

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III- Paul SABATIER**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2022

2022 TOU3 1011

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Hélène GROS**

Le 10 mars 2022

**PRISE EN CHARGE PLURIPROFESSIONNELLE DE L'INSOMNIE  
CHRONIQUE À TRAVERS UN PROGRAMME D'ÉDUCATION  
THÉRAPEUTIQUE À LA MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE DE  
MONTRÉJEAU**

Directeur de thèse : Pr POUTRAIN Jean-Christophe

**Membres du jury :**

<b>Pr MESTHÉ Pierre</b>	<b>Président</b>
<b>Pr POUTRAIN Jean-Christophe</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Dr BAILLÉ Gilles</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Dr PELLIZZA Lara</b>	<b>Assesseur</b>





**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : E. SERRANO**

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe		
M	M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M	M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M	Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M	M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M	M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M	Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M	M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M	Mme BURJA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M	M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M	M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M	M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M	M. CHAYNES Patrick	Anatomie	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M	M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M	M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du oéval. et de la reproduction
M	M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M	Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M	M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M	M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M	M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	Mme SOTO-MARTIN Marie-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M	M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M	M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M	M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M	M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M	Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M	Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M	M. HUYGHE Eric	Urologie	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>	
M	M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. BOYER Pierre	
M	M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M	M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation		
M	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
M	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie		
M	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive		
M	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne		
M	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M	M. SERRANO Ele (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
M	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique		
M	M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
P.	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>			
M	M. STILLMUNKES André			
Pi				
M				

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**  
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme FREYENS Anne  
M. CHICOULAA Bruno  
Mme PUECH Marielle

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL**  
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
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
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
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 FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VUJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
M. ESCOURROU Emile

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme LATROUS Lella

# REMERCIEMENTS

## AU JURY

**À monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ, *président du jury,***

Je vous remercie de porter un intérêt à mon travail en me faisant l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous prie de croire en ma sincère reconnaissance.

**À monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN, *mon directeur de thèse,***

Je te remercie pour ton immense soutien tout au long de la réalisation de ce travail, d'avoir cru en ce projet et de n'avoir rien lâché. J'admire toute l'énergie que tu mets au service de tes aspirations.

**À monsieur le docteur Gilles BAILLÉ, *judge,***

Je suis extrêmement fière de te voir siéger à mon jury. Je te remercie pour ta bienveillance et tes précieux conseils. Le médecin que tu es, a toujours été un véritable modèle d'inspiration pour moi.

**À madame le docteur Lara PELLIZZA, *judge,***

Je te remercie pour l'intérêt que tu as porté à mon travail et d'avoir accepté de faire partie de mon jury. En espérant que mon travail sera à la hauteur de tes attentes.

# REMERCIEMENTS

## **À L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS ET PATIENTS, AYANT PARTICIPÉ À CE TRAVAIL DE RECHERCHE,**

Sans qui ce projet n'aurait jamais pu prendre forme. Merci pour votre implication et votre enthousiasme.

## **À MES MAÎTRES DE STAGE, AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET ENSEIGNANTS,**

Merci pour votre transmission tout au long de mon parcours et l'expérience que vous m'avez permis d'acquérir.

### **Aux médecins du Vernet,**

Un grand merci pour cette année d'apprentissage à vos côtés durant laquelle j'ai pris beaucoup de plaisir. Merci pour votre accueil chaleureux et votre disponibilité qui perdurent aujourd'hui.

## **À MA FAMILLE,**

Merci infiniment pour votre soutien incommensurable durant toutes ces années. J'ai toujours pu trouver du réconfort à vos côtés, à travers votre écoute dépourvue de jugement, vos conseils et votre tendresse. Si j'en suis là aujourd'hui c'est en partie grâce à vous et l'amour inconditionnel que vous me portez.

## **À MON AMOUR,**

Merci pour toute la patience dont tu as fait preuve. Merci d'être cet homme exceptionnel qui me comble de joie tous les jours.

## **À MES AMIS,**

**D'enfance**, auprès desquels je peux m'appuyer depuis tant d'années. Je suis si chanceuse de vous avoir dans ma vie.

**De la faculté de médecine**, qui m'ont accompagnée tout au long de ce parcours. Je suis heureuse d'avoir traversé à vos côtés toutes ces épreuves qui nous unissent aujourd'hui de façon si singulière.

# TABLE DES MATIÈRES

## Liste des abréviations

<b>1. Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Matériel et méthode.....</b>	<b>3</b>
2.1 Organisation du programme d'éducation thérapeutique.....	4
2.1.1 Construction du diagnostic éducatif et du programme personnalisé.....	4
2.1.2 Construction des séances collectives.....	5
2.1.3 Construction du bilan des compétences et des changements.....	7
2.2 Recrutement des professionnels de santé.....	7
2.3 Fiches de poste.....	8
2.4 Poste d'observateur.....	8
2.5 Financement.....	8
2.6 Recrutement des patients.....	9
2.7 Préparation des séances.....	10
2.8 Flyer à destination des patients avec le déroulé du programme.....	13
2.9 Réunion de simulation.....	13
2.10 Programmation des sessions d'ETP.....	13
<b>3. Résultats.....</b>	<b>14</b>
3.1 Réunion de recrutement des professionnels de santé.....	14
3.2 Fiche de postes à pourvoir.....	15
3.3 Fiches de poste pour chaque atelier.....	15
3.4 « Guide de l'investigateur ».....	15
3.5 Flyer à destination des patients avec le déroulé du programme.....	17
3.6 Questionnaire pour réaliser l'entretien du diagnostic éducatif.....	17
3.7 Réunion de simulation.....	19
3.8 Les différents ateliers.....	20
3.9 Questionnaire de restitution des connaissances au début de la 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> séance.....	24
3.10 Bilan des compétences et des changements par appel téléphonique à 3 mois.....	24
3.11 Ressenti des professionnels de santé.....	25
3.11.1 D'un point de vue personnel.....	25
3.11.2 D'un point de vue pluriprofessionnel.....	25
3.11.3 D'un point de vue organisationnel.....	25
3.11.4 Concernant l'évolution entre la 1 <sup>ère</sup> et la 2 <sup>ème</sup> session.....	26
3.11.5 Concernant le financement.....	26
3.11.6 Concernant l'avenir du projet.....	26
<b>4. Discussion.....</b>	<b>26</b>
4.1 Les différents axes d'amélioration.....	26
4.1.1 Premier axe : la pluriprofessionnalité.....	26

4.1.2	Deuxième axe : l'organisation des sessions.....	27
4.1.3	Troisième axe : le recrutement des patients.....	28
4.1.4	Quatrième axe : respect de toutes les étapes d'un programme d'ETP comme décrit dans le guide méthodologique de la HAS.....	28
4.1.5	Cinquième axe: les données inutilisées.....	29
4.1.6	Sixième axe : les techniques d'animation.....	29
4.2	Forces de l'étude.....	29
4.3	Limites de l'étude.....	30

## **5. Conclusion..... 31**

## **Références bibliographiques..... 32**

## **Annexes..... 35**

Annexe 1	: questionnaire du diagnostic éducatif.....	35
Annexe 2	: Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI).....	40
Annexe 3	: questionnaire des Croyances et Attitudes concernant le Sommeil (CAS).....	41
Annexe 4	: questionnaire « Matin / Soir » de Horne et Östberg.....	44
Annexe 5	: Hospital Anxiety and Depression scale (HAD).....	49
Annexe 6	: questionnaire du bilan des compétences et des changements.....	50
Annexe 7	: guide de l'investigateur.....	52
Annexe 8	: images sélectionnées pour l'atelier « photolangage ».....	55
Annexe 9	: présentation « physiologie du sommeil ».....	56
Annexe 10	: présentation « règles d'hygiène du sommeil ».....	67
Annexe 11	: agenda du sommeil.....	73
Annexe 12	: questionnaire « qu'est-ce que j'ai retenu ? » distribué lors de la 2 <sup>ème</sup> séance....	74
Annexe 13	: présentation « notions de TCC ».....	75
Annexe 14	: présentation « initiation au sevrage ».....	89
Annexe 15	: questionnaire « qu'est-ce que j'ai retenu ? » distribué lors de la 3 <sup>ème</sup> séance..	99
Annexe 16	: présentation « sophrologie ».....	100
Annexe 17	: questionnaire de satisfaction.....	104
Annexe 18	: fiches de synthèse des ateliers.....	106
Annexe 19	: flyer à destination des patients avec le déroulé du programme.....	111
Annexe 20	: questionnaires « ressenti de votre expérience » à destination des professionnels de santé.....	112
Annexe 21	: échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (ECAB).....	117

## **Iconographie des annexes..... 118**

## **Résumé..... 120**

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments

ARS : Agence Régionale de la Santé

CAS : Croyances et Attitudes concernant le Sommeil

CT : Commission de la Transparence

ECAB : Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : Hospital Anxiety and Depression

HAS : Haute Autorité de Santé

ICSD-3 : Classification Internationale des Pathologies du Sommeil, 3<sup>ème</sup> version

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

INSV : Institut National du Sommeil et de la Vigilance

ISI : Index de Sévérité de l'Insomnie

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

SAOS : Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SMR : Service Médical Rendu

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TCC-I : Thérapie Cognitivo-Comportementale Insomnie

# **1. Introduction**

L'insomnie est un sujet préoccupant, en partie à cause de sa forte prévalence. En effet, la dernière enquête de 2021 de l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV), a relevé que 21 % des français se plaignent d'insomnie (1).

Nous allons, au cours de ce travail de recherche, nous intéresser plus particulièrement à l'insomnie chronique. D'après la Classification Internationale des Pathologies du Sommeil, 3<sup>ème</sup> version (ICSD-3) (2), elle associe les critères suivants:

« Critère A : le patient se plaint ou l'entourage observe au moins un des éléments suivants :

1. Difficulté à s'endormir
2. Difficulté de maintien du sommeil
3. Réveil plus précoce que l'horaire désiré
4. Refus d'aller se coucher à un horaire approprié
5. Difficulté à s'endormir sans l'intervention d'un parent

Critère B : le patient se plaint ou l'entourage observe au moins l'un des éléments suivants, au cours de la journée, en lien avec les difficultés de sommeil nocturne :

1. Fatigue ou mal-être
2. Troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire
3. Altération de la vie sociale, familiale, professionnelle
4. Trouble de l'humeur ou irritabilité
5. Somnolence diurne
6. Problèmes comportementaux
7. Diminution de la motivation, des énergies, des initiatives
8. Facilité à faire des erreurs ou avoir des accidents
9. Préoccupation ou insatisfaction par rapport au sommeil

Critère C : les plaintes ne sont pas expliquées par un manque d'occasion de dormir ou un contexte inadapté au sommeil.

Critère D : les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés surviennent au moins trois fois par semaine.

Critère E : les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés sont présents depuis plus de trois mois.

Critère F : les difficultés de sommeil et de veille ne sont pas mieux expliquées par une pathologie du sommeil autre que l'insomnie. »

Aujourd'hui, le traitement mis en avant par les grandes instances pour la prise en charge de l'insomnie chronique est non médicamenteux. Il s'agit de la Thérapie Cognitive-Comportementale Insomnie (TCC). Cette méthode a fait ses preuves dans de nombreuses études à tel point que la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) la recommandent depuis 2006 (3).

Rappelons que la TCC-Insomnie (TCC-I) est une approche thérapeutique qui vise à :

- Repérer les comportements favorables et défavorables à l'induction et au maintien du sommeil ;
- Restructurer les croyances dysfonctionnelles qui tendent à perpétuer l'insomnie en transmettant des connaissances sur les mécanismes de régulation du sommeil ;
- Modifier les comportements en s'appuyant sur l'agenda du sommeil pour réassocier le lit au sommeil grâce à la méthode du contrôle du stimulus et augmenter l'efficacité du sommeil grâce à la méthode de restriction du temps passé au lit (4) (5).

Malgré cette recommandation, les traitements médicamenteux, et plus particulièrement les benzodiazépines hypnotiques et ses apparentées, restent tout de même trop prescrites, bien que les dernières tendances semblent aller en s'améliorant. Rappelons que le dernier rapport de l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments (ANSM) faisant l'état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France (6), relève qu'en 2015, 13,4% des français avaient consommé des benzodiazépines (dont 5,6 % à visée hypnotique) et 82% des prescriptions de ces médicaments étaient initiées par le médecin généraliste. Or, dès 2014, la Commission de la Transparence (CT) de la HAS revoyait à la baisse le Service Médical Rendu (SMR) de plusieurs benzodiazépines hypnotiques et apparentées dans le cadre de la prise en charge des troubles sévères du sommeil avec pour conséquence une diminution du taux de remboursement (7). Cette décision avait pour objectif de lutter contre la consommation chronique de ces médicaments et d'encourager le recours à la TCC-I.

Le médecin généraliste est un acteur de première ligne dans la prise en charge de l'insomniaque. Une étude récente a montré que seulement la moitié des prises en charge proposées par les médecins généralistes face à une plainte d'insomnie sont conformes aux recommandations de la HAS-SFTG de 2006 (8). Les trois hypothèses, formulées par cette étude, pouvant expliquer les freins à l'application de ces recommandations sont :

- Le manque de connaissance des TCC par les médecins généralistes ;
- Le manque de temps en consultation ;
- Et la pression du patient pour obtenir un somnifère.

Aujourd'hui plusieurs outils, consultables sur internet, ont été développés pour former les médecins généralistes à la TCC comme : le site psychotropes.fr (9) ou le « guide des traitements comportementaux et cognitifs de l'insomnie de l'adulte, à l'usage du médecin généraliste » issu d'un travail de thèse (10). Par ailleurs, il semble y avoir eu une valorisation de la thématique au sein de la Formation Médicale Continue (FMC) des médecins généralistes.

Bien qu'il semble y avoir une amélioration des pratiques, il reste encore des efforts à fournir pour généraliser le respect des recommandations de la HAS-SFTG dans la prise en charge de l'insomnie chronique par les médecins généralistes.

L'enjeu est d'autant plus important que l'insomnie a beaucoup d'incidences sur la santé des individus. En effet, plusieurs études ont montré qu'une carence en sommeil augmentait le risque de maladies cardiovasculaires, de dépression, d'accidents et rendait l'organisme vulnérable aux infections. Par ailleurs, elle impacte de façon non négligeable la sphère socio-économique en augmentant l'absentéisme et en favorisant les erreurs au travail (2).

Notons enfin que ces dernières années, des études ont été menées sur l'évaluation de l'apport d'un forum dédié aux troubles du sommeil (11) ou sur l'évaluation de l'efficacité d'un programme français de Thérapie Cognitivo-Comportementale de l'insomnie en ligne (Thérasomnia) (12). Ces travaux de recherche ne font que refléter, en réalité, le manque d'offre de soins que nous avons en ambulatoire pour prendre en charge l'insomnie.

Il est de notre ressort en tant qu'acteurs de soins, de créer une action de santé concrète afin de limiter le retentissement négatif de l'insomnie en matière de santé publique et de freiner les répercussions délétères et bien connues, qu'entraîne l'utilisation des benzodiazépines et ses apparentées.

Ce travail s'est inscrit dans le cadre d'une recherche-action. Pour tenter de résoudre la problématique de la prise en charge de l'insomnie chronique au 21<sup>ème</sup> siècle, nous avons réfléchi, en nous appuyant sur la littérature, à une offre de soin applicable en soins premiers. Dans un premier temps, nous avons construit un programme d'éducation thérapeutique sur l'insomnie chronique s'appuyant sur les grands principes de la TCC-I. Un certain nombre d'outils à cette fin a été défini. Dans un second temps, le programme a été mis en place à la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) de Montréal. Enfin, nous avons analysé dans un troisième temps la pertinence des outils mis en œuvre dans le cadre de ce programme et recueilli le ressenti des professionnels de santé impliqués.

## **2. Matériel et méthode**

La méthode utilisée a été celle de l'enquête de terrain. Le recueil des données s'est fait par observation participante et questionnaires.

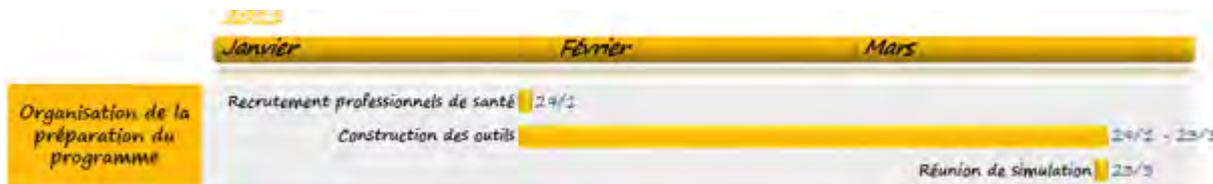
Pour construire ce programme, nous avons clairement tiré notre inspiration de la thèse d'Angela Delorme, réalisée en 2018, intitulée "Prise en charge de l'insomnie chronique de l'adulte par l'éducation thérapeutique, une revue de la littérature" (13). Cette revue a permis de montrer que les programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) pour la prise en charge de l'insomnie étaient réalisables en ambulatoire et qu'ils avaient des retombées positives sur les patients et la qualité de leur sommeil. À l'issue de ce travail de recherche, un programme d'ETP a été proposé sur l'insomnie chronique, articulé en 3 séances, à destination d'une MSP.

L'émergence des MSP ces dernières années permet de répondre à des besoins identifiés de la population en matière d'action de santé. En effet, il est inscrit dans le cahier des charges d'une MSP qu'elle doit mettre en place (ou s'engager à mettre en place) des actions de prévention telles que des programmes d'ETP. Par ailleurs, il a été observé en région que « le développement d'un programme d'ETP par une MSP ou le rattachement de l'équipe à un programme d'ores et déjà déployé, permet de fédérer les professionnels de santé et favorise son ancrage territorial (14). »

C'est ainsi qu'a germé l'idée de construire un programme d'ETP sur l'insomnie chronique, qui s'inspirerait des méthodes qui ont fait leur preuve telle que la Thérapie Cognitivo- Comportementale et utiliserait la richesse d'une structure comme la MSP avec

tous les acteurs qu'elle regroupe. Ainsi ce programme permettrait, d'une part de répondre à un problème majeur de santé publique qui est la prise en charge de l'insomnie chronique et, d'autre part, à une mission de santé régionale en mettant à disposition ce type de programme trop peu développé à proximité des patients.

### *Frise chronologique de la construction du programme*



## 2.1 Organisation du programme d'éducation thérapeutique

Pour rappel, un programme d'éducation thérapeutique tel que le décrit la HAS dans son guide méthodologique de 2007 (15) s'articule selon les 3 étapes suivantes :

1. L'élaboration du **diagnostic éducatif** et du programme personnalisé, à travers une séance individuelle, pour identifier les besoins du patient puis formuler avec lui les compétences à acquérir.
2. Des **séances collectives ou individuelles** pour l'acquisition de compétences.
3. Un **bilan des compétences et des changements** à travers une séance individuelle.

Le tout coordonné par des professionnels de santé.

### 2.1.1 Construction du diagnostic éducatif

La construction du questionnaire du diagnostic éducatif (annexe 1) a respecté le guide d'entretien proposé par la HAS (16). Ce dernier impose d'explorer les dimensions suivantes:

- la dimension biomédicale de la maladie (qu'est-ce qu'il (elle) a ?) ;
- la dimension socioprofessionnelle (qu'est-ce qu'il (elle) fait ?) ;
- la dimension cognitive (qu'est-ce qu'il (elle) sait sur sa maladie ? Comment se représente-t-il (elle) la maladie, les traitements, les conséquences pour lui (elle) et ses proches ? Que croit-il (elle) ?) ;
- la dimension psycho-affective (qui est-il (elle) ?) ;
- les projets de vie du patient (quel est son projet ?).

Pour la création des questions, nous nous sommes également inspirés du questionnaire de sommeil du réseau Morphée (17) et du questionnaire de sommeil pour les thérapeutes issu de l'ouvrage « Prendre en charge l'insomnie par les TCC » de Sylvain Dagneaux (4). À noter qu'au sein de ce questionnaire, nous avons intégré l'échelle ISI (Index de Sévérité de l'Insomnie) (annexe 2) pour évaluer la sévérité de l'insomnie des patients avant de débiter le programme.

Ce questionnaire a ensuite été incorporé dans le logiciel WEDA afin de l'informatiser et d'en faciliter l'usage et la visibilité à tous les professionnels de santé. L'objectif premier était de laisser la possibilité à tout professionnel de santé intéressé de réaliser cet entretien.

Les patients sélectionnés pour participer au programme, ont été convoqués pour réaliser cet entretien à travers une consultation individuelle. Le jour du rendez-vous, ils devaient arriver avec les deux questionnaires suivants remplis :

- Croyances et Attitudes concernant le Sommeil (CAS) (annexe 3) ;
- Matin / soir de Horne et Östberg pour connaître la typologie circadienne du patient (annexe 4).

