomnie. L'objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux des programmes d'éducation thérapeutique existants pour la prise en charge de l'insomnie chronique par la réalisation d'une revue narrative de littérature. Les articles inclus ont été analysés en reprenant les étapes de conception d'un programme d'ETP de la HAS. 78 articles ont été sélectionnés pour une lecture complète et 6 articles ont été finalement inclus dans l'étude, dont 2 articles de revues et 4 thèses de médecine générale. Ces articles décrivent la mise en place de leur programme d'éducation thérapeutique, dont les protocoles, et le suivi sont variables, mais qui obtiennent de bons résultats sur la qualité de sommeil. Ces résultats nous ont permis de réfléchir à la conception de notre propre programme comprenant des ateliers sur la physiologie du sommeil, l'importance du sevrage médicamenteux, les règles hygiéno-diététiques, les bases de la thérapie cognitivo-comportementale et la gestion du stress. Ce projet, soutenu par une équipe pluri-professionnelle verra le jour courant 2019 à la maison de santé de Mauvezin dans le Gers.

Title : Treatment of chronic insomnia by therapeutic patient education. A narrative review of literature.

Abstract : Chronic insomnia is a common health problem with substantial consequences in adults, and the treatment in France is often based on medication. Therapeutic education is a form of behavioural therapy where patients are actors of their care, could be a solution for treatment of chronic insomnia. This study aims to look for programs of therapeutic education about chronic insomnia existing with a narrative review of literature. The results were analyzed with the listing of construction steps of a therapeutic education program written by HAS. 78 articles were selected at the beginning and 6 articles were included after a complete reading : 2 published in reviews and 4 in general medicine thesis. Those articles describe the protocol of their program, which are all different but with good results on sleep quality. This results helped us to propose a design of our own program, with workshops about sleep physiology, hypnotics, cognitive behavioural therapy and anxiety management. This project, supported by a multidisciplinary team should be created in 2019 in the medical office of Mauvezin, Gers.

Mots clés : insomnie, éducation thérapeutique, sommeil

Key words : insomnia, therapeutic education, sleep disorders

Discipline administrative : Médecine générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 4 – France