Puis ils devaient remplir, seuls, en salle d'attente et après l'entretien, l'échelle Hospital Anxiety and Depression (HAD) (annexe 5) qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs, et enfin le remettre au secrétariat. Il a été décidé de le distribuer à la fin de l'entretien, car répondre à ce questionnaire demandait plus d'implication émotionnelle.

#### 2.1.2 Construction des séances collectives

Pour la construction des séances, nous nous sommes appuyés en grande partie sur le protocole détaillé proposé par Angela Delorme, à l'issue de sa revue de la littérature (13). Il avait clairement été fait le choix de fonctionner par séances collectives afin de toucher un plus grand nombre de patients mais aussi de profiter de la dynamique de groupe pour initier des changements de comportement.

## Organisation de la 1<sup>ère</sup> séance

Thèmes abordés lors des ateliers	Objectifs	Durée	Outils pédagogiques
Introduction	Exprimer sa représentation de l'insomnie	10 min	Photolangage
Physiologie du sommeil	Apprendre les principes généraux du sommeil	1h	Exposé interactif (locomotive du sommeil, graphiques)
Règles d'hygiène du sommeil	Réfléchir aux bonnes et mauvaises habitudes	1h	Cartes vrai-faux sous forme de devinette
Agenda du sommeil	Savoir remplir un agenda du sommeil	30 min	Exposé interactif

## Organisation de la 2<sup>ème</sup> séance

Thèmes abordés lors des ateliers	Objectifs	Durée	Outils pédagogiques
Agenda du sommeil	Analyser les résultats de l'agenda	45 min	Discussion interactive modérée par l'animateur
Notions de TCC	Apprendre et mettre en œuvre des solutions alternatives	1h	Exposé interactif
Initiation au sevrage	Apprendre les principes et méfaits des somnifères et mettre en œuvre un plan de sevrage	45 minutes	Exposé interactif

## Organisation de la 3<sup>ème</sup> séance

Thèmes abordés lors des ateliers	Objectifs	Durée	Outils pédagogiques
Agenda du sommeil	Analyser les résultats de l'agenda et retour sur les difficultés éventuelles	1h	Discussion de groupe modérée par l'animateur
Séance de relaxation/ sophrologie	Pouvoir réutiliser cet outil à la maison	45 min	Participation de tout le groupe
Synthèse	Partager les expériences et évaluer le programme suivi	30 min	Discussion interactive et questionnaire

### 2.1.3 Construction du bilan des compétences et des changements

Pour finir le programme, il a été décidé de faire le bilan des compétences et des changements à l'aide d'un questionnaire (annexe 6) par appel téléphonique pour un souci de logistique. Nous avons choisi d'attendre 3 mois avant de rappeler les patients pour laisser suffisamment de temps aux changements de comportements d'opérer ou aux mauvaises habitudes de se réinstaller, dans le but d'atteindre un certain niveau de stabilité. Un mail allait être envoyé aux patients pour programmer l'appel téléphonique et leur transmettre l'échelle ISI qu'ils devraient nous transmettre par mail ou via le secrétariat de la MSP. Faire remplir de nouveau cette échelle aux patients, nous permettrait d'avoir un retour plus objectif sur l'évolution de leur sommeil après avoir participé à notre programme.

### 2.2 Recrutement des professionnels de santé

Afin d'aller plus loin dans la construction du programme, il était indispensable de recruter des professionnels de santé. Nous voulions représenter un panel suffisamment varié de professionnels de santé pour mettre à l'honneur la pluriprofessionnalité. À ce titre, nous voulions avoir dans notre équipe au moins : un(e) psychologue, un(e) infirmier(e), un(e) pharmacien(ne), un(e) médecin, un(e) sophrologue. Nous avons, pour ce faire, réalisé une brève présentation du projet explicitant les tenants et les aboutissants du programme d'ETP. Avec le soutien actif de mon directeur de thèse, médecin titulaire de la MSP de Montréjeau, j'ai pu présenter ce projet à plusieurs professionnels de santé de la MSP, préalablement conviés à travers la mailing liste de la structure. Par ailleurs, nous avons également invité des psychologues et sophrologues extérieurs à la MSP via contact téléphonique. Nous nous étions fixés de recruter les professionnels de santé dès la fin de cette réunion.

### 2.3 Fiches de poste

Le jour de la réunion, pour faciliter l'attribution des postes, avait été créée une « fiche de postes à pourvoir » sur laquelle chaque professionnel de santé intéressé et prêt à s'engager allait pouvoir s'inscrire.

Pour la construction de chaque atelier, nous avons voulu laisser la liberté à chaque professionnel de santé de construire son propre support de présentation afin qu'il s'imprègne au mieux de son sujet mais nous avons tout de même réalisé des « fiches de poste » pour donner à chacun une ligne directrice sur le contenu qu'on voulait voir paraître dans chaque atelier. Ces fiches de postes ont été distribuées, au terme de la réunion de recrutement des professionnels de santé, aux personnes s'étant engagées à participer. Chacun a donc eu plusieurs semaines pour faire ses recherches et construire sa partie du programme.

Au terme de cette réunion ont été recrutés :

- 2 pharmaciens, l'un devant animer l'atelier « physiologie du sommeil » et l'autre l'atelier « initiation au sevrage »
- 1 infirmier pour animer l'atelier « hygiène du sommeil »
- 2 psychologues pour animer l'atelier « notions de TCC »
- 1 podologue pour animer l'atelier « agenda du sommeil ».

### 2.4 Poste d'observateur

Pour chaque atelier, il a été proposé à chaque professionnel de santé présent lors de cette réunion, d'incarner la fonction « d'observateur ». Une fiche avait été créée à cet effet afin que les personnes intéressées puissent s'inscrire. Ce poste consistait à être présent lors de l'atelier sans intervenir et d'écrire ses remarques sur une fiche d'observateur dans le but d'améliorer l'atelier lors de la session suivante. Cette proposition devait également permettre, aux professionnels de santé pas assez à l'aise pour animer un atelier dès la première session, de prendre confiance.

### 2.5 Financement

Il était également indispensable de parler le plus tôt possible du financement du projet. Nous avons abordé lors d'une réunion avec les responsables de la SISA, les 3 solutions de financement possibles :

- En faisant une déclaration de notre programme d'ETP auprès de l'Agence Régional de la Santé (ARS) Occitanie (18);
- En utilisant le budget de la MSP de Montréjeau ;
- En soumettant une demande d'éligibilité à l'article 51, au titre de l'innovation (19).

Nous avons finalement choisi d'utiliser le budget de la MSP pour plus de simplicité et de rapidité. Il était convenu avec les représentants de la SISA de rémunérer, à l'heure, chaque professionnel de santé. Le taux horaire s'élèverait à 54 euros, autant pour le temps consacré à la préparation que le temps de présence en tant qu'intervenant ou observateur. Tout de

même, des forfaits plafonnés seraient alloués :

- au temps de préparation à une hauteur de 3h maximum,
- au temps de présence en tant qu'intervenant à une hauteur de 3 h maximum,
- au temps de présence en tant qu'observateur à une hauteur de 2h maximum.

Par ailleurs, les patients n'auraient pas à avancer de frais quelle que soit l'étape du programme.

## 2.6 Recrutement des patients

Afin de pouvoir mettre en place ce programme, il nous fallait recruter des patients. Les critères d'inclusion choisis pour la sélection des patients ont été les suivants :

- Parler français
- Avoir plus de 18 ans
- Résider dans le territoire de la MSP
- Remplir les critères de l'ICSD-3 de l'insomnie chronique
- Avoir un traitement antalgique efficace en cas de douleur chronique
- Ne pas avoir de bouffées de chaleur nocturnes
- Ne pas avoir de reflux gastro-œsophagien nocturne
- Avoir une TSH normale datant de < 6 mois
- Ne pas avoir de troubles cognitifs déclarés par le médecin traitant
- Ne pas être atteint de trouble bipolaire et/ou d'épilepsie

L'idée était que chaque professionnel de santé puisse participer au recrutement des patients, toujours dans l'esprit de faire fonctionner la pluridisciplinarité et cela dès la première étape du programme. Il a donc été réalisé un « guide de l'investigateur » (annexe 7) afin de faciliter cette étape. Autant le pharmacien que le médecin, par exemple, allait pouvoir recruter les patients, il suffirait de suivre scrupuleusement le guide de l'investigateur.

Les critères d'inclusion des patients au programme ont volontairement été exhaustifs car nous voulions éviter dans un premier temps de proposer ce programme à des patients atteints d'insomnie chronique avec comorbidités. Nous nous étions mis d'accord sur le fait d'accepter toutefois les patients atteints de trouble dépressif, anxieux ou ayant des troubles addictifs (notamment aux hypnotiques). Il a fallu intégrer dans les critères de recrutement tous les facteurs pouvant avoir des répercussions sur le sommeil tels que les éléments cliniques orientant vers un reflux gastro-œsophagien nocturne, la ménopause ou les éléments biologiques orientant vers une hyperthyroïdie. De plus, nous avons écarté les patients atteints de pathologies type bipolarité et épilepsie, pour éviter de déclencher une décompensation à cause de la dette de sommeil que nous allions imposer à nos patients avec la méthode de restriction du temps passé au lit.

## 2.7 Préparation des séances

### Première séance

Pour l'**introduction**, nous avons utilisé l'outil « photolangage ». Il a été sélectionné un ensemble d'images du jeu « dixit », 31 au total (annexe 8). Le critère de sélection a été très personnel. J'ai sélectionné toutes les images du jeu qui pouvaient m'évoquer, même de loin, une insomnie. L'avantage de ces illustrations est qu'elles sont très poétiques et laissent libre cours à une grande imagination.

Pour l'atelier « **physiologie du sommeil** » (annexe 9), la pharmacienne qui devait être responsable de cette partie a eu des problèmes de santé, j'ai donc pris le relai de la construction de cette présentation. À mon sens, cette partie allait être la plus complexe à cause de la multitude d'informations nouvelles et plus ou moins techniques auxquelles les patients allaient devoir être confrontés. C'est pourquoi j'ai décidé de m'appuyer sur de nombreuses illustrations, schémas, diagrammes et de vulgariser le plus possible. J'ai également voulu rendre cet atelier concret en cherchant plusieurs exemples qui allaient pouvoir résonner auprès des patients. Concernant le contenu de cet atelier, je me suis appuyée sur les trois ouvrages suivants :

- « Prise en charge de l'insomnie » de Sylvie Royant-Parola, Agnès Brion et Isabelle Poirot (2);
- « Prendre en charge l'insomnie par les TCC » de Sylvain Dagneaux (4) ;
- « Apprendre à dormir, leçons de sommeil » d'Eric Mullens (20).

Les principaux sujets abordés lors de cet atelier ont été :

- Les bénéfices du sommeil sur le corps et l'esprit ;
- L'organisation du sommeil avec ses différents stades et sa structure en plusieurs cycles ;
- Les besoins de sommeil différents selon chacun ;
- L'évolution du sommeil à travers les âges ;
- Et la régulation du sommeil avec le processus homéostasique et le processus circadien.

Les effets néfastes de la carence en sommeil n'ont pas été abordés volontairement pour éviter l'effet anxiogène que cela allait pouvoir susciter chez ces patients. J'ai préféré présenter uniquement le prisme positif en parlant des effets bénéfiques du sommeil.

Pour l'atelier « **règles d'hygiène du sommeil** » (annexe 10), l'infirmier qui devait être responsable de cette partie n'est malheureusement pas passé à travers les mailles du filet de la COVID et n'a pas pu assurer la préparation et la présentation de sa partie. J'ai donc décidé de réaliser le contenu et de confier la présentation à mon directeur de thèse. L'ensemble des règles d'hygiène du sommeil ont été abordées à travers des questions vrai / faux, ayant pour but de faire participer et réfléchir les patients. Pour respecter un maximum les contraintes sanitaires, les cartes vrai-faux ont été projetées au lieu d'être sous format papier comme

prévu initialement. Concernant le contenu de cet atelier je me suis appuyée sur les sources suivantes :

- les trois ouvrages utilisés pour l'atelier « physiologie du sommeil » ;
- la brochure « Bien dormir, mieux vivre » de l'INPES (21) ;
- le site du réseau Morphée (22) ;
- « le guide des traitements comportementaux et cognitifs de l'insomnie de l'adulte, à l'usage du médecin généraliste » (23).

Pour l'atelier « **agenda du sommeil** » (annexe 11), la podologue de la MSP, en charge de cette présentation, a choisi d'expliquer oralement le rôle d'un agenda du sommeil et les informations qu'on allait pouvoir en extraire. Pour appuyer sa présentation, elle a choisi d'afficher un agenda du sommeil en grand format sur un tableau. Les patients avaient pour mission de remplir leur agenda du sommeil jusqu'à la séance suivante et de le remettre au secrétariat deux jours avant, afin de nous laisser le temps de l'analyser.

### Deuxième séance

Avant de débiter la 2ème séance, un questionnaire anonyme intitulé « qu'est-ce que j'ai retenu ? » (annexe 12) a été remis aux patients pour évaluer l'assimilation du contenu de la séance précédente.

Pour l'atelier « **analyse des résultats de l'agenda du sommeil** », chaque patient devait expliquer comment il avait vécu ces derniers jours avant qu'on projette au tableau son agenda du sommeil. Cette projection nous permettait de féliciter et d'encourager l'application des bonnes règles d'hygiène du sommeil et de mettre en lumière les mauvais comportements. La projection était aussi l'occasion de faire réfléchir les patients sur les comportements de chacun et de les faire participer. Aucun professionnel de santé n'a été désigné pour animer cette partie.

Pour l'atelier « **notions de TCC** » (annexe 13), la psychologue a préparé une projection ludique, interactive, exposant les grands principes de la Thérapie Cognitive-Comportementale et les deux méthodes suivantes : le contrôle du stimulus et la restriction du temps passé au lit.

Pour rappel, la méthode de contrôle du stimulus décrite initialement par Bootzin en 1972 (24), a pour but de recréer une association forte entre le lit et le sommeil à travers des consignes simples pour remédier au mauvais conditionnement que développent les insomniaques au coucher. La méthode de restriction du temps passé au lit, proposée par Spielman en 1987 (25), consiste à réduire le temps passé au lit pour le faire coïncider le plus possible avec le temps de sommeil et ainsi améliorer l'efficacité du sommeil.

Pour appliquer la méthode de restriction du temps passé au lit, les patients devaient calculer eux-mêmes, sous la supervision des professionnels de santé, leur efficacité de sommeil. Chacun a eu des explications sur la conduite à tenir pour appliquer cette méthode jusqu'à la prochaine séance. Concernant le contenu de cet atelier, la psychologue s'est appuyée principalement sur l'ouvrage « Les interventions en psychologie de la Santé », de Moïra Mikolajczak (26). La deuxième psychologue qui était en charge de cet atelier s'est

désistée lors de la préparation évoquant l'illégitimité de sa participation à ce projet car elle n'avait jamais reçu de formation à la TCC.

Pour l'atelier « **initiation au sevrage** » (annexe 14), la pharmacienne de la MSP, après s'être appuyée sur de multiples sources (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35), a préparé un support abondant les thèmes suivants concernant l'usage des benzodiazépines et ses apparentées :

- Position de la France au sein de l'Europe ;
- Mode d'action ;
- Impact sur l'architecture du sommeil ;
- Dépendance et accoutumance ;
- Effets secondaires et conséquences ;
- Protocole de sevrage.

La forme a simplement été restructurée par l'interne de 1ère année en stage au sein de la MSP et par moi-même pour rendre plus attrayant le support. Nous avons, par ailleurs, ajouté quelques « questions sondage » tout au long du support pour favoriser l'interactivité.

### Troisième séance

Nous avons distribué au début de la 3ème séance un questionnaire anonyme à destination des patients intitulé « qu'est-ce que j'ai retenu ? » (annexe 15) pour évaluer l'assimilation du contenu de la séance précédente.

Pour l'atelier « **analyse des résultats de l'agenda du sommeil** », les patients allaient devoir également déposer les agendas à la secrétaire de la MSP 2 jours avant la 3ème séance. Le principe de projeter les agendas de chacun a été conservé pour les raisons précitées. Chaque patient devait calculer lui-même son nouveau résultat d'efficacité de sommeil. Aucun professionnel de santé n'a été désigné pour animer cette partie.

Pour l'atelier « **sophrologie** » (annexe 16), la sophrologue a choisi d'exposer dans un premier temps les grands principes de la sophrologie et de proposer dans un deuxième temps une découverte de la pratique.

Enfin pour **la synthèse**, rien n'a été préparé en amont. Elle a été faite à l'oral et adaptée au public ayant participé en s'appuyant sur les expériences de chacun. C'est également à ce moment-là que nous avons choisi de distribuer aux patients le questionnaire anonyme de satisfaction (annexe 17).

Il était important qu'un support synthétique de chaque atelier soit distribué à la fin des séances aux patients. Cela permettait d'éviter qu'ils aient à prendre des notes et maximisait leur attention. Chaque professionnel de santé a donc réalisé en plus de sa présentation une fiche de synthèse (annexe 18).

## 2.8 Flyer à destination des patients avec le déroulé du programme

Un flyer avec le déroulé du programme a été créé dans le but d'être distribué aux patients lors de leur inclusion au programme pour qu'ils soient informés des différentes dates de convocation (annexe 19).

## 2.9 Réunion de simulation

Une réunion pluriprofessionnelle a été réalisée en amont des premières séances d'ETP afin de simuler une présentation orale en accéléré et de montrer à toute l'équipe les supports de chacun. Cela a permis de récolter plusieurs remarques constructives et de faire certains ajustements.

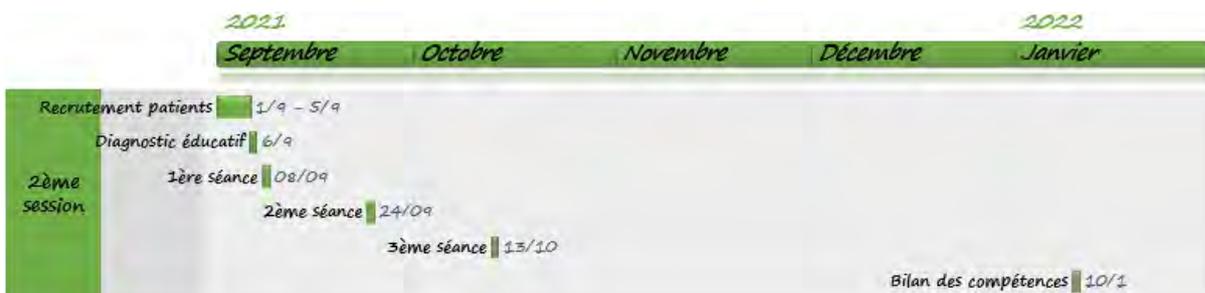
## 2.10 Programmation des sessions d'ETP

Nous avons décidé d'organiser deux sessions de trois séances chacune et choisi d'inclure 5 patients par session. Il a été convenu d'espacer chaque séance d'une quinzaine de jours afin que l'agenda du sommeil soit complété sur une durée suffisante.

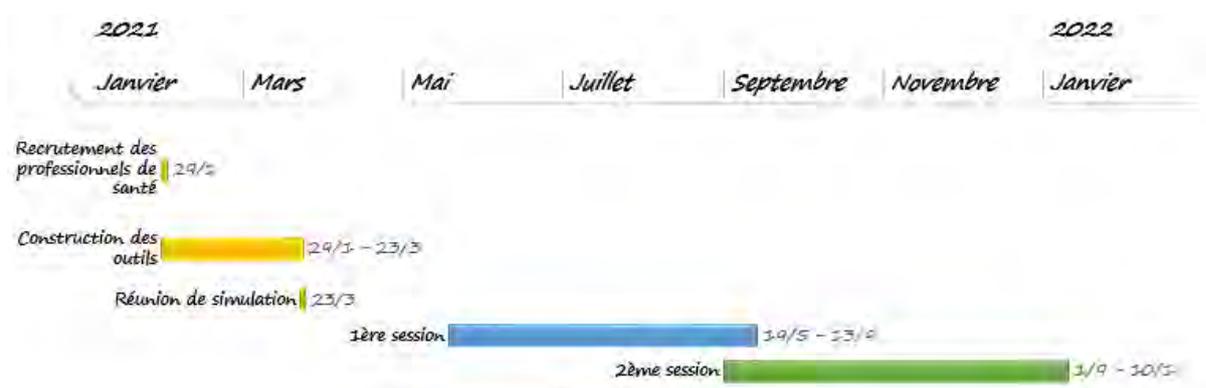
### Organisation de la 1<sup>ère</sup> session



### Organisation de la 2<sup>ème</sup> session



## Frise chronologique récapitulative



### 3. Résultats

L'analyse de l'ensemble des outils ayant permis la réalisation de ce projet est issue de ma réflexion personnelle. Elle s'appuie également sur les différents comptes rendus des observateurs, les résultats de l'auto-questionnaire de satisfaction des patients et l'entretien téléphonique pour faire le bilan des compétences et des changements.

Le ressenti des professionnels de santé a été recueilli grâce à un auto-questionnaire distribué à chacun au terme de chaque session (annexe 20).

#### 3.1 Réunion de recrutement des professionnels de santé

L'avantage d'avoir convoqué par mailing list l'ensemble des professionnels de la MSP a été d'atteindre un large public. Nous avons, en effet, été plutôt satisfaits du nombre de professionnels de santé ayant répondu à l'appel. Étaient présents lors de cette réunion :

- 2 médecins généralistes
- 2 psychologues (extérieures à la MSP)
- 1 sophrologue (extérieure à la MSP)
- 1 infirmier
- 3 pharmaciens
- 1 interne
- la coordinatrice de la MSP

Un des regrets manifeste fut le peu d'infirmiers représentés ce jour-là.

L'inconvénient de cette méthode de convocation a été l'évincement de certains professionnels de santé très intéressés par le projet. En effet, choisir d'imposer une date unique de présentation et se fixer de recruter dès la fin de cette réunion, nous a certainement privés de bons éléments.

Recruter en groupe et non de façon individuelle, a permis aux professionnels de santé hésitants de se lancer. En effet, au terme de la réunion, lorsque nous avons interrogé les

professionnels de santé sur leur motivation à s'engager, il a suffi qu'une personne se manifeste pour que les individus en balance, aient le courage de se rattacher au projet. Pour les plus timorés, cette réunion leur a permis de rencontrer un collègue prêt à faire équipe avec eux pour assurer la préparation et l'animation d'un même atelier. Cette réunion de recrutement a donc aidé à initier une dynamique de groupe au sein de l'équipe pluriprofessionnelle.

De plus, elle a donné l'opportunité à tous les professionnels de santé de solliciter l'ensemble des organisateurs pour répondre à toutes leurs interrogations. Ainsi, j'ai pu satisfaire à toutes les questions concernant le contenu du programme et mon directeur de thèse, de son côté, en tant que membre de la SISA, a pu répondre aux interrogations d'ordre organisationnel.

Au terme de cette réunion, les professionnels de santé engagés ont fait plus ample connaissance, en particulier avec les recrues extérieures à la MSP. Ces dernières en ont profité pour visiter les locaux y compris la salle au sein de laquelle allaient avoir lieu les différents ateliers.

### 3.2 Fiche de postes à pourvoir

Laisser à disposition la fiche de postes à pourvoir lors de la réunion de recrutement des professionnels de santé a permis d'avoir une visibilité directe des postes vacants et de pouvoir encourager certains à s'engager. L'objectif premier était bien évidemment que ni mon directeur de thèse ni moi-même ne participions directement à l'animation des ateliers. Nous devons avoir un rôle de coordination uniquement. Au terme de la réunion nous avons d'ailleurs un nombre suffisant de professionnels de santé pour ne pas avoir à intervenir.

La fiche de postes à pourvoir a permis également de centraliser l'ensemble des coordonnées des professionnels de santé engagés, ce qui nous a facilité par la suite les échanges.

### 3.3 Fiches de poste pour chaque atelier

Les fiches de poste mises à disposition pour chaque atelier (hormis l'atelier de sophrologie) ont permis de donner un cadre et de communiquer les premières échéances. Il a été demandé aux professionnels de santé d'envoyer fin février leur support, à mon directeur de thèse et à moi-même afin que nous puissions discuter ensemble des corrections à apporter avant la réunion de simulation qui a eu lieu la deuxième quinzaine de mars. En revanche, demander aux professionnels de santé de suivre une liste d'éléments essentiels à aborder dans chaque atelier a sans doute laissé moins de place aux prises d'initiatives.

### 3.4 « Guide de l'investigateur »

Dès la première session, nous avons rencontré des difficultés à recruter. D'une part, à cause des critères de recrutement nombreux, que nous avons eu du mal à cocher dans leur

intégralité. Par exemple deux patientes remplissaient l'ensemble des critères, excepté pour l'une, des bouffées de chaleur peu invalidantes au quotidien mais qui pouvaient être présentes la nuit, et pour l'autre, un Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil (SAOS) appareillé. Par ailleurs, plusieurs patients, qui manifestement présentaient des troubles du sommeil depuis plusieurs années de façon récurrente, ont eu du mal à affirmer avec fermeté les critères E et F de la définition de l'ICSD-3. D'autre part, nos difficultés à recruter des patients semblent directement être en lien avec la patientèle des deux médecins titulaires de la MSP. En effet, l'insomnie est un sujet qu'ils affectionnent tout particulièrement, ils ont en conséquence « éduqué » une grande partie de leur patientèle et on retrouve une très faible proportion de patients consommateurs de benzodiazépines.

Nous avons fait le choix de faire certains écarts, notamment sur les exemples précités, à cause des difficultés de recrutement que nous avons rencontrées et en imaginant que la participation de ces patients au programme ne pourrait pas leur être délétère dans tous les cas.

Lors de la 1<sup>ère</sup> session, seuls mon directeur de thèse et une pharmacienne ont participé au recrutement des patients. Nous nous sommes évidemment remis en cause à l'issue de ce premier recrutement quant à l'usage du « guide de l'investigateur ». Nous avons donc réfléchi, lors de la 2<sup>ème</sup> session, à un moyen de faciliter le recrutement en gardant pour objectif premier de faire participer l'ensemble de l'équipe. Il a donc été convenu, avec l'accord des professionnels de santé, de se détacher du guide qui paraissait trop complexe à utiliser. En effet, demander à un professionnel de santé peu familier avec la lecture de résultats biologiques de vérifier dans le logiciel WEDA le dernier résultat de TSH du patient, nous a paru après réflexion peu approprié. Nous avons donc convenu que les professionnels de santé communiqueraient à mon directeur de thèse les coordonnées de patients intéressés par le projet dès lors qu'ils leur paraîtraient éligibles au premier abord. Ensuite, mon directeur de thèse se chargerait de contacter les patients pour vérifier qu'ils remplissaient bien les critères d'éligibilité.

Au final, 6 patients ont été recrutés lors de la 1<sup>ère</sup> session. Un patient a fait part d'un grand enthousiasme et a insisté pour participer, bien que l'équipe soit au complet. 5 patients ont été recrutés lors de la 2<sup>ème</sup> session.

### Principales caractéristiques des patients recrutés

Patients	Sexe	Âge	Activité professionnelle	Suivi à la MSP	Recruté par
<u>1<sup>ère</sup> session</u>					
1	F	51 a	Cadre de service à l'hôpital	non	médecin
2	F	63 a	Aide à domicile	oui	médecin
3	M	41 a	Employé au trésor public	oui	médecin
4	M	72 a	Retraité	non	pharmacien
5	F	56 a	Secrétaire médicale	oui	médecin
6	M	51 a	Employé de mairie	non	pharmacien
<u>2<sup>ème</sup> session</u>					
1	F	47 a	Aide-soignante de nuit	oui	médecin
2	F	58 a	Retraité	oui	médecin
3	F	59 a	Retraité	oui	médecin
4	M	67 a	Retraité	oui	médecin
5	F	59 a	Retraité	oui	médecin

### 3.5 Flyer à destination des patients avec le déroulé du programme

Pour éviter de rentrer dans de longues négociations, nous avons fait le choix avec mon directeur de thèse d'imposer les dates des 3 séances et de les annoncer suffisamment à l'avance pour laisser le soin à chaque professionnel de santé de s'organiser en conséquence. Cependant, cela a tout de même provoqué quelques tensions.

Nous avons fait face à quelques difficultés également du côté des patients. De la même façon, ces dates leur ont été imposées. Cependant elles ont été annoncées nettement plus tardivement qu'aux professionnels de santé. Cela a de toute évidence demandé davantage d'organisation pour les patients ayant une vie active, imposant à certains de poser des jours de congés ou pour d'autres, même les retraités, de décaler des rendez-vous médicaux déjà programmés.

### 3.6 Questionnaire pour réaliser l'entretien du diagnostic éducatif

La mise en pratique de ce questionnaire lors de l'entretien du diagnostic éducatif nous a permis d'en évaluer la rapidité d'exécution : 20 minutes en moyenne par patient. Nous y avons donc consacré moins de 2h pour 5 patients.

Nous avons également constaté sa simplicité d'utilisation. En effet, la trame pré-enregistrée dans le logiciel WEDA a permis d'éviter les oublis et d'avoir une lecture simplifiée des résultats facilitant ainsi leur analyse. Par ailleurs, les échelles ISI (Index de Sévérité de l'Insomnie) et ECAB (Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines) (annexe 21) incorporés dans le questionnaire ont permis un calcul automatique des résultats, ce qui nous a fait gagner du temps.

L'utilisation de ce questionnaire par deux personnes distinctes, lors de la première et de la deuxième session a mis en lumière certains défauts passés inaperçus quand j'ai construit cet outil. Alors que j'ai dirigé l'ensemble des entretiens lors de la première session, c'est mon directeur de thèse qui s'est chargé de cette tâche lors de la deuxième session. En parcourant les réponses des patients de la deuxième session, aux questions : « Pourriez-vous partager des informations que vous connaissez ou avez entendues sur le sommeil ? » et « Prenez-vous un traitement pour dormir ? », j'ai constaté un manque de précision dans la formulation des questions car l'ensemble des réponses étaient fermées. De ce fait, il faudra ajouter à la suite de ces questions « lesquelles ? » et « lequel ? », respectivement, afin que les patients précisent leurs réponses.

Concernant les raisons qui ont poussé les patients à s'engager dans le programme, il est important de préciser que deux patients lors de la deuxième session ont formulé la réponse suivante : « pour faire plaisir à mon docteur ».

Les professionnels de santé n'ont pas eu la curiosité de visionner d'eux-mêmes les comptes rendus. Ainsi, lors de la première session, les comptes rendus ont été extraits du logiciel WEDA et envoyés à chaque professionnel de santé pour qu'ils puissent les parcourir. Lors de la deuxième session, l'envoi a été fait uniquement aux professionnels de santé l'ayant demandé.

Pour rappel, plusieurs auto-questionnaires ont été récoltés suite à cet entretien : « croyances et attitudes concernant le sommeil », « Matin / Soir » de Horne et Östberg et l'échelle HAD. L'organisation demandée pour mettre en place la distribution et la réception des questionnaires a été simple et efficace. Les résultats des différents questionnaires ont été exploités de façon différente. Pour le questionnaire « Matin / Soir », nous avons communiqué les résultats lors de la présentation "physiologie du sommeil" en les interrogeant en amont sur le profil qu'ils pensaient représenter. Cela a permis de créer un peu d'interaction lors de cet atelier qui était majoritairement théorique. Pour l'échelle HAD, l'exploitation des résultats nous a conduits à orienter les patients présentant un profil dépressif vers leur médecin traitant pour une prise en charge adaptée. En revanche les résultats du questionnaire « croyances et attitudes concernant le sommeil », n'ont pas été exploités par manque d'organisation.

### Principales informations extraites du diagnostic éducatif

Patients	Ancienneté de l'insomnie	ISI	Dépendance aux BZD ou apparentées	Respect de l'ensemble des règles d'hygiène du sommeil	Trouble anxieux et/ou dépressif
<u>1<sup>ère</sup> session</u>					
1	11 ans	légère	non	non	non
2	31 ans	modérée	non	non	non
3	4 mois	légère	non	non	non
4	41 ans	sévère	oui	non	non
5	21 ans	légère	non	non	oui
6	20 ans	modérée	oui	non	Donnée manquante
<u>2<sup>ème</sup> session</u>					
1	5 mois	absence	non	non	non
2	5 ans	sévère	non	non	oui
3	2 ans	absence	non	non	oui
4	30 ans	modérée	oui	non	oui
5	2 ans	légère	non	non	non

### 3.7 Réunion de simulation

Lors de cette réunion étaient présents :

- L'ensemble des professionnels de santé acteurs du programme
- Léna, une interne de 1<sup>ère</sup> année
- 2 IPA (Infirmière de Pratique Avancée) en cours de formation à la MSP de Montréal.

Cette réunion a été extrêmement enrichissante. En effet, elle a permis d'apporter l'ensemble des corrections suivantes pour les différents ateliers :

#### Physiologie du sommeil

- Vulgariser certains termes apparaissant sur les diapositives
- Faire apparaître la définition de l'insomnie chronique

### Règles d'hygiène du sommeil

- Modifier le terme « 6 grands commandements » qui pourrait faire peur et sembler trop directif

### Agenda du sommeil

- Prévoir du ruban adhésif ou des aimants pour accrocher l'agenda au tableau
- Agrandir le support de l'agenda du sommeil en passant d'un format A3 à A2
- Utiliser comme exemple la nuit que viendra de passer l'animateur de l'atelier pour illustrer le remplissage de l'agenda

### Notions de TCC

- Vulgariser certains termes
- Donner des exemples

### Initiation au sevrage

- Rendre plus attrayant le support
- Simplifier et vulgariser les termes employés
- Parler de la responsabilité du médecin dans la prescription des benzodiazépines

### Séance de sophrologie

- Augmenter le temps consacré à cette partie

### Remarques générales

- Organiser une pause
- Prévoir une collation pendant les séances

Cette réunion nous a également permis de passer très rapidement en revue les différents profils des patients afin de mieux appréhender notre public.

Enfin, cette réunion nous a aussi encouragés à proposer aux deux IPA présentes ce jour-là de jouer un rôle dans ce projet. Elles se sont montrées tellement curieuses et enthousiastes que nous avons sauté sur l'occasion pour leur proposer de revenir en tant qu'observatrices. Malheureusement, l'arrivée du confinement nous a contraints de reporter les dates de la 1<sup>ère</sup> session et elles n'ont finalement pas pu remplir cette mission.

## 3.8 Les différents ateliers

Finalement lors de la 1<sup>ère</sup> session, sur les six patients recrutés, trois patients ne se sont pas présentés à l'ensemble des séances. Lors de la 2<sup>ème</sup> session, sur les 5 patients recrutés, une patiente ne s'est pas présentée à l'intégralité des séances et une autre patiente a participé seulement à la 1<sup>ère</sup> séance.

## 1<sup>ÈRE</sup> SÉANCE

### **Introduction**

Cette introduction à travers le photolangage, a permis une libération totale de la parole. Un tel effet n'était pas attendu. En plus de se prêter au jeu, les patients se sont littéralement livrés tour à tour nous offrant un grand moment d'intimité. Cette confiance qu'ils se sont accordés mutuellement a permis de donner une véritable impulsion positive.

### **Physiologie du sommeil**

#### *Points positifs*

- Contenu intéressant, pédagogique et rassurant
- Enchaînement entre chaque diapositive fluide et cohérent
- Patients attentifs et imperturbables

#### *Point négatif*

- Curseur de pointage pour expliquer les schémas trop grossier

#### *Suggestions*

- Proposer une pause au milieu
- Ajouter de l'interaction en sollicitant les patients sur leur vécu ou à travers des questions « quizz »
- S'assurer de la bonne compréhension des patients en leur demandant régulièrement s'ils ont des questions
- Trouver un synonyme pour les termes "circadien" et "homéostatique"
- Se lever pour pointer directement les diapositives
- Donner une version papier des diapositives aux patients afin qu'ils puissent avoir un support sur lesquels prendre leurs notes et revenir chez eux avec l'ensemble des schémas

### **Règles d'hygiène du sommeil**

#### *Points positifs*

- Très interactif
- Liens avec la partie précédente

### **Agenda du sommeil**

#### *Points positifs*

- Clair et pédagogique

#### *Suggestions*

- Agrandir le format du tableau
- Mettre les légendes en dehors du tableau pour mieux les voir
- Distribuer les agendas au moment de l'explication
- Leur faire remplir eux-mêmes leur agenda pour une nuit sous la supervision de l'animateur

## 2<sup>ÈME</sup> SÉANCE

### **Analyse des résultats de l'agenda du sommeil**

#### *Points négatifs*

- Absence de professionnel de santé désigné pour faire cette partie
- Pas assez préparé en amont
- Animation creuse sans réel contenu

### **Notions de TCC**

#### *Points positifs*

- Présentation claire
- Méthodes proposées accessibles, aucun patient n'a manifesté son refus de les mettre en place
- Patients avertis en amont de la difficulté de réalisation de ces méthodes
- Côté rassurant d'insister sur l'aspect transitoire de cette méthode
- Patients très concentrés et acteurs de leur soin

### **Initiation au sevrage**

#### *Points positifs*

- Informations concernant les effets néfastes des benzodiazépines peu connues du public prouvant l'intérêt de notre intervention
- Sensation d'avoir véhiculé un message préventif efficace
- Participation active à la discussion des différents professionnels de santé présents, intérêt d'avoir un retour d'expérience de l'usage des benzodiazépines selon des prismes différents

#### *Points négatifs*

- Peu de patients consommateurs de benzodiazépines représentés
- Manque d'animation

#### *Suggestions*

- Explications du mécanisme d'action des benzodiazépines peu clair, interrogation sur l'intérêt de communiquer cette information

### 3<sup>ÈME</sup> SÉANCE

#### **Analyse des résultats de l'agenda du sommeil**

- Même remarques que celles évoquées lors de la 2<sup>ème</sup> séance
- La méthode de restriction du temps passé au lit a globalement été bien réalisée, cependant elle a été plus difficile à vivre chez les personnes ayant une activité professionnelle comparée aux retraités
- Difficultés pour certains patients de mettre en pratique la méthode de contrôle du stimulus

#### **Sophrologie**

##### *Points positifs*

- Découverte pour plusieurs patients
- Attention conservée
- Echanges sur le ressenti

#### **Synthèse**

Intervention naturelle, de la part des différents professionnels de santé présents lors de la dernière séance. Partages spontanés des ressentis de chaque patient.

Dès la 2<sup>ème</sup> session, nous avons pu mettre en application certaines suggestions d'amélioration faites lors de la 1<sup>ère</sup> session.

Deux remarques ont été relevées grâce aux questionnaires de satisfaction des patients. La première suggérait d'inclure dans le contenu du programme une partie sur « la ménopause et les troubles du sommeil ». Nous pouvons imaginer que cette remarque a été soulevée par la seule patiente recrutée s'étant plainte de bouffées de chaleur nocturnes. La seconde suggérait de mettre en place un entretien avec le patient seul et l'ensemble des professionnels de santé.

Les séances n'ont pas duré aussi longtemps que ce qui avait été imaginé. Chaque séance n'a généralement pas dépassé les 2 h d'intervention. Le temps consacré à chaque atelier ainsi que le nombre de patients par session (pour rappel seuls 3 patients étaient présents pour chaque séance alors que le nombre fixé au départ était de 5) a semblé adapté à l'unanimité par les patients. Les termes utilisés lors des ateliers n'ont posé aucune difficulté aux patients, le vocabulaire employé était à leur portée, ce qui souligne une bonne vulgarisation de notre part. Enfin, l'ensemble des participants recommanderait ce programme à leurs proches.

D'après le compte-rendu des observateurs, un des professionnels de santé pointait le déséquilibre entre le nombre de professionnels et celui des patients. On peut imaginer que ce déséquilibre en faveur des professionnels de santé se corrigera lors de sessions ultérieures, lorsque les professionnels de santé seront aguerris. En effet, les postes d'observateurs n'auront plus lieu d'être. Par ailleurs, on peut espérer que le nombre de patients lors des prochaines sessions sera également majoré grâce à une meilleure organisation et à l'absence de crise sanitaire. Cependant le déséquilibre entre le nombre de professionnels de santé et de patients ne semble pas avoir perturbé le déroulement des séances.

### 3.9 Questionnaire de restitution des connaissances au début de la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> séance

Certains patients n'ont pas réussi à restituer trois connaissances concernant chaque atelier. Et les acquisitions restituées ont globalement été les mêmes pour chaque atelier.

Les résultats de ces questionnaires n'ont pas été exploités en pratique. Nous n'avons pas pris le temps de les parcourir ensemble. Nous avons donc manqué l'occasion de mettre en place des tactiques pour clarifier certaines connaissances ou renforcer certaines compétences auprès des patients lors des séances suivantes (ce pourquoi ces questionnaires avaient été initialement conçus).

### 3.10 Bilan des compétences et des changements par appel téléphonique à 3 mois

Faire ce bilan par téléphone aura eu le seul avantage d'avoir un retour de l'ensemble des patients. Nous pouvons imaginer qu'organiser cet entretien en présentiel, à une telle distance de la dernière séance d'éducation thérapeutique, ne nous aurait pas mené à un taux de

réponses similaire. Cependant, cette distance a fait que nous avons eu beaucoup de difficultés à récupérer les échelles ISI qui sont en réalité le témoin le plus objectif de l'évolution du sommeil des patients.

### 3.11 Ressenti des professionnels de santé

Pour rappel, ces données sont issues d'un auto-questionnaire, distribué aux 5 professionnels de santé ayant participé au projet, au terme de la première et de la deuxième session. Tous les professionnels de santé qui ont participé au programme ont répondu à ce questionnaire hormis moi-même.

Pour la grande majorité des professionnels de santé, ce fut une nouvelle expérience. En effet, seul un professionnel de santé avait déjà participé à un programme d'éducation thérapeutique.

#### 3.11.1 D'un point de vue personnel :

Les principaux éléments qui sont ressortis concernant les acquisitions personnelles sont : la consolidation de ses compétences (5/5), la prise de confiance en soi (2/5), l'actualisation de ses connaissances (1/5) et l'approfondissement de ses connaissances à travers les interventions de chacun (1/5).

La grande majorité (4/5), a considéré que la participation à ce programme avait été utile à leur pratique professionnelle quotidienne.

Pour certains, cela leur aura permis de recruter de nouveaux patients (2/5).

#### 3.11.2 D'un point de vue pluriprofessionnel :

La majorité était d'accord pour dire que la mise en place du programme avait facilité la communication entre professionnels de santé du secteur (3/5).

Un professionnel de santé a même rapporté qu'il se sentait plus proche de ses collègues (1/5).

#### 3.11.3 D'un point de vue organisationnel :

Nous pouvons souligner que pour la grande majorité des professionnels de santé (4/5), la réunion de présentation du projet a participé à leur prise de décision d'intégrer le projet.

À l'unanimité les professionnels de santé ont trouvé :

- l'accès aux dossiers des patients simple ;
- les outils de communication (mails, groupe Whatsapp) utilisés au sein de l'équipe de professionnels adaptés ;
- et que la crise sanitaire avait eu des répercussions sur le bon déroulement du programme lors de la 1<sup>ère</sup> session.

La majorité a considéré qu'avoir accès au compte rendu du diagnostic éducatif était important (3/5).

Moins de la moitié a trouvé que la préparation de leur support leur avait demandé un investissement important (2/5). Ce ressenti semble s'amenuiser dès la deuxième session (1/5). Pour le reste des professionnels, l'investissement aura été relatif (3/5).

Globalement, se libérer pour les séances n'a pas été compliqué pour les professionnels de santé (4/5 puis 3/5).

Seul un professionnel de santé aurait préféré que l'ensemble des séances s'organise sur une journée.

#### 3.11.4 Concernant l'évolution entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> session :

La grande majorité a eu l'impression de mieux maîtriser sa présentation lors de la 2<sup>ème</sup> session comparativement à la première (4/5).

Aucun n'a considéré que ce qui lui était demandé sortait de son champs de compétence.

#### 3.11.5 Concernant le financement :

L'ensemble des professionnels de santé est satisfait de sa rémunération.

#### 3.11.6 Concernant l'avenir du projet :

Tous les professionnels de santé sont prêts à poursuivre leur investissement dans le projet à raison de deux sessions par an. Ils sont tous, par ailleurs, confiants quant à la pérennisation de ce projet.

À l'unanimité, les professionnels de santé sont convaincus d'avoir participé à l'amélioration du sommeil des patients.

## **4. Discussion**

### 4.1 Les différents axes d'amélioration

La mise en place de ce programme aura permis de définir quelques axes d'amélioration.

#### 4.1.1 Premier axe : la pluriprofessionnalité

Un de nos moteurs principaux a été tout au long du projet de mettre en lumière la pluriprofessionnalité.

Nous avons proposé, pleins d'ambition, d'inclure l'ensemble des professionnels de santé dans toutes les étapes du programme. Dès le recrutement des patients nous avons fait face aux premiers obstacles. En effet, le « guide de l'investigateur » que nous avons créé à cet usage n'a pas été exploité par l'ensemble des professionnels de santé. Nous avons tout de même su rebondir en ajustant la procédure de recrutement lors de la 2<sup>ème</sup> session en simplifiant les démarches. Seulement, ces efforts n'auront pas permis de répondre à nos attentes car seul un médecin a recruté lors de la deuxième session.

Par ailleurs, l'usage du logiciel WEDA s'est présenté à nous comme une solution évidente pour autonomiser l'ensemble des professionnels de santé dans la consultation des dossiers de patients inclus dans le programme. Cependant, nous n'avions pas anticipé l'interdiction d'accès aux dossiers médicaux des professionnels de santé type sophrologue ou psychologue qui ne répondent pas au titre de « professionnel de santé », tel que défini par le code de la santé publique (36). De plus, nous aurions dû nous assurer, pour ceux ayant accès à WEDA, de l'aisance de chacun à utiliser cet outil. Proposer une formation rapide à cet outil aurait pu être un moyen de palier à ces difficultés.

La MSP, qui a permis la conception de ce programme, ne regroupait pas une assez grande diversité de professionnels de santé pour satisfaire aux ambitions du programme. Il manquait à notre palette de compétences un(e) sophrologue et un(e) psychologue que nous avons réussi à recruter dans le même bassin de santé. En pratique, il sera difficile d'avoir au sein d'une même MSP l'ensemble des intervenants souhaités par ce programme. Cependant, il est tout à fait possible qu'un médecin puisse réaliser, par exemple, la partie sur la Thérapie Cognitivo- Comportementale ou un(e) infirmie(è)r(e) la partie sophrologie à condition d'avoir un minimum de formation. Nous avons d'ailleurs eu au sein de notre programme une podologue qui a pris en charge l'animation de l'atelier agenda du sommeil. Rétrospectivement, il nous paraît évident que chaque professionnel de santé, acteur dans une MSP peut apporter sa contribution à la réalisation d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'insomnie chronique. En effet, par exemple, un podologue ou un kinésithérapeute peuvent jouer un rôle dans le recrutement des patients durant leur consultation. Un patient pourrait tout à fait aborder ses difficultés de sommeil de façon spontanée, ainsi le podologue ou le kinésithérapeute pourraient l'adresser aux professionnels de santé responsables du recrutement.

#### 4.1.2 Deuxième axe : l'organisation des sessions

Une autre difficulté que nous avons rencontrée a été la convocation des patients pour les trois séances. Dès la séance du diagnostic éducatif les patients ont manifesté leurs difficultés à se libérer pour l'ensemble des trois séances. Lors de la première session, une des patientes n'a pas pu se rendre à la première séance et cela nous a demandé beaucoup d'organisation pour lui permettre de raccrocher la suite du programme. Nous pourrions imaginer dans une étude ultérieure proposer de réaliser les 3 séances sur une seule et même journée pour permettre aux patients de se libérer plus facilement. En revanche cela demanderait d'organiser différemment l'atelier « agenda du sommeil ». En effet, il faudrait expliquer aux patients comment remplir un agenda du sommeil avant la journée d'ETP et leur demander de le faire 15 jours avant celle-ci. Il faudrait également repenser l'atelier « analyse des résultats de l'agenda » de la 3<sup>ème</sup> séance qui permet d'avoir un retour d'expérience sur l'application des méthodes de TCC. Les patients pourraient revenir auprès d'un des professionnels de santé à travers une séance individuelle. Cependant cette organisation, nous priverait des résultats positifs que peuvent apporter la dynamique de groupe pour les changements de comportements. Finalement, une telle organisation demanderait aux patients de se libérer tout de même plusieurs fois. Seulement les séances individuelles proposées par ce schéma laisseraient davantage de liberté aux patients de s'organiser.

#### 4.1.3 Troisième axe : le recrutement des patients

Notre plus grande difficulté aura été sans conteste le recrutement. Nous avons eu la chance d'avoir deux candidates concernées et extrêmement motivées par ce projet alors qu'il était seulement en cours de conception. Ces deux candidates étaient deux personnes travaillant au sein de la MSP. Nous les avons donc naturellement recrutées lors de la 1<sup>ère</sup> session. Par ailleurs, nous avons eu deux autres patients qui nous ont signalé participer au programme « pour faire plaisir à leur docteur ». Ces différents points sont en faveur d'un biais de sélection.

Alors que nous avons recruté 6 patients lors de la 1<sup>ère</sup> session et 5 patients lors de la 2<sup>ème</sup> session, nous avons seulement eu 3 patients qui ont participé à l'intégralité du programme pour chaque session. Concernant le profil des patients qui ne se sont pas présentés, il faut noter deux détails intéressants. Au total, sur les 5 personnes qui ne se sont pas présentées, 3 patients présentaient une insomnie sévère d'après l'échelle ISI et/ou étaient des consommateurs dépendants aux benzodiazépines. Avec une grande réserve face au peu de données que nous possédons, nous pouvons anticiper d'attacher une attention particulière à ce profil de patients qui, au premier abord, semblent les plus à même d'être investis mais en réalité s'avèrent être les moins assidus. Ainsi, lors de sessions ultérieures il serait intéressant de travailler sur cette ambivalence.

Lors de la 2<sup>ème</sup> session, 2 patientes recrutées n'avaient pas d'insomnie clinique d'après le questionnaire ISI récolté au moment du diagnostic éducatif. Ces données peuvent s'expliquer. En effet, au moment de l'inclusion, l'une des patientes, qui avait une activité professionnelle avec des horaires nocturnes avait été mise en arrêt de travail pour épuisement professionnel et l'autre patiente avait été mise sous antidépresseur.

Nous avons pris la liberté d'inclure certains patients ne respectant pas strictement les critères de recrutement que nous nous étions fixés. Mais ce que nous n'avions pas anticipé, c'était l'absence d'information proposée dans le programme concernant les sujets pour lesquels nous avons fait une entorse (le thème de la ménopause et du sommeil ou les comportements à adapter lorsqu'on travaille en horaires décalés).

Nous pouvons imaginer dans une prochaine étude investir dans des outils de communication tels que des affiches à placarder au comptoir de la pharmacie, au sein de la MSP ou laisser à disposition des prospectus informatifs. S'appuyer sur les médias locaux semble être une option envisageable puisqu'une étude proposant un programme similaire a recruté des patients grâce à une intervention sur radio France bleue (37). Enfin, nous pourrions envisager de chaperonner une MSP, proche de notre secteur, intéressée par le projet pour élargir la zone de recrutement.

#### 4.1.4 Quatrième axe : respect de toutes les étapes d'un programme d'ETP comme décrit dans le guide méthodologique de la HAS

Nous n'avons pas, au terme de l'entretien du diagnostic éducatif, pris le soin de faire formuler au patient les compétences qu'il souhaitait acquérir en fonction de ses priorités, tout en négociant avec lui des objectifs réalisables, afin d'établir l'ordonnance de son programme personnalisé d'ETP comme il est recommandé de le faire dans le guide

méthodologique de la HAS. Ainsi, nous nous sommes privés lors du bilan, d'une référence intéressante pour faire une évaluation davantage centrée sur le patient.

#### 4.1.5 Cinquième axe : les données inutilisées

L'absence d'utilisation des résultats de l'auto-questionnaire « croyances et attitudes concernant le sommeil » nous a privés d'une ressource intéressante pour mieux cerner les cognitions de nos patients. Il me semble intéressant d'intégrer dans l'organisation du programme une réunion pluridisciplinaire consacrée à la lecture de ces questionnaires.

Le bilan des connaissances et des compétences a mis en évidence le fait que l'ensemble des patients n'avaient pas consulté les supports de synthèse que les professionnels de santé avaient pris le temps de préparer. Nous pouvons donc nous interroger sur l'intérêt de s'ajouter une telle charge de travail.

L'exploitation des résultats des fiches de restitution des connaissances distribuées au début de la deuxième et de la troisième séance n'a pas pu se faire de façon optimale à cause d'un manque de données. En effet, l'ensemble du contenu de chaque séance n'a pas été balayé dans ces deux questionnaires car il a simplement été demandé de restituer trois connaissances concernant chaque atelier. Il a donc été difficile de se rendre compte de ce qui n'avait pas été assimilé. Seules, les questions où les patients n'avaient pas réussi à restituer trois connaissances étaient exploitables.

Lors de la 2<sup>ème</sup> session, nous avons rencontré des difficultés, certainement à cause d'un problème de communication, pour récupérer les agendas du sommeil deux jours avant la deuxième et troisième séance, comme cela était prévu. Cela a participé à l'absence d'analyse des agendas en amont et donc à une lacune de contenu proposé pour l'atelier « analyse des résultats de l'agenda du sommeil ». Cette étape me paraît importante surtout pour des professionnels de santé n'ayant pas une grande expérience de l'analyse de ces agendas. Enfin, désigner un porte-parole qui mènera l'animation de cet atelier semble être indispensable pour apporter davantage de clarté.

#### 4.1.6 Sixième axe : les techniques d'animation

Nous avons essayé de rester fidèles au protocole détaillé des séances proposé dans la revue de la littérature d'Angela Delorme (13). Cependant nous n'avons pas utilisé plusieurs outils d'ETP qui avaient été suggérés, par manque de temps. À l'avenir, il serait intéressant d'enrichir le programme en développant davantage de techniques d'animation.

## 4.2 Forces de l'étude

La réalisation de notre étude a été facilitée par le budget conséquent de la MSP. En effet, cet avantage nous a permis de nous dispenser de faire des demandes de financement qui peuvent prendre du temps et demander certaines formations. Au total, le budget investi par la MSP pour ce projet aura été de 4320 euros. Afin de pouvoir pérenniser ce projet, il paraît incontournable d'en passer par ces étapes de demande de financement via l'article 51 ou la déclaration de projet d'ETP à l'ARS, et donc s'astreindre à remplir un cahier des charges.

Lors de la conception de ce programme nous avons fait face à deux désistements de la part des professionnels de santé en raison de problèmes de santé. Une réattribution des rôles a été possible facilement et rapidement par mon directeur de thèse et moi-même qui avons assuré le relais. Il faut savoir prendre en compte ce type d'aléas et avoir identifié des personnes ressources en amont pour pouvoir y avoir recours en cas d'incident et ainsi achever le programme et ne pas réduire à néant l'investissement de chacun.

La diffusion de ce type de programme pourrait permettre de remédier à un des freins constaté par l'étude ayant évalué la proportion de prises en charge conformes aux recommandations de l'HAS-SFTG de 2006 par les médecins généralistes (8) qui, je le rappelle, était le manque de temps en consultation. Le rapport : temps investi / nombre de patients pris en charge est en faveur d'un gain de temps. En effet, une fois que la mise en application du programme sera bien installée, les interventions de chaque professionnel seront de courte durée.

### 4.3 Limites de l'étude

La crise sanitaire, n'aura pas agi en notre faveur. En effet, nous avons fait face à des désistements du côté des professionnels de santé que ce soit directement ou indirectement à cause de la COVID. Du côté des patients, elle a certainement eu un impact sur le taux d'absentéisme lors de la première session quand la première séance a dû être décalée de plus d'un mois à cause de l'annonce du confinement. Nous avons dû avancer tous les jours avec l'incertitude de voir le projet prendre définitivement forme.

La mise en place de ce type de programme implique qu'une personne au sein de l'équipe de professionnels de santé endosse le rôle de « chef d'orchestre » afin :

- D'organiser la réunion de recrutement des professionnels de santé ;
- De fédérer le groupe des professionnels de santé ;
- De coordonner l'attribution d'un poste à chacun ;
- De fixer des échéances au-delà desquelles les travaux devront être terminés ;
- De fixer les dates de réunion pour faire le point ;
- De se rendre disponible pour répondre aux interrogations de chacun.

J'ai endossé naturellement ce rôle de coordinateur pour mon projet de thèse. Cependant, en dehors de ce type de contexte, on peut se demander si l'attribution d'un tel rôle sera évidente.

Les résultats relatifs aux ressentis des professionnels de santé ont pu être soumis à un biais d'information. D'une part, sur l'ensemble du programme parce que mon directeur de thèse est juge et partie. Et d'autre part, de façon plus spécifique, sur le retour des professionnels de santé quant à leur investissement. Le fait que j'ai pris à ma charge plusieurs préparations minimise l'investissement perçu.

Dans cette étude, l'efficacité du programme sur les patients n'a pas été analysée à cause du petit échantillon de patients que nous avons. Un futur travail de recherche pourrait s'atteler à travailler sur les différents axes d'amélioration suggérés dans cette étude pour

analyser ensuite à une plus grande échelle l'efficacité de ce programme sur le sommeil des patients.

## **5. Conclusion**

Ce travail de recherche a permis de montrer qu'organiser un programme d'éducation thérapeutique sur l'insomnie chronique au sein d'une MSP était tout à fait réalisable.

La démarche et les différents outils développés dans le cadre de cette thèse constituent un support réutilisable par des équipes pluridisciplinaires en soins premiers pour prendre en charge l'insomnie chronique conformément aux recommandations de la HAS-SFTG. Par ailleurs, nous pouvons souligner qu'il n'est pas indispensable de recevoir une formation à l'ETP ni à la TCC pour s'engager dans un tel projet.

Le retour sur le ressenti des professionnels de santé a mis en lumière plusieurs éléments positifs. Ce projet a participé à leur épanouissement personnel et professionnel. Par ailleurs, il a permis de fédérer des professionnels de santé, y compris extérieurs à la MSP, et ainsi de faciliter la communication entre les professionnels de santé du secteur.

La réaction des patients tout au long du programme et à postériori est encourageante pour la pérennisation de ce projet.

La dynamique positive que peut engendrer ce type de projet d'un point de vue professionnel pourrait être utilisée pour diffuser le concept de pluriprofessionnalité dans des régions isolées. C'est d'ailleurs un des projets de la MSP de Montréjeau.

## LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSV-Enquete-JS2021-Synthèse.pdf [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2020/02/INSV-Enquete-JS2021-Synth%C3%A8se.pdf>
2. Royant-Parola S, Brion A, Poirot I. Prise en charge de l'insomnie. 2017.
3. Sftg - Has. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Médecine Sommeil. déc 2007;4(14):5-27.
4. Dagneaux S. Prendre en charge l'insomnie par les TCC. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2021. (Les ateliers du praticien).
5. Le sommeil et ses pathologies: approche clinique transversale chez l'adulte. Paris: Ellipses; 2019.
6. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 22 nov 2021]. Disponible sur: <https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
7. Benzodiazépines hypnotiques au long cours : un intérêt thérapeutique limité [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1756665/fr/benzodiazepines-hypnotiques-au-long-cours-un-interet-therapeutique-limite](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1756665/fr/benzodiazepines-hypnotiques-au-long-cours-un-interet-therapeutique-limite)
8. Insomnie en médecine générale : estimation de la conformité des prises en charge aux recommandations de l'HAS-SFTG et ses déterminants. Médecine Sommeil. 1 déc 2019;16(4):254-61.
9. Psychotropes [Internet]. [cité 2 déc 2021]. Disponible sur: <https://psychotropes.fr/>
10. Moreau S. Insomnie chronique de l'adulte: développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale : élaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
11. La prise en charge des troubles du sommeil : l'apport d'un forum internet. Médecine Sommeil. 1 sept 2015;12(3):123-9.
12. Évaluation de l'efficacité d'un programme français de thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie en ligne (Therasomnia®). Médecine Sommeil. 1 mars 2017;14(1):42.
13. Delorme Angéla, Fourcade Fabien, Université Toulouse 3 Paul Sabatier. Organisme de soutien Université Toulouse 3 Paul Sabatier, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil. Organisme de soutien Université Paul Sabatier Toulouse Faculté des sciences médicales Rangueil. Prise en

charge de l'insomnie chronique de l'adulte par l'éducation thérapeutique: une revue narrative de littérature. [Toulouse]: Université Toulouse 3 diffusion/distribution; 2019.

14. Cahier\_des\_charges\_MSP\_290518.pdf [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: [https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/02/Cahier\\_des\\_charges\\_MSP\\_290518.pdf](https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/02/Cahier_des_charges_MSP_290518.pdf)
15. etp\_-\_comment\_elaborer\_un\_programme\_-\_recommandations\_juin\_2007.pdf [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_comment\\_elaborer\\_un\\_programme\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf)
16. etp\_-\_guide\_version\_finale\_2\_pdf.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_pdf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf)
17. Questionnaire du sommeil - Réseau Morphée [Internet]. Questionnaire sommeil du réseau morphée. [cité 23 nov 2021]. Disponible sur: <https://questionnaire.reseau-morphee.fr/>
18. Arrêté du 30 décembre 2020.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2021-02/Arr%C3%AAt%C3%A9%20du%2030%20d%C3%A9cembre%202020.pdf>
19. A51\_Livret\_accompagnement\_porteur\_VJuillet2020(003).pdf [Internet]. [cité 3 janv 2022]. Disponible sur: [https://gnius.esante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/A51\\_Livret\\_accompagnement\\_porteur\\_VJuillet2020%28003%29.pdf](https://gnius.esante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/A51_Livret_accompagnement_porteur_VJuillet2020%28003%29.pdf)
20. Mullens É. Apprendre à dormir: leçons de sommeil. Paris: J. Lyon; 2005. (Les 500 conseils).
21. mieux-dormir-inpes.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/07/mieux-dormir-inpes.pdf>
22. Un réseau de santé consacré aux troubles du sommeil [Internet]. [cité 23 nov 2021]. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/>
23. guide\_insomnie.pdf [Internet]. [cité 22 août 2021]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/source/docs/guide\\_insomnie.pdf](http://www.bichat-larib.com/source/docs/guide_insomnie.pdf)
24. Bootzin RR. Stimulus Control Treatment for Insomnia: (465522008-198) [Internet]. American Psychological Association; 1973 [cité 19 déc 2021]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e465522008-198>
25. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of Chronic Insomnia by Restriction of Time in Bed. *Sleep*. 1 janv 1987;10(1):45-56.
26. Mikolajczak M. Les interventions en psychologie de la santé. Paris: Dunod; 2013. (Psycho sup).
27. Antier D, Pu-Ph P. Arrêter le traitement par benzodiazépines de la personne âgée : enjeux & réflexions. :12.

28. bzd\_insomnie\_v2.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd\\_insomnie\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf)
29. DUneurophysioclinairephysiosommeil2011.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2021]. Disponible sur: <https://physio.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2014/01/DUneurophysioclinairephysiosommeil2011.pdf>
30. fiche\_memo\_arret\_benzodiazepines\_pour\_mel\_2015\_06\_16.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche\\_memo\\_arret\\_benzodiazepines\\_pour\\_mel\\_2015\\_06\\_16.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf)
31. inhalo34.2\_01\_fichessommeil\_adulte.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2021]. Disponible sur: [https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2017/06/inhalo34.2\\_01\\_fichessommeil\\_adulte.pdf](https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2017/06/inhalo34.2_01_fichessommeil_adulte.pdf)
32. Launois-Rollinat S. Le sommeil et sa physiologie. *Hegel*. 2019;N° 3(3):231.
33. Sommeil F. Les 10 bonnes habitudes à adopter [Internet]. Fondation Sommeil - Troubles du sommeil. [cité 3 déc 2021]. Disponible sur: <https://fondationsommeil.com/les-10-bonnes-habitudes-adopter/>
34. Fardin D. Prescriptions chroniques d'hypnotiques, conseils à l'officine et sevrage [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences pharmaceutiques; 2016.
35. Dufлот A-C. Prise en charge de l'insomnie chronique: analyse d'un atelier du sommeil à Nantes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2018 [cité 3 déc 2021]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/36ab36fa-e134-492a-9184-90dfca23a758>
36. 09r03\_reco\_delivrance\_information\_personne\_etat\_sante.pdf [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03\\_reco\\_delivrance\\_information\\_personne\\_etat\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03_reco_delivrance_information_personne_etat_sante.pdf)
37. 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.

# ANNEXES

## Annexe 1 : questionnaire du diagnostic éducatif

### Diagnostic éducatif

**A remplir avec le patient.**

**Avant de commencer :**

- **Bien expliquer au patient de vous interpeler si un terme ou une tournure de phrase ne lui paraît pas claire afin que ça lui soit expliqué ou reformulé.**
- **Informé le patient que ce questionnaire est standard et que tous les participants au programme sont soumis au même questionnaire.**

**Certaines questions vont interroger les connaissances du patient sur le sommeil. Prenez bien le soin de ne pas répondre à ces questions quand il répond par la négative (ces sujets seront abordés pendant le programme).**

#### Renseignements administratifs du patient

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance.....

Adresse.....

Téléphone.....

Adresse mail.....

#### **Dimension biomédicale de la maladie :**

Depuis quand a débuté votre insomnie ?

.....

Y-a-il eu un facteur déclenchant d'après vous ?

Oui

Lequel .....

Non

S'est-elle aggravée au fil du temps ?

- Oui
- Non

Dormez-vous :

- Seul ?
- En couple ?

Une fois couché dans votre lit, essayez-vous de dormir de suite ?

- Oui
- Non

OU

Aimez-vous passer du temps à faire quelque chose (plusieurs réponses possibles) :

- Lecture
- Utilisation d'écran (ordinateur, smartphone, tablette, télévision)
- Autre .....

En moyenne combien de temps s'écoule entre le moment où vous vous couchez et le moment où vous CHERCHEZ à vous endormir :

- <30 min
- 30min-1h
- 1h-2h
- >2h

Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ?

.....

Si vous vous réveillez en cours de nuit :

- Quel est le nombre d'éveil (réponse approximative) ?.....
- Quelle est la durée des éveils (réponse approximative) ?.....

Au matin votre réveil est-il :

- Spontané (tout seul) ?
- Avec un réveil ?

**Faire remplir au patient le questionnaire ISI (ci-joint).**

**Dimension socioprofessionnelle :**

Quelle est votre situation professionnelle ?

.....

Si activité professionnelle il y a, faire préciser les horaires d'une journée de travail classique :

Début.....

Fin.....

Quelle est votre heure de lever ?

- En semaine.....
- En WE.....

Quelle est votre heure du coucher ?

- En semaine.....
- En WE.....

Quelle est votre situation familiale ?

- Seul
- En couple
- Nombre d'enfants.....

Pratiquez-vous une activité sportive ?

- Oui  
Laquelle.....  
Fréquence dans la semaine.....  
Moment de la journée où elle est pratiquée.....
- Non

Etes-vous fumeur (y compris cigarette électronique avec nicotine) ?

- Oui  
Nombre de cigarettes par jour (ou équivalent ?).....
- Non

Buvez-vous régulièrement des boissons énergisantes ou excitantes (type cola, café...) ?

- Oui  
Quantifier le volume/24h.....
- Non

Buvez-vous régulièrement des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs...) ?

- Oui
- Non

Consommez-vous de la drogue ? (plusieurs réponses possibles)

- Cannabis ;
- Ecstasy/MDMA
- Cocaïne
- Autres

Vous arrive-t-il de sortir régulièrement en semaine dans la soirée ?

- Oui
- Non

le week-end ?

- Oui
- Non

Juste avant le coucher, utilisez-vous régulièrement (plus de 3 fois par semaine) un écran (ordinateur/ tablette/ smartphone/ télé) pendant plus d'1 heure ?

- Oui
- Non

### **Dimension cognitive:**

Selon vous quelles sont les causes de votre insomnie ?

.....

Prenez-vous un traitement pour dormir ?

- Oui
  - Depuis quand ?.....
  - A quelle posologie ?.....
  - Le prenez-vous occasionnellement ou tous les jours ?.....
  - Vous arrive-t-il de l'oublier ?.....
  - Avez-vous la sensation que votre sommeil est plus réparateur depuis que vous prenez ce médicament ?.....
  - Savez-vous comment il agit sur votre corps ?.....

**Si le patient consomme une benzodiazépine lui faire remplir l'échelle ECAB (ci-joint).**

- Non

Vous arrive-t-il d'annuler une activité (une sortie au cinéma, un dîner...) parce-que vous n'avez pas assez dormi la veille ?

- Oui
- Non

Pensez-vous mettre tout en œuvre pour induire votre sommeil ?

- Oui
- Non

Pensez-vous qu'en modifiant votre hygiène de vie il vous serait possible d'améliorer votre sommeil ?

- Oui
- Non

Pourriez-vous partager des informations que vous connaissez ou avez entendu sur le sommeil ?

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

**Dimension psycho-affective :**

Que faites-vous lorsqu'il vous arrive de vous réveiller en pleine nuit ?

.....

Avez-vous déjà entrepris des changements d'attitude vis-à-vis de votre sommeil ?

- Oui
- Non

Seriez-vous prêt à le faire ?

- Oui
- Non

**Projets de vie du patient :**

Pourquoi avez-vous accepté de participer à ce programme ?

.....

Qu'est-ce que vous seriez prêt à faire pour mieux dormir ?

.....

Avez-vous déjà entendu parler de l'éducation thérapeutique ?

- Oui
- Non

Faire remplir l'échelle HAD à la sortie de la consultation et demander au patient de le remettre au secrétariat.

## Annexe 2 : Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

### Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

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

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

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

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

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

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

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

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4



<< + FORTEMENT EN DÉSACCORD      FORTEMENT EN ACCORD +>>  
 0   1   2   3   4   5   **6**   7   8   9   10

8. Je suis inquiet(ète) de perdre le contrôle sur mes habiletés à dormir.  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
9. Parce que je vieillis, je dois aller au lit plus tôt dans la soirée.  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
10. A près une mauvaise nuit de sommeil, je sais que cela va nuire à mes activités quotidiennes le lendemain.  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
11. Afin d'être éveillé(e) et de bien fonctionner le jour, je crois qu'il serait mieux de prendre une pilule pour dormir plutôt que d'avoir une mauvaise nuit de sommeil.  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
12. Lorsque je me sens irritable, déprimé(e) ou anxieux(se) pendant la journée, c'est surtout parce que j'ai mal dormi la nuit précédente.  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
13. Parce que mon/ma conjoint(e) s'endort aussitôt qu'il/elle se couche et reste endormi(e) toute la nuit, je devrais être capable d'en faire autant.  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
14. Je pense que l'insomnie est essentiellement le résultat du vieillissement et peu de choses peuvent être faites pour ce problème.  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
15. J'ai parfois peur de mourir pendant mon sommeil.  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
16. Quand j'ai une bonne nuit de sommeil, je sais que j'en payerai le prix la nuit suivante.  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
17. Quand je dors mal une nuit, je sais que cela dérangera mon horaire de sommeil pour toute la semaine.  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
18. Sans une nuit de sommeil adéquate, je peux à peine fonctionner le lendemain.  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Croyances et attitudes concernant le sommeil, © Charles M. Morin, 1993. Reproduit avec permission.

19. Je ne peux jamais prédire si j'aurai une bonne ou une mauvaise nuit de sommeil.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
20. J'ai peu d'habiletés pour faire face aux conséquences négatives d'un sommeil troublé.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
21. Quand je ressens de la fatigue, que je suis sans énergie ou simplement incapable de bien fonctionner, c'est généralement parce que j'ai mal dormi la nuit précédente.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
22. Je deviens envahi(e) par mes pensées la nuit et souvent je sens que je n'ai pas le contrôle sur ces pensées.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
23. Je crois que je peux encore mener une vie satisfaisante malgré mes difficultés de sommeil.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
24. Je crois que l'insomnie est principalement le résultat d'un déséquilibre hormonal.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
25. Je crois que l'insomnie est en train de ruiner ma capacité à jouir de la vie et m'empêche de faire ce que je veux.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
26. Un verre d'alcool avant l'heure du coucher est une bonne solution aux difficultés de sommeil.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
27. La médication est probablement la seule solution à l'insomnie.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
28. Mon sommeil se détériore continuellement et je ne crois pas que quelqu'un puisse m'aider.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
29. Habituellement, lorsque je n'ai pas bien dormi, ça affecte mon apparence physique.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
30. J'évite ou j'annule mes engagements (sociaux, familiaux) après une mauvaise nuit de sommeil.
 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

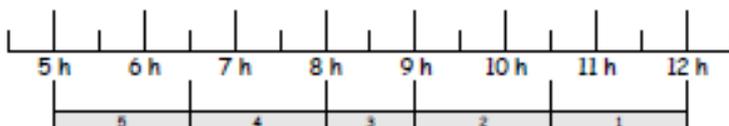
Croyances et attitudes concernant le sommeil, © Charles M. Morin, 1993. Reproduit avec permission.

## Annexe 4 : questionnaire Matin / Soir de Horne et Östberg

### Questionnaire Matin / Soir de Horne et Östberg

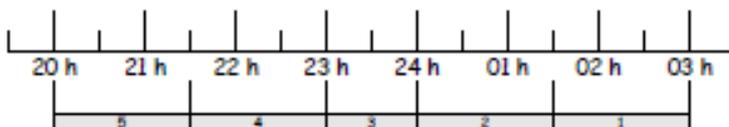
Nom : _____ Prénom : _____	
Date de Naissance : _____	
Date de Passation : _____	

1 - En ne pensant qu'à l'heure de votre « meilleure forme », à quelle heure vous leveriez-vous si vous étiez absolument libre d'organiser votre journée ?



1	
---	--

2 - De même, à quelle heure iriez-vous vous coucher si vous étiez absolument libre d'organiser votre soirée ?



2	
---	--

3 - Si vous devez vous lever à une heure déterminée du matin, dans quelle mesure êtes-vous obligé d'utiliser votre réveil ?

- Pas du tout.....  - ①
- Un peu, par prudence.....  - ②
- Quasi nécessairement.....  - ③
- Absolument.....  - ④

3	
---	--

4 - A condition que vous soyez dans de bonnes conditions d'environnement, vous levez-vous facilement le matin ?

- Pas facilement du tout.....  - ①
- Pas très facilement.....  - ②
- Facilement.....  - ③
- Très facilement.....  - ④

4	
---	--

## Questionnaire Matin / Soir de Horne et Östberg

5 - Est-ce que vous vous sentez éveillé dans la demi-heure qui suit votre réveil ?

5

- Pas réveillé du tout .....  - ①
- Assez réveillé .....  - ②
- Eveillé .....  - ③
- Très éveillé .....  - ④

6 - Avez-vous de l'appétit dans la demi-heure qui suit votre réveil ?

6

- Pas du tout .....  - ①
- Pas beaucoup .....  - ②
- Assez .....  - ③
- Beaucoup .....  - ④

7 - Est-ce que vous vous sentez fatigué dans la demi-heure qui suit votre réveil ?

7

- Très fatigué .....  - ①
- Fatigué .....  - ②
- Reposé .....  - ③
- Très reposé .....  - ④

8 - Quand vous n'avez absolument aucune obligation le lendemain, à quelle heure allez-vous vous coucher, comparé à votre heure de coucher habituelle ?

8

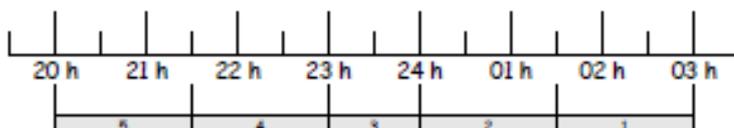
- Rarement ou jamais plus tard .....  - ①
- Moins d'une heure plus tard .....  - ②
- Une ou deux heures plus tard .....  - ③
- Plus de deux heures plus tard .....  - ④

## Questionnaire Matin / Soir de Horne et Östberg

9 - Vous vous êtes décidé à faire du sport, un ami vous propose d'en faire une heure deux fois par semaine entre 7 heures et 8 heures du matin, connaissant l'heure de votre « meilleure forme », comment pensez-vous que ça irait ?

- Pas réveillé du tout .....  - ①
- Assez réveillé .....  - ②
- Eveillé .....  - ③
- Très éveillé .....  - ④

10 - A quelle heure le soir vous sentez-vous fatigué à cause du manque de sommeil ?



11 - Vous souhaitez être dans la meilleure forme possible pour passer un examen que vous savez être fatiguant intellectuellement et qui doit durer deux heures. Si l'heure de cet examen dépendait uniquement de vous, à quelle heure de la journée le placeriez-vous pour être au mieux de votre forme ?

- 08h00 - 10h00 .....  - ⑥
- 11h00 - 13h00 .....  - ⑤
- 15h00 - 17h00 .....  - ④
- 19h00 - 21h00 .....  - ③

12 - Quand vous vous couchez à 23h00, à quel niveau de fatigue êtes-vous ?

- Pas fatigué du tout .....  - ①
- Un peu fatigué .....  - ②
- Nettement fatigué .....  - ③
- Très fatigué .....  - ④

09

10

11

12

## Questionnaire Matin / Soir de Horne et Östberg

13 - Pour certaines raisons, vous vous êtes couché plusieurs heures plus tard qu'à votre habitude, mais vous n'avez aucune obligation le jour suivant. Parmi les éventualités suivantes, laquelle vous semble la plus probable ?

13

- Vous vous réveillez à l'heure habituelle et ne vous réendormez pas.....  - ①
- Vous vous réveillez à l'heure habituelle et vous sommeillerez ensuite.....  - ②
- Vous vous réveillerez à l'heure habituelle mais vous vous réendormirez ensuite.....  - ③
- Vous vous réveillerez plus tard que d'habitude .....  - ④

14 - Une nuit vous devez être éveillé entre 4 et 6 heures du matin pour faire une garde, vous n'avez pas d'obligation le jour suivant. Parmi les possibilités suivantes, laquelle choisiriez-vous ?

14

- Vous n'irez pas vous coucher avant l'heure de garde.....  - ①
- Vous ferez un somme avant et vous irez vous coucher après .....  - ②
- Vous vous coucherez carrément avant, et referez une sieste ensuite.....  - ③
- Vous dormirez avant et n'irez pas vous recoucher ensuite .....  - ④

15 - Vous devez faire deux heures d'exercice physique fatigant, vous pouvez organiser votre journée entièrement à votre gré, en ne prenant en considération que l'heure où vous êtes en meilleure forme, quel moment choisiriez-vous ?

15

- 08h00 - 10h00 .....  - ①
- 11h00 - 13h00 .....  - ②
- 15h00 - 17h00 .....  - ③
- 19h00 - 21h00 .....  - ④

## Questionnaire Matin / Soir de Horne et Östberg

16 - Vous avez décidé de vous mettre à un sport exigeant un gros effort physique, un ami vous propose d'en faire deux fois par semaine, entre 10 heures et 11 heures du soir, connaissant l'heure de votre « meilleure forme », comment pensez-vous que ça irait ?

- Vous seriez en bonne forme.....  - ①
- Vous seriez en forme moyenne.....  - ②
- Ce serait difficile.....  - ③
- Ce serait très difficile.....  - ④

16

17 - Supposons que vous puissiez choisir absolument à votre guise vos heures de travail, admettons que vous deviez travailler cinq heures par jour (pauses comprises), que votre métier soit intéressant et payé à la tâche, quelles sont les cinq heures consécutives que vous choisiriez ?

Minuit												Midi		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1				5				4				3		
Midi												Minuit		
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
3			2				1							

17

18 - A quelle heure de la journée estimez-vous atteindre le meilleur de votre forme ?

Minuit												Midi		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1				5				4				3		
Midi												Minuit		
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		

18

## Questionnaire Matin / Soir de Horne et Östberg

19 - On parle de « gens du matin » et de « gens du soir ». Dans quelle catégorie vous rangeriez-vous ?

- Nettement dans les « gens du matin ».....  - ①
- Plutôt dans les « gens du matin » que dans les « gens du soir ».....  - ②
- Plutôt dans les « gens du soir » que dans les « gens du matin ».....  - ③
- Nettement dans les « gens du soir ».....  - ④

19

## Annexe 5 : Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

### Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

#### 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

#### 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

#### 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

#### 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

#### 5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

#### 6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

#### 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

#### 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

#### 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

#### 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

#### 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3

- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

#### 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

#### 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

#### 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

## **Annexe 6 : questionnaire du bilan des compétences et des changements**

### **Questionnaire téléphonique à 3 mois de la dernière séance**

**1)** Avez-vous l'impression que votre sommeil est de meilleure qualité depuis votre participation au programme ?

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

**2)** Avez-vous l'impression que votre sommeil est moins fragmenté depuis votre participation au programme ?

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

**3)** Concernant les documents qui vous avez été remis à la fin de chaque séance, avez-vous consulté depuis la fin du programme :

a- La fiche de synthèse sur la physiologie du sommeil

- Oui
- Non

b- La fiche de synthèse sur les 6 grandes règles de l'hygiène du sommeil

- Oui
- Non

c- La fiche de synthèse sur le contrôle du stimulus et la restriction du temps passé au lit

- Oui
- Non

d- La fiche de synthèse sur les somnifères

- Oui
- Non

e- Le support audio de la séance de sophrologie

- Oui
- Non

**4)** Avez-vous cherché à appliquer les règles d'hygiène du sommeil depuis la fin du programme ?

a-

- Oui
- Non

b- Y-a-t-il une ou plusieurs règles qui vous sont compliquées à appliquer ?

- Oui

➤ Lesquelles ?.....  
.....  
.....

○ Non

5) Avez-vous cherché à appliquer le contrôle du stimulus depuis la fin du programme ?

a-

- Oui
- Non

b-Y-a-t-il une ou plusieurs règles qui vous sont compliquées à appliquer ?

○ Oui

➤ Lesquelles ?.....  
.....  
.....

○ Non

6) Avez-vous poursuivi la sophrologie depuis la fin du programme ?

- Oui
- Non

7) Avez-vous consulté votre médecin traitant pour parler de votre sommeil depuis la fin du programme ?

- Oui
- Non

8) Pensez-vous qu'il aurait été bénéfique pour vous de programmer une consultation individuelle peu de temps après la dernière séance ?

○ Oui

➤ Pourquoi ?.....  
.....

○ Non

9) Remplir l'échelle ISI

## Annexe 7 : guide de l'investigateur

### Guide de l'investigateur pour le recrutement

Sélection des patients par le professionnel de santé via l'interrogatoire tout en s'appuyant sur les renseignements regroupés sur le logiciel WEDA.

Le patient doit remplir les critères suivants :

- Parler français
- Age > 18 ans
- Etre localisé dans le territoire de la MSP
- Remplir les critères de l'ICSD-3 de l'insomnie chronique\*<sup>1</sup>
- Avoir un traitement antalgique efficace en cas de douleur chronique
- Ne pas avoir de troubles du sommeil avec bouffées de chaleur
- Ne pas avoir de reflux gastro œsophagien nocturne
- Une TSH normale datant de < 6 mois
- Ne pas avoir de troubles cognitifs déclarés par le médecin traitant
- Ne pas être atteint de trouble bipolaire et/ou d'épilepsie

#### \*1Critères de l'ICSD-3

- 1) Avez-vous (ou votre entourage a-t-il) observé que vous avez :
- Des difficultés d'endormissement ?
  - Des réveils en milieu de nuit ?
  - Des réveils en fin de nuit (ou des réveils précoces) ?
  - Des difficultés à aller vous coucher à des horaires appropriés ?

**Pour le point 1) une seule réponse positive suffit. Si aucune réponse n'est positive : arrêt du questionnaire, le patient ne sera pas éligible.**

- 2) **Si réponse positive à une des questions du point n°1**, cela entraîne-t-il chez vous (ou votre entourage vous a-t-il fait remarquer que vous avez) :
- Une fatigue ou un mal être ?
  - Des troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire ?
  - Une altération de votre vie sociale, familiale ou professionnelle ?
  - Des troubles de l'humeur ou de l'irritabilité ?
  - Une somnolence diurne ?
  - Des problèmes comportementaux (Hyperactivité, agressivité...) ?
  - Une diminution de la motivation, des énergies, des initiatives ?
  - Une facilité à faire des erreurs ou avoir des accidents ?
  - Une préoccupation ou insatisfaction par rapport au sommeil ?

**Pour le point 2) une seule réponse positive suffit. Si aucune réponse n'est positive : arrêt du questionnaire, le patient ne sera pas éligible.**

- 3) Ressentez-vous les symptômes pré cités :
- Plus de 3 fois par semaine ?
  - Depuis plus de 3 mois ?

**Pour le point 3) les 2 réponses doivent être positives. Si une et/ou les deux réponses sont négatives : arrêt du questionnaire, le patient ne sera pas éligible.**

4) S'assurer que les plaintes concernant le sommeil et la veille du patient ne peuvent être expliquées exclusivement par le manque d'occasion de dormir ou un contexte inadapté de sommeil (ex : nuisances nocturnes, réveils intempestifs des enfants...)

5) Les difficultés de sommeil et de veille ne sont pas mieux expliquées par une pathologie du sommeil autre que l'insomnie\*2

\*2 Troubles du sommeil autre que l'insomnie d'après l'ICSD-3 :

- **Troubles respiratoires du sommeil** : SAHOS (syndrome d'apnées et hypopnées obstructives du sommeil), SAHCS (syndrome d'apnées et hypopnées centrales du sommeil), SOH (syndrome obésité hypoventilation)

- **Troubles d'hypersomnolence d'origine centrale** : narcolepsie, hypersomnie idiopathique, sd de Klein-Levin, hypersomnie associée à une autre pathologie

- **Troubles du rythme circadien** : SRP (syndrome de retard de phase), SAP (syndrome d'avance de phase), syndrome de rythme veille/ sommeil irrégulier, syndrome de rythme libre cours, syndrome de désadaptation au travail en horaires décalés ou de nuit, syndrome de décalage horaire

- **Troubles moteurs du sommeil** : SJSR (syndrome des jambes sans repos), MPJS (syndrome des mouvements périodiques de jambes pendant le sommeil), bruxisme lié au sommeil

- **Troubles parasomnie** : parasomnie en sommeil lent (éveils confusionnels, terreurs nocturnes, somnanbulisme), parasomnie en sommeil paradoxal (troubles du comportement, cauchemars)

→ Pour vous aider à éliminer un trouble du sommeil autre que l'insomnie, voir les pages suivantes.

### Items orientant vers des troubles respiratoires du sommeil

	Obligatoire	2 ou plus
Ronflements		x
Arrêts respiratoires		x
Pause respiratoire observée par le conjoint	x	
Impression d'étouffer en dormant		x
Avez-vous la sensation d'un sommeil non réparateur ?		x
Échelle de somnolence d'Epworth supérieure à 10		x
Faites-vous la sieste plus de deux fois par semaine ?		x
Accidents de la circulation ou du travail liés à la somnolence		x
Fatigue		x
IMC >25		x
Vous levez-vous plus de deux fois pour uriner au cours de la nuit ?		x
Mal à la tête au réveil		x
Troubles de la sexualité		x

## Items orientant vers des troubles d'hyper somnolence

	2 ou plus	1 ou plus
Besoin de sommeil > 9 heures	x	
Sieste plus de deux fois par semaine	x	
Accès de sommeil incoercibles en cours de journée	x	
Accidents de la circulation ou du travail liés à la somnolence	x	
Epworth supérieur à 10	x	
Impression d'être « paralysé » en sortant du sommeil ou à l'endormissement		x
Chute de la tête, d'un membre ou de tout le corps, conduisant à des maladroites ou à des chutes		x
Impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas, au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée (comme un rêve ou un cauchemar éveillé)		x

## Items orientant vers des troubles du rythme circadien

	Obligatoire	1 ou plus
Sommeil décalé	x	
Heure de coucher atypique	x	
Heure de lever atypique	x	
Insomnie		x
Fatigue		x
Accès de sommeil en cours de journée		x
Epworth supérieur à 10		x

## Items orientant vers des troubles moteurs du sommeil

	3 ou plus
Le partenaire se plaint de recevoir des « coups de pied » tout au long de la nuit	x
Au moment du coucher ou en cas d'éveil, besoin urgent de bouger les jambes, souvent associé à des sensations inconfortables et désagréables.	x
Ces troubles apparaissent ou s'aggravent au repos ou en inactivité (position allongée ou assise)	x
Soulagement partiel ou total lors des mouvements (marche, étirement)	x
Apparition ou aggravation le soir ou la nuit.	x

**Ne pas oublier d'éliminer les troubles parasomnie** (éveils confusionnels, terreurs nocturnes, somnambulisme, troubles du comportement, cauchemars).

**SI le patient remplit TOUS LES CRITERES il est donc éligible !**

Dans le cas où le patient est intéressé par le projet, vous devez :

- Lui remettre le programme ;
- Lui demander plusieurs créneaux où il serait disponible pour réaliser le diagnostic éducatif afin de convenir d'une date rapidement.

**Annexe 8 : images sélectionnées pour l'atelier « photolangage »**





# Pourquoi le sommeil est-il si important ?

**LE SOMMEIL EST BENEFIQUE POUR LE CORPS ET L'ESPRIT...**

**Bénéfices pour le corps et l'esprit**

- Renouvellement et réparation cellulaire
- Élimination des déchets même au niveau cérébral
- Recharge neurologique
- Création de nouveaux circuits neuronaux \*mémorisation
- Régulation de l'appétit
- Renforcement du système immunitaire

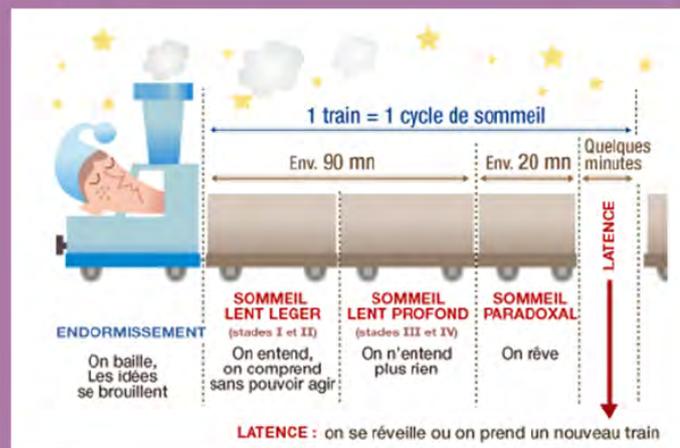
**...BENEFICES LIES A DES SECRETIONS HORMONALES**

**Bénéfices liés à des sécrétions hormonales**

- Hormone de croissance qui stimule la production de protéines pour entretenir la peau, les os, les muscles.
- Pro lactine stimulant du système immunitaire.
- Leptine qui fait disparaître la sensation de faim.
- Mélatonine relaxante, renforçant le système immunitaire, neutralisant les radicaux libres.

## Organisation du sommeil

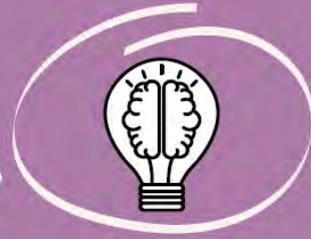
Les différents stades



## SOMMEIL LENT PROFOND

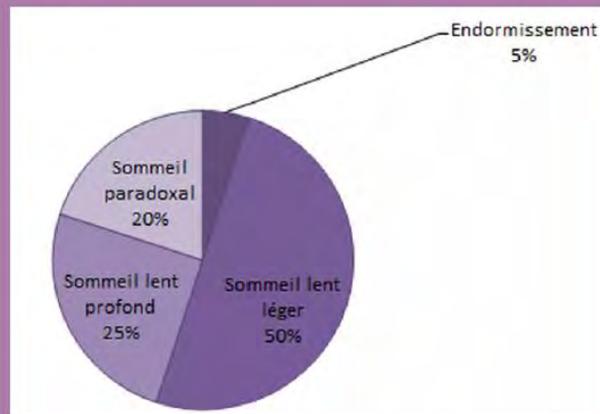


## SOMMEIL PARADOXAL



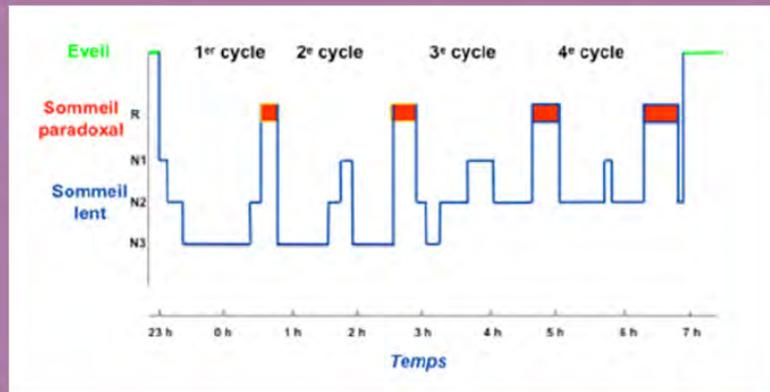
# Organisation du sommeil

Les différents stades



# Organisation du sommeil

## Les cycles



## Des besoins de sommeil différents

### Court dormeur

- Vous êtes relativement en forme après une nuit où vous n'avez dormi que 3 h.
- En vacances, vous ne dormez pas beaucoup plus que pendant l'année.
- Dormir 8 heures est votre durée de sommeil maximale.
- Vous n'aimez pas traîner au lit une fois réveillé.

### Long dormeur

- Vous supportez très mal de dormir peu.
- En vacances ou les week-ends, vous dormez beaucoup plus longtemps que pendant l'année.
- Vous limitez vos sorties en fonction de la quantité de sommeil dont vous avez besoin.

# Des besoins de sommeil différents

## Du matin

- Vous êtes tout de suite frais et dispos au réveil.
- En vacances vous n'êtes jamais réveillé au-delà de 9 heures ou 9h30.
- Dans un groupe, vous êtes toujours le premier levé.
- Vous lever à 5 h du matin pour terminer quelque chose ne vous rebute pas.

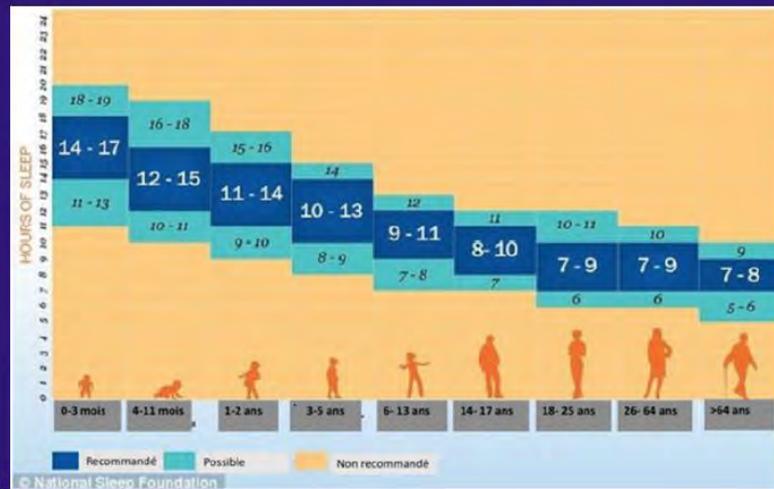
## Du soir

- Le lever est toujours difficile et vous restez embrumé pendant une à deux heures après le lever.
- En vacances, vos horaires de sommeil sont franchement décalés (vous vous couchez plus tard et vous vous levez plus tard).
- Dans un groupe, vous faites partie des derniers levés.
- Si vous devez vous lever très tôt, vous préférerez éventuellement, ne pas vous coucher du tout.

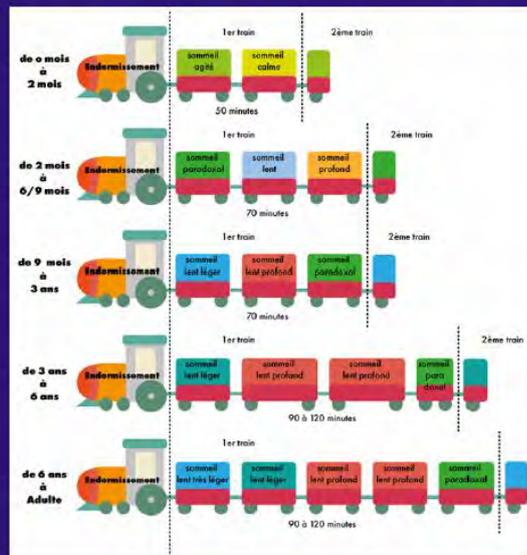
## Et vous ?

Résultats du questionnaire de typologie circadienne de Horne et Ostberg

# Le sommeil à travers les âges



# Le sommeil à travers les âges



# Le sommeil de l'adolescent



# Le sommeil de la personne âgée

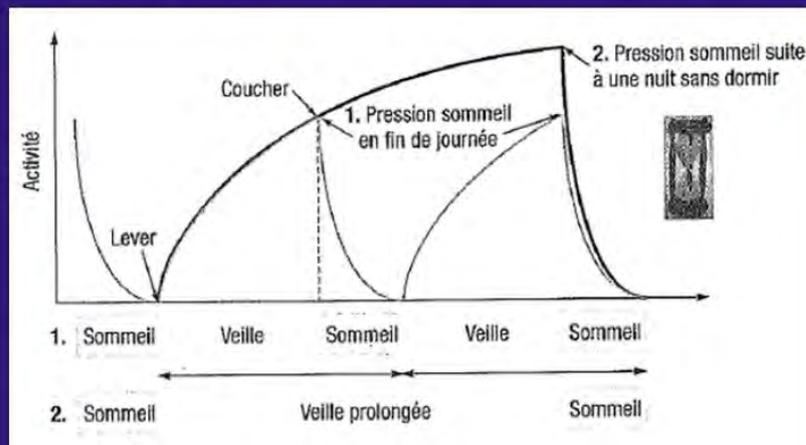
- Besoins de sommeil légèrement diminués
- Nombre d'éveils nocturnes augmentés
- Augmentation du SLL et diminution du SLP
- Couche tôt - lève tôt
- Principaux repères du sommeil disparaissent
- Besoins de sieste majorés

# Régulation du sommeil

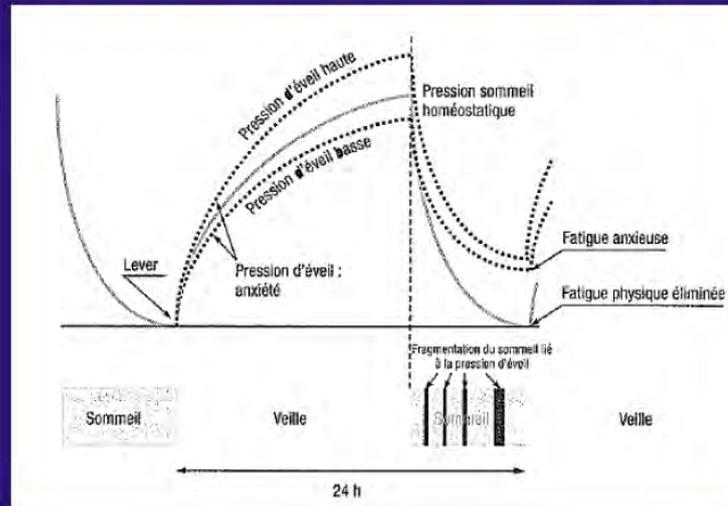
- Processus Homéostasique
- Processus Circadien



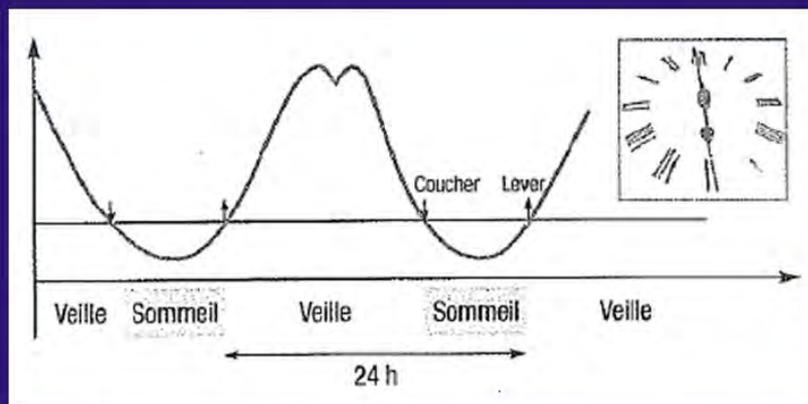
## Le processus Homéostasique



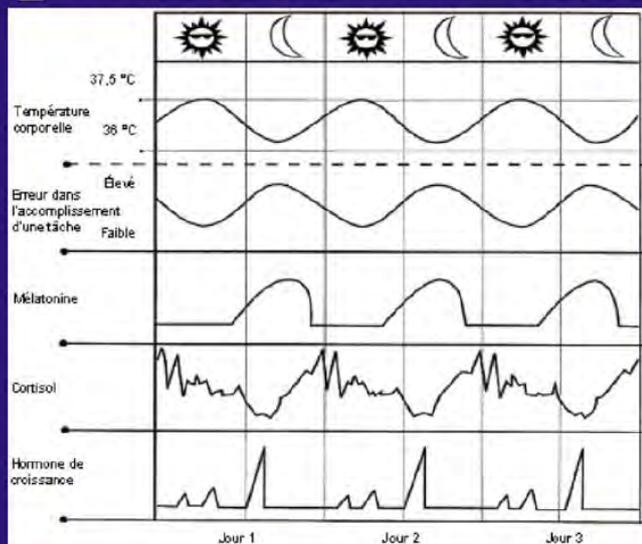
# Anxiété et modèle d'hyperéveil



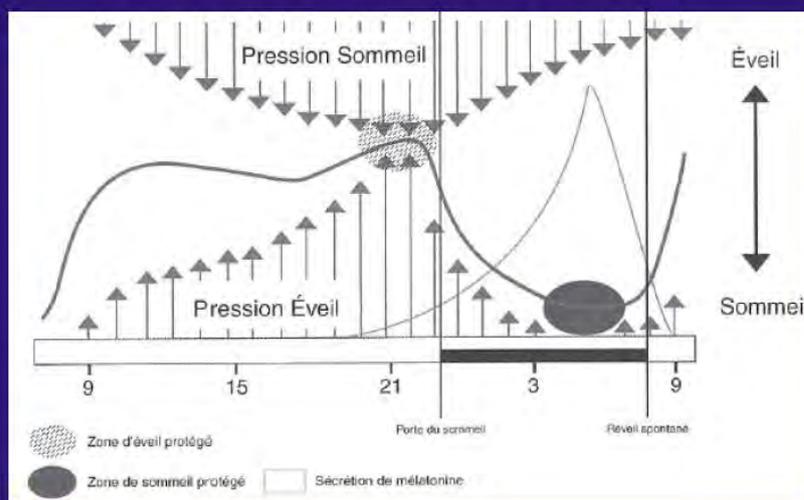
# Le processus Circadien



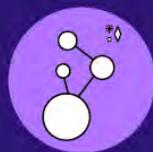
# Le processus Circadien



## Pour résumer



# Le rôle des synchronisateurs



Mélatonine



Lumière



Activité physique

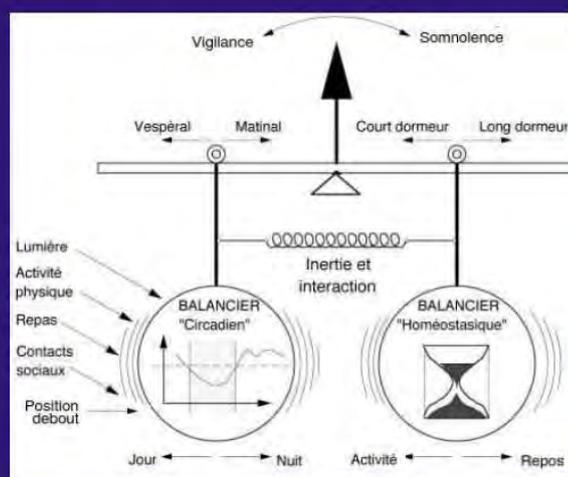


Alimentation



Loisirs & Contraintes

## Un système instable en équilibre





## Vrai / Faux

Avoir un rituel de coucher favorise l'endormissement?



## 1ère règle

- Ménager un sas de décompression entre les activités intenses de la journée et le coucher.
- Mettre de côté les problèmes de la journée passée et ceux qui restent à régler, bien avant l'heure du coucher.
- Favoriser les rituels de coucher: se mettre en pyjama, se laver les dents, tirer les rideaux ou fermer les volets, boire sa tisane, lire son livre...



## Vrai / Faux

**Regarder la télé est un bon moyen de trouver le sommeil ?**



## 2ème règle



- Éviter les stimulations lumineuses le soir: écrans d'ordinateur, console de jeux...
- Proscrire les écrans dans la chambre: télé, ordinateur, jeux électroniques, téléphone au lit...
- Placez son réveil de manière à ne pas le voir.

## Vrai / Faux

**L'alcool favorise un bon sommeil.**



## Vrai / Faux

**Fumer une cigarette avant de se coucher facilite l'endormissement ?**



## 3ème règle

- Éviter de fumer au moment du coucher et lors des éveils nocturnes.
- Ne consommez pas de boissons caféinées (thé, café, soda, coca-cola) dans les quatre à six heures qui précèdent le coucher.
- Éviter l'alcool dans la soirée.



## Vrai / Faux

**Faire du sport dans la soirée est bénéfique pour trouver le sommeil ?**



## 4ème règle



- Éviter le sport quelques heures avant le coucher.
- Pratiquer une activité physique régulière dans la journée.

## Vrai / Faux

La température dans ma chambre doit se situer entre 18 et 19 °C ?



## Vrai / Faux

Il est important d'aérer ma chambre tous les jours ?



## 5ème règle



- Garder une température modérée dans la chambre.
- Préserver le calme et l'obscurité.
- Aérer sa chambre tous les jours.

## Vrai / Faux

Plus mon repas est copieux, plus mon sommeil est profond ?



## 6ème règle



- Favoriser les repas légers (mais pas trop) en privilégiant la consommation du glucides lents favorisant le sommeil.
- Garder une distance raisonnable entre le dîner et le coucher (ne pas passer de la table au lit!).

# Vrai / Faux

**Une sieste de 2h permet une bonne récupération si on est fatigué ?**



## On en parle de la sieste?

OUI/NON ?

Où ?

Quand ?

Comment ?

Combien de temps ?



## Sieste mode d'emploi

- En cas d'insomnie, il est préférable d'éviter les siestes, car elles réduisent "la pression du sommeil". CEPENDANT si les consignes suivantes sont respectées, il est tout à fait possible de s'octroyer une sieste
- S'installer confortablement sur un canapé, un fauteuil ou SUR son lit
- Entre 13h et 15h
- Dans un espace calme, dans la pénombre (mais pas dans l'obscurité complète)



**Annexe 12 : questionnaire « qu'est-ce que j'ai retenu ? » distribué lors de la 2<sup>ème</sup> séance**

**Qu'est-ce que j'ai retenu ?**

ANONYME

Pouvez-vous me citer 3 choses que vous avez apprises la séance précédente concernant **la physiologie du sommeil** :

-

-

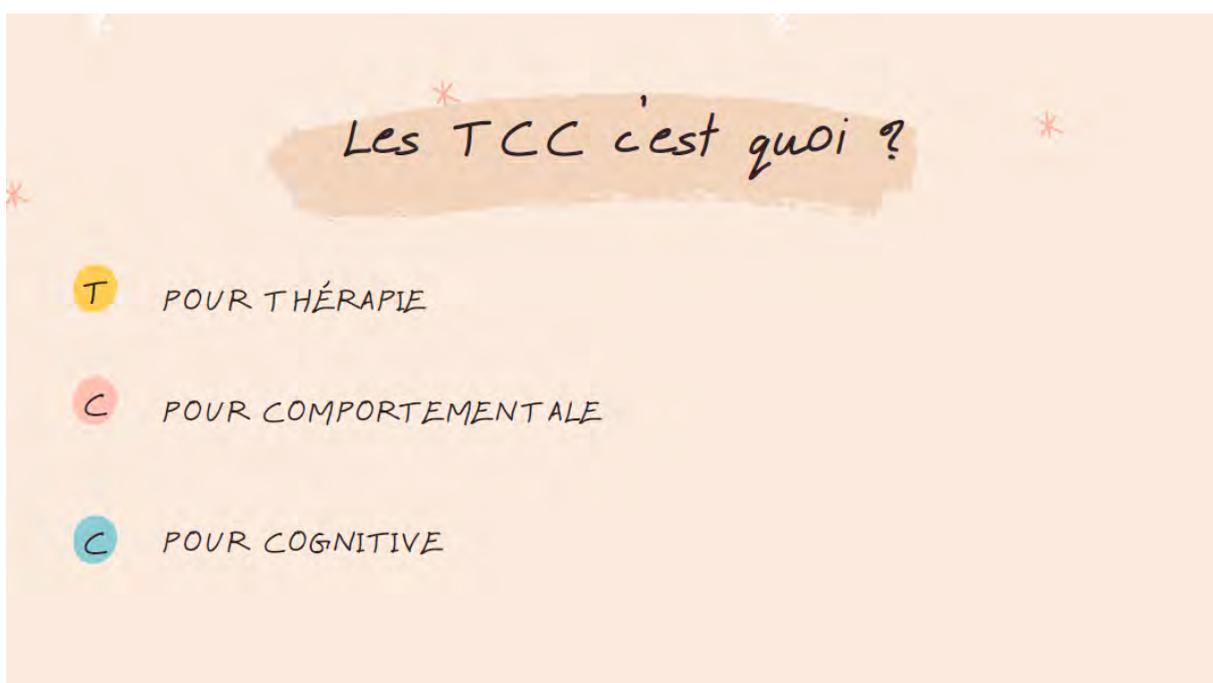
-

Pouvez-vous me citer 3 choses que vous avez apprises la séance précédente concernant **les règles d'hygiène du sommeil** :

-

-

-



Un comportement c'est quoi ?

Ce que l'on fait

Ou

Ce qu'on ne fait pas

Adapté

Ou

Non adapté



Des exemples ?

QUE FAITES-VOUS QUAND  
VOUS NE DORMEZ PAS ?



# THÉRAPIE COGNITIVE

Qu'est ce que c'est ?

J'ai toujours eu une petite tendance à **l'insomnie**. Vous savez, toutes petites pensées sympathiques qui vous tournent en rond dans le ciboulot, ça va de l'échéance des impôts à "Est-ce qu'il/elle m'aime?" en passant par "j'aurais du lui répondre ça à cette pétasse, la prochaine fois gnagnagnaaa ..."



INSOMNIE = TAPAGE  
NOCTURNE DES  
PENSEES



Sylvain Tesson

LE PRINCIPE DE L'APPROCHE  
COMPORTEMENTALE



Conditionnement - Association -  
Apprentissage



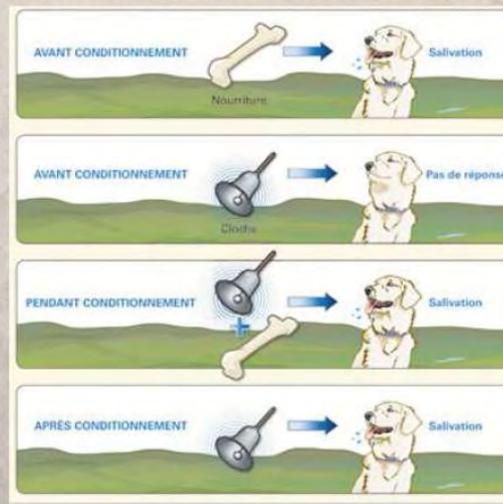
# LE CONDITIONNEMENT



Processus d'apprentissage par association

Le chien de Pavlov : la cloche sonne, il salive

## L'EXPÉRIENCE DE PAVLOV



# ASSOCIATION

Connexion entre 2 évènements qui entraîne une réponse



C'est le soir + Je ne dors pas → Lit = insomnie

# D'OÙ VIENT L'INSOMNIE ?



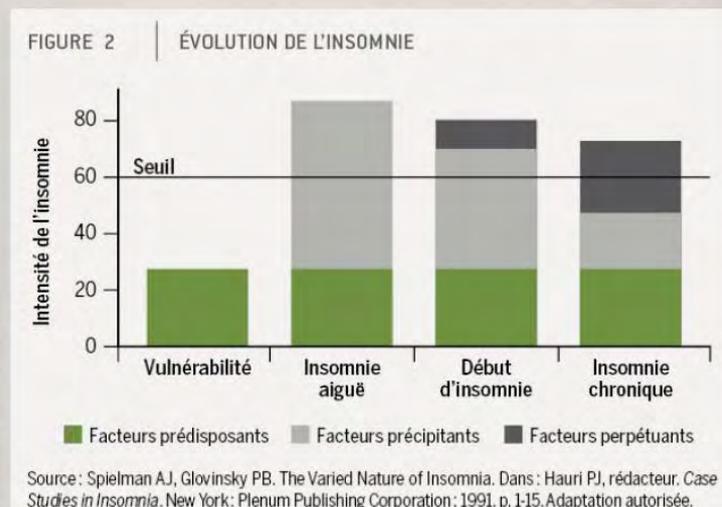
Le modèle de Spielman & Glovinsky (1991)

# Les causes de l'insomnie chronique

## 3 TYPES DE FACTEURS

- 1 FACTEURS PRÉDISPOSANTS
- 2 FACTEURS DÉCLENCHANTS
- 3 FACTEURS DE MAINTIEN

## Le modèle de Spielman et Glovinsky



# LES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

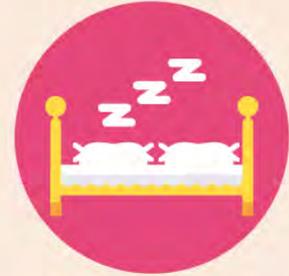


*Le choix d'une thérapie cognitive-comportementale fait partie des recommandations pour les insomnies chroniques*

*Parmi les techniques utilisées, les plus efficaces sont :*

*Le contrôle du stimulus*

*La restriction du temps passé au lit*



## Le contrôle du stimulus

VOIE À RECRÉER UNE ASSOCIATION ENTRE

LIT



SOMMEIL

Contrôle du stimulus

Mesures à mettre en place

- 1 Besoin de dormir → se coucher
- 2 1h avant de dormir → Transition éveil - sommeil
- 3 Lit = sommeil ou Lit = relations intimes
- 4 Si pas de sommeil au bout de 20 minutes → se relever

Contrôle du stimulus

Mesures à mettre en place

- 5 Ne pas essayer de s'endormir à tout prix
- 6 Régler le réveil → se lever à la même heure tous les jours
- 7 Une fois levée  marquer l'éveil
- 8 Pas de sieste de plus de 30 minutes



# Pour faire le point

### Mesures appliquées

.....

.....

.....

### Mesures qui n'ont pas été appliquées

.....

.....

.....



## La restriction du sommeil

*Définition et objectifs*

- \* Traitement non médicamenteux de l'insomnie
- \* Améliorer la qualité du sommeil
- \* En favorisant un endormissement plus rapide

→ Le sommeil est plus profond et moins fractionné

# INCONVENIENTS



de la restriction de sommeil

## La Fatigue

entraîne un besoin de se reposer sans forcément dormir

## La Somnolence

pression de sommeil contre laquelle on a du mal à lutter

## En pratique

- \* Temps passé au lit : heure coucher - heure de lever
- \* Temps d'éveil total : Latence endormissement + Temps éveil au cours de la nuit + Temps d'éveil le matin
- \* Temps de sommeil réel : Temps passé au lit - Temps d'éveil total
- \* 
$$\text{Efficacité du sommeil} = \frac{\text{Temps de sommeil réel} \times 100}{\text{Temps passé au lit}}$$



## En pratique

- \* Calculer votre temps de sommeil moyen (fenêtre de sommeil)
  - ↳ additionner la durée totale de sommeil de chaque nuit sur une période de 15 jours (agenda du sommeil) et diviser par 15
- \* Définir vos nouveaux horaires de sommeil
  - ↳ Limitez le temps passé au lit au temps de sommeil moyen
  - ↳ Fixez une heure de lever (en fonction de vos impératifs)
  - ↳ Fixez une heure de coucher : heure de lever - temps de sommeil
- \* La fenêtre de sommeil, les heures de lever et de coucher devront être les mêmes tous les jours de la semaine

## En pratique

- \* La fenêtre de sommeil ne peut être inférieure à 5 heures
- \* Si vous dormez 85% du temps passé au lit (efficacité du sommeil  $> 85\%$ )
  - ➡ vous pouvez augmenter le temps passé au lit de 15 min en vous couchant plus tôt
- \* Si vous dormez moins de 85% du temps passé au lit (efficacité du sommeil  $< 85\%$ )
  - ➡ vous diminuerez le temps passé au lit de 15 min en ayant toujours une durée de sommeil supérieure à 5 heures



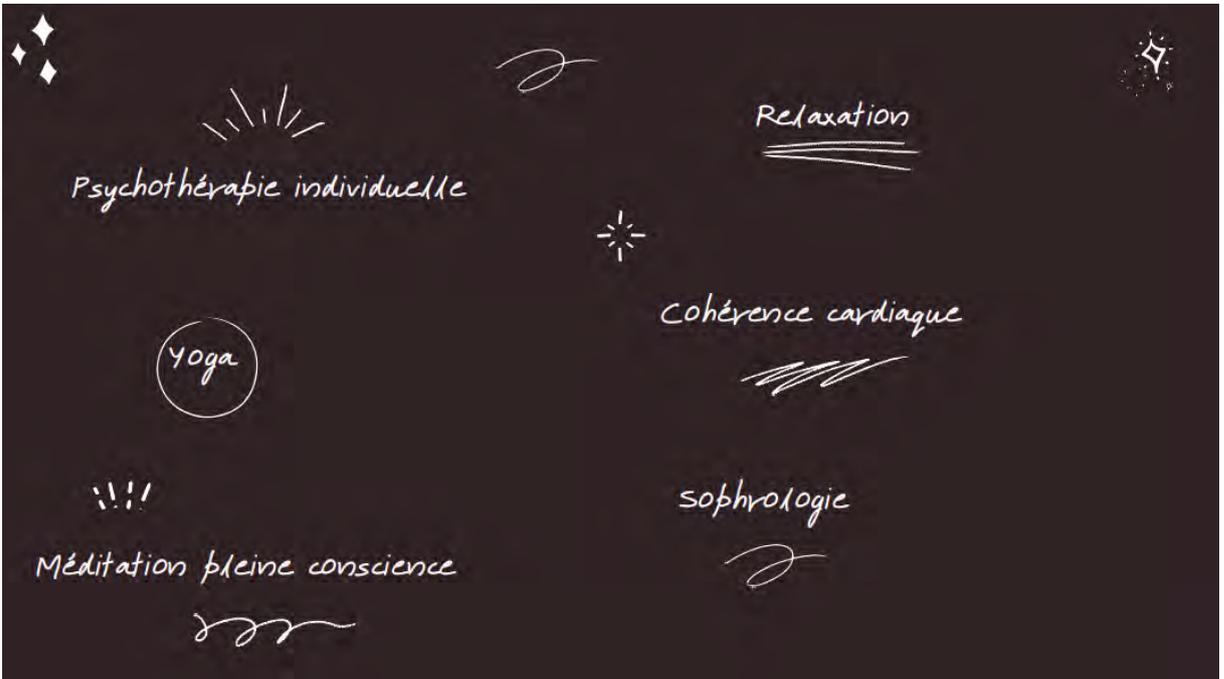
C'est à vous !



**ET SI VOUS AVEZ ENCORE  
DES DIFFICULTÉS \***

*elle*

*Il reste des solutions*



# Somnifères

=

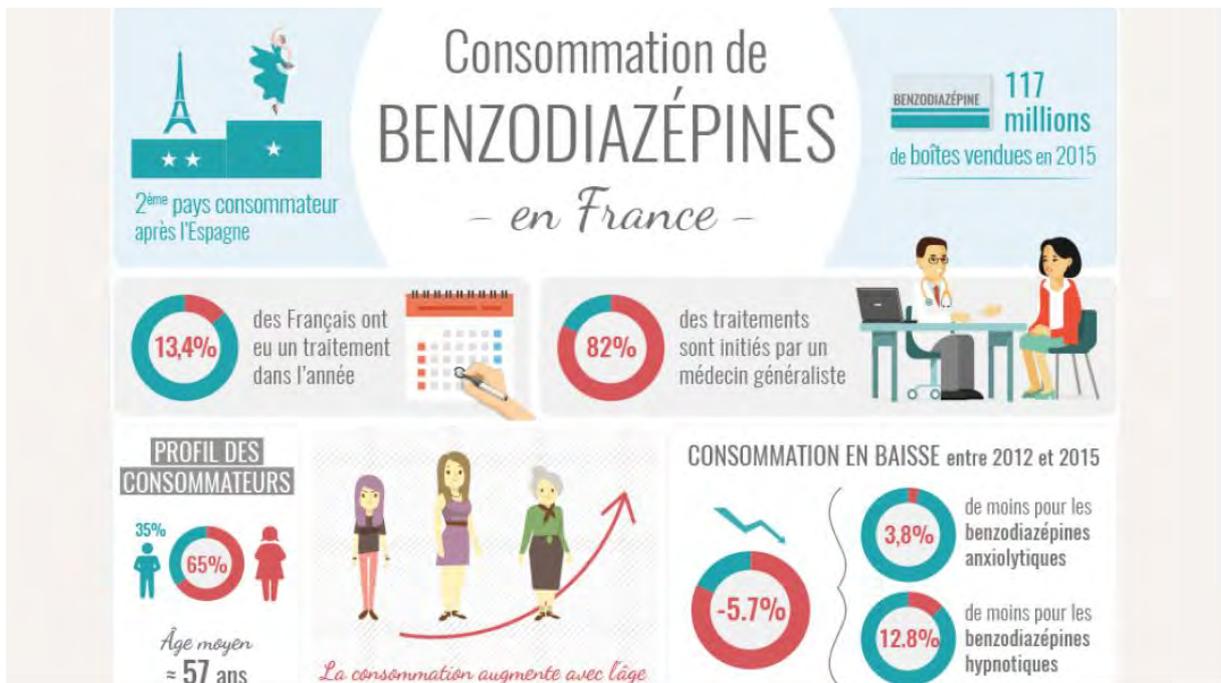
Benzodiazépines

Initiation au sevrage

## Selon vous ...

A quel rang se positionne la France parmi les pays d'Europe concernant la consommation de somnifères (benzodiazépines) ?



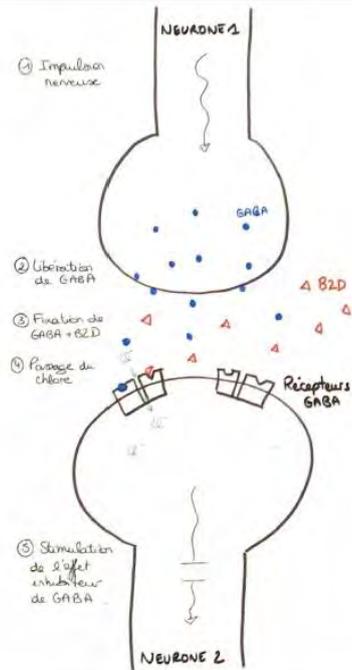


## Autres chiffres

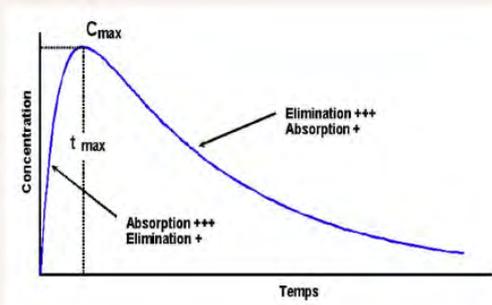
- 🌿 10-32% des adultes en France prennent ou ont déjà pris des médicaments facilitant le sommeil.
- 🌿 Chez la personne âgée, 80-90% des plaintes ne relèvent pas directement de l'insomnie.
- 🌿 Le risque de développer une démence est augmenté de 50% environ, 6 à 8 ans après le début du traitement.



# Mode d'action des somnifères



# La demi-vie des médicaments



C'est le temps de persistance d'un médicament dans l'organisme.

La demi-vie est exprimée en unité de temps et peut varier de quelques minutes à plusieurs semaines selon les médicaments.



Plus la demi-vie est courte, plus la dépendance est forte.

# Médicaments concernés

(BZD = benzodiazépines)



BZD tranquillisantes :

Seresta, Temesta, Xanax, Lexomil, ...



BZD somnifères :

Noctamide, Havlane, ...



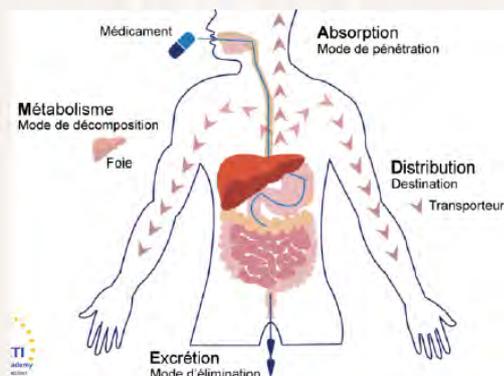
Somnifères apparentés aux BZD :

Zopiclone, Zolpidem



## Selon vous...

Combien de temps l'organisme met-il pour éliminer le somnifère ?



benzodiazépines à "demi-vie courte" (< 20 heures)<sup>2</sup>

Nom commercial	Molécule	Demi-vie <sup>3</sup> (heure)	Métabolite actif cliniquement pertinent
<b>Classe des hypnotiques</b>			
STILNOX <sup>®</sup>	Zolpidem	2h30	non
IMOVANE <sup>®</sup>	Zopiclone	5	non
NORMISON <sup>®</sup>	Témazépam	5 à 8	non
HAVLANE <sup>®</sup>	Loprazolam	8	non
NOCTAMIDE <sup>®</sup>	Lormétazépam	10	non
NUCTALON <sup>®</sup>	Estazolam	17	non

**Classe des anxiolytiques**

VERATRAN <sup>®</sup>	Clotiazépam	4	non
SERESTA <sup>®</sup>	Oxazépam	8	non
TEMESTA <sup>®</sup>	Lorazépam	10 à 20	non
XANAX <sup>®</sup>	Alprazolam	10 à 20	non

BR

benzodiazépines à "demi-vie longue" (≥ 20 heures)<sup>2</sup>

**Classe des hypnotiques**

ROHYPNOL <sup>®</sup>	Flunitrazépam	16 à 35	oui
MOGADON <sup>®</sup>	Nitrazépam	16 à 48	non

**Classe des anxiolytiques**

LEXOMIL <sup>®</sup>	Bromazépam	20	non
URBANYL <sup>®</sup>	Clobazam	20	oui
VALIUM <sup>®</sup>	Diazépam	32 à 47	oui
VICTAN <sup>®</sup>	Ethyle loflazépate	77	non
LYSANXIA <sup>®</sup>	Prazépam	30 à 150	oui
NORDAZ <sup>®</sup>	Nordazépam	30 à 150	oui
TRANXENE <sup>®</sup> NOCTRAN <sup>®</sup> 1	Clorazépate dipotassique	30 à 150	oui

## Selon vous...

Les somnifères modifient-ils l'architecture du sommeil ?



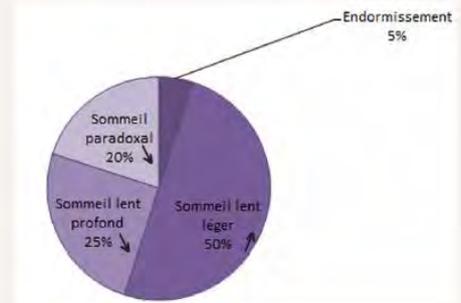
# Modifications de l'architecture du sommeil

## Subjectives :

- Diminution de la durée d'endormissement
- Diminution de la durée des éveils
- Augmentation du temps de sommeil ressenti

## Objectives :

- Amélioration du maintien du sommeil
- Augmentation du sommeil lent léger
- Diminution du sommeil lent profond et du sommeil paradoxal



## Selon vous...

Le somnifère est aussi efficace au bout de 2 mois de traitement comparé aux premiers jours de traitement ?



# Dépendance & Accoutumance

-->Addiction

## Dépendance

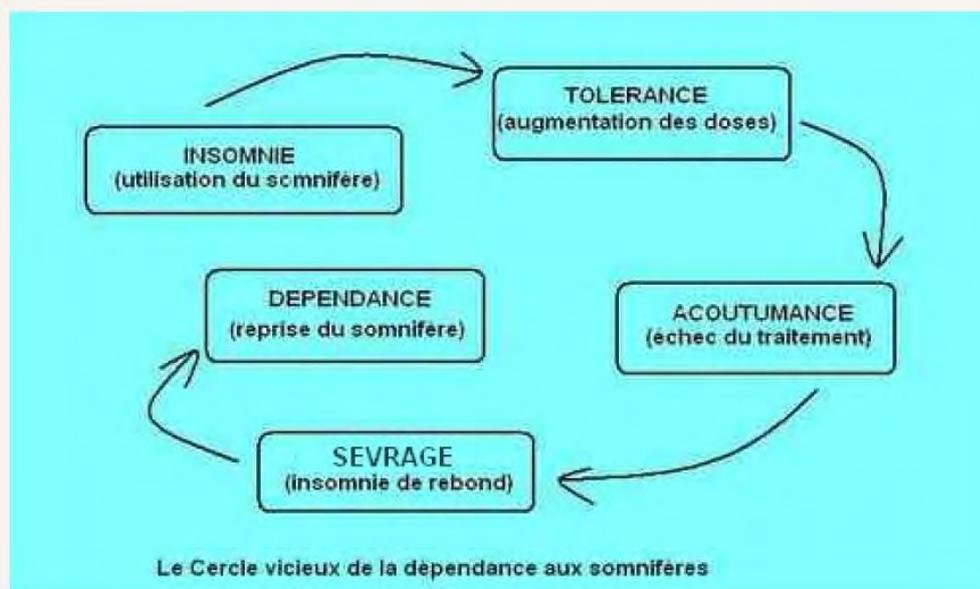
Physique ou psychique: envie irrésistible de consommer un produit.

## Accoutumance

Diminution de l'efficacité en quelques semaines (4 semaines pour les somnifères apparentés aux BZD), induisant l'augmentation des doses ou le changement du médicament pour obtenir le même effet.

## Addiction

Impossibilité de contrôler sa consommation, associée à une modification de ses comportements pour obtenir cette substance (ex: faire plusieurs km, agressivité, isolement social...) en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.



# Effets secondaires

- Somnolence diurne
- Altération de la vigilance
- Ralentissement psycho-moteur
- Perte de mémoire
- Confusion
- Troubles de la coordination
- Réduction des perceptions sensorielles (vision, audition, ...)



Majorés avec l'âge:

- élimination de l'organisme des médicaments plus lente
- risque d'interactions médicamenteuses en lien avec la polymédication.

# Conséquences

- Augmentation du risque de développer une démence (maladie d'Alzheimer..)
- Augmentation du risque de chute et de fracture :
  - lors d'un premier usage ou d'un usage récent (< 7 jours)
  - chez les patients les plus âgés (> 80 ans)
  - majorée avec les BZD à demi-vie longue
- Risque d'accident de la route
- Augmentation du risque de défaillance de la fonction respiratoire (risque accru si association à un autre médicament déprimeur respiratoire)





## Risque d'un syndrome de sevrage avec l'arrêt brutal des somnifères

- Rebond de l'insomnie
- Anxiété
- Irritabilité
- Maux de tête

Et dans les cas les plus graves: amnésie, délire, agressivité, ou altération de la conscience.

=> privilégier un protocole d'arrêt progressif

## Pourquoi décider d'arrêter?

- Ne traite pas la cause de l'insomnie
- A cause des effets indésirables
- A cause de la perte d'efficacité au long cours
- Pour les bénéfices (paroles de patient) :

«amélioration de la mémoire », « avoir des pensées plus claires », « avoir un sommeil naturel », « réduire le nombre de médicaments »



# Protocole de sevrage



- Choisir le bon moment
- Progressif par paliers (passage au palier inférieur SEULEMENT si le sommeil est stable)
- Mesures d'accompagnement type sophrologie, yoga...

Ne pas se décourager en cas d'échec !!!

# Conclusions

La consommation de somnifères ne doit pas être banalisée !

- efficaces sur une courte période
- indiquées seulement dans l'insomnie AIGUË
- ne traitent pas les causes de l'insomnie
- responsables de nombreux effets indésirables

Leur usage doit respecter

- une dose minimale efficace
- une durée minimale d'utilisation ainsi qu'une durée maximale de 4 semaines
- une information éclairée des patients (intérêt, risques,...)

Le sevrage doit toujours être envisagé dès la prescription du somnifère!

- l'arrêt doit toujours être progressif

**Annexe 15 : questionnaire « qu'est-ce que j'ai retenu ? » distribué lors de la 3<sup>ème</sup> séance**

**Qu'est-ce que j'ai retenu ?**

ANONYME

Pouvez-vous me citer 3 choses que vous avez apprises la séance précédente concernant **la méthode du contrôle du stimulus** :

- 
- 
- 

Pouvez-vous me citer 3 choses que vous avez apprises la séance précédente concernant **la méthode de restriction du temps passé au lit** :

- 
- 
- 

Pouvez-vous me citer 3 choses que vous avez apprises la séance précédente concernant **les somnifères** :

- 
- 
-

## Annexe 16 : présentation « sophrologie »

# Sophrologie : un outil contre les insomnies

- Muriel Andreuceti -

Sophrologie Caycédienne et Hypnose Ericksonienne



## Sophrologie - Un peu d'étymologie...

SOS

- Harmonie
- Sérénité

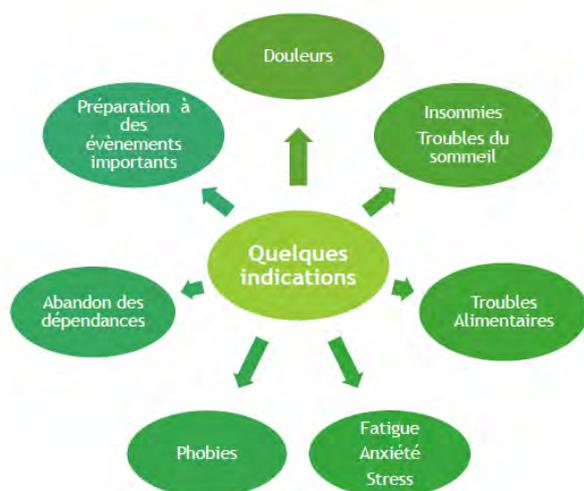
PHREN

- Conscience
- Esprit

LOGOS

- Science
- Etude

## Sophrologie - A quoi ça sert ?



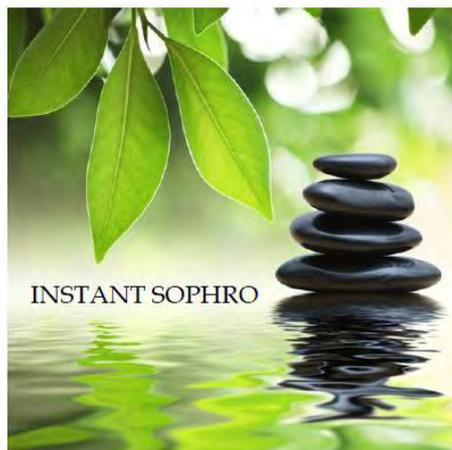
## Et en cas d'insomnies ?



1<sup>ère</sup> chose à faire:  
se détendre en respirant



Et maintenant, la pratique ...



Faites de beaux rêves ...



Comment bien commencer la journée



## Annexe 17 : questionnaire de satisfaction

### Questionnaire de satisfaction

ANONYME

*Pour rappel les thèmes abordés lors de chaque séance:*

*1<sup>ère</sup> séance : physiologie du sommeil, hygiène du sommeil, agenda du sommeil*

*2<sup>ème</sup> séance : analyse des résultats de l'agenda du sommeil, le contrôle du stimulus / la restriction du temps passé au lit, somnifères.*

*3<sup>ème</sup>*

*3<sup>ème</sup> séance : analyse des résultats de l'agenda du sommeil, relaxation, synthèse.*

**1)** La durée de chaque séance vous a-t-elle parue adaptée ?

a- Lors de la 1<sup>ère</sup> séance (une réponse possible)

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

b- Lors de la 2<sup>ème</sup> séance (une seule réponse possible)

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

c- Lors de la 3<sup>ème</sup> séance (une seule réponse possible)

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

**2)** Les termes employés vous ont-ils parus adaptés à votre niveau de connaissance ?

a- Lors de la 1<sup>ère</sup> séance

- Oui
- Non

b- Lors de la 2<sup>ème</sup> séance

- Oui
- Non

c- Lors de la 3<sup>ème</sup> séance

- Oui
- Non

**3)** Le nombre de patients vous a-t-il paru adapté ?

- Non

- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

4) Avez-vous la sensation d'avoir acquis de nouvelles connaissances sur le sommeil ?

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

5) Avez-vous modifié certaines de vos habitudes concernant le sommeil depuis votre participation à ce programme ?

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

6) Allez-vous appliquer les conseils qui vous ont été donnés une fois le programme terminé ?

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

7) Vous sentez-vous plus satisfait(e) de votre sommeil ?

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

8) Recommanderiez-vous ce programme à vos proches qui ont des difficultés de sommeil ?

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

9) Avez-vous des remarques qui n'auraient pas été abordées dans les questions précédentes que vous souhaiteriez de nous communiquer ?

.....

.....

.....

.....

.....

10) Veuillez remplir l'échelle « Index de sévérité de l'insomnie » (ISI) ci-joint.

## **Annexe 18 : fiches de synthèse des ateliers**

### **Fiche de synthèse sur la physiologie du sommeil**

#### **Rôles du sommeil**

Entretien notre corps via le renouvellement, la réparation et l'élimination des déchets cellulaires.

Régulation de l'appétit.

Renforcement du système immunitaire.

Consolidation de la mémoire et de l'apprentissage.

#### **Organisation du sommeil**

Une nuit de sommeil est composée de 4 à 6 cycles d'une durée de 90 minutes chacun.

Chaque cycle est composé de différents stades :

- L'endormissement -> *5 % du temps de sommeil*
- Sommeil lent léger -> *50% du temps de sommeil*
- Sommeil lent profond (rôle dans la régénération physique) -> *25% du temps de sommeil*
- Sommeil paradoxal (rôle dans la mémorisation et la gestion des émotions) -> *20 % du temps de sommeil*

Chaque cycle se termine par un micro éveil qui est perçu ou non par l'individu !

La première partie de nuit est riche en sommeil lent profond alors que la seconde partie de nuit est riche en sommeil paradoxal.

#### **Des besoins de sommeil différents**

Déterminés génétiquement :

- Court/ long dormeur
- Du matin / du soir

LA BONNE DURÉE DE SOMMEIL RESTE CELLE DONT ON A BESOIN POUR BIEN FONCTIONNER LE LENDEMAIN.

#### **Le sommeil à travers les âges**

Il existe des modifications de la durée du sommeil et de la répartition des différents stades du sommeil à travers les âges.

Particularités de l'adolescent :

- Couche-tard / lève-tard (*jetlag social*)

Particularités de la personne âgée :

- Besoins de sommeil légèrement diminués
- Couche-tôt / lève-tôt
- Nombre d'éveils nocturnes augmentés
- ↑ sommeil lent léger et ↓ du sommeil lent profond
- Disparition des principaux synchronisateurs
- Besoin de sieste majoré

### Régulation du sommeil

**Le processus homéostatique** est comparable à un sablier qui se retourne 2 fois par 24h. Une pression de sommeil s'accumule dans la journée ce qui génère un besoin de dormir. La récupération de cette pression de sommeil se fait de manière rapide en début de nuit qui est riche en sommeil lent profond, le plus récupérateur pour le corps.

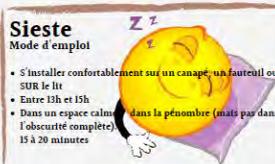
**Le processus circadien** est comparable à une horloge interne régit en majeure partie par la température interne du corps et d'une façon non négligeable pas les synchronisateurs qui permettent l'ouverture et la fermeture des portes du sommeil à des moments précis dans les 24h ce qui définit l'alternance jour/nuit.

A retenir : lorsqu'on a fait une nuit courte, le corps s'adapte en majorant son sommeil lent profond (celui qui permet la régénération physique) la nuit suivante.

### Les synchronisateurs

Jouent un rôle dans la synchronisation de l'horloge interne.

- La mélatonine : « hormone du sommeil » dont la sécrétion est régulée par la luminosité
- La lumière
- L'activité physique
- L'alimentation
- Les loisirs et les contraintes

Les 6 grandes règles de l'hygiène du sommeil	Les 6 grandes règles de l'hygiène du sommeil
<p><b>1ère règle: Se réserver un moment pour soi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ménager un sas de décompression entre les activités intenses de la journée et le coucher.</li><li>• Mettre de côté les problèmes de la journée passée et ceux qui restent à régler, bien avant l'heure du coucher.</li><li>• Favoriser les rituels de coucher: se mettre en pyjama, se laver les dents, tirer les rideaux ou fermer les volets, boire sa tisane, lire son livre...</li></ul>	<p><b>4ème règle: Activité sportive adaptée</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Éviter le sport quelques heures avant le coucher.</li><li>• Pratiquer une activité physique régulière dans la journée.</li></ul>
<p><b>2ème règle: Éviter les stimulations lumineuses</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Éviter les stimulations lumineuses le soir: écrans d'ordinateur, console de jeux...</li><li>• Proscrire les écrans dans la chambre: télé, ordinateur, jeux électroniques, téléphone au lit...</li><li>• Placez son réveil de manière à ne pas le voir.</li></ul>	<p><b>5ème règle: Environnement adapté</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Garder une température modérée dans la chambre.</li><li>• Préserver le calme et l'obscurité.</li><li>• Aérer sa chambre tous les jours.</li></ul>
<p><b>3ème règle: Éviter les excitants</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Éviter de fumer au moment du coucher et lors des éveils nocturnes.</li><li>• Ne consommez pas de boissons caféinées (thé, café, coca-cola) dans les quatre à six heures qui précèdent le coucher.</li><li>• Éviter l'alcool dans la soirée.</li></ul>	<p><b>6ème règle: Alimentation adaptée</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Favoriser les repas légers (mais pas trop) en privilégiant la consommation du glucides lents favorisant le sommeil.</li><li>• Garder une distance raisonnable entre le dîner et le coucher (ne pas passer de la table au lit!).</li></ul>
	<p><b>Sieste</b> Mode d'emploi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• S'installer confortablement sur un canapé, un fauteuil ou SUR le lit</li><li>• Entre 13h et 15h</li><li>• Dans un espace calme dans la pénombre (mais pas dans l'obscurité complète) 15 à 20 minutes</li></ul> 

## COMMENT REMPLIR L'AGENDA DU SOMMEIL

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

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

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

Hygiène du sommeil	Contrôle du stimulus	Restriction du sommeil
<p><b>Ne pas consommer de stimulants</b></p> <p>Alcool, Tabac, thé, café... dans les heures précédant le coucher ou durant les éveils nocturnes.</p>	<p><b>Se coucher dès les signes de somnolence</b></p> <p>Bailements, clignement des yeux, tendance à s'assoupir, la tête lourde, baisse de l'attention...</p>	<p><b>Calculer la fenêtre du sommeil</b></p> <p>A partir de l'agenda du sommeil</p>
<p><b>Votre chambre</b></p> <p>Calme, aérée, obscure avec une température autour de 18-19°C</p>	<p><b>1h avant le coucher</b></p> <p>marquer une transition éveil-sommeil développer une routine avant de se mettre au lit (lavage de dents, se mettre en pyjama, boire une tisane...)</p>	<p><b>Définir les nouveaux horaires de sommeil</b></p> <p>Limiter le temps passé au lit au temps de sommeil moyen Fixer une heure de lever (en fonction de vos impératifs) Fixer une heure de coucher (heure de lever-temps de sommeil)</p>
<p><b>Les repas du soir</b></p> <p>léger en privilégiant la consommation de glucides lents favorisant le sommeil</p>	<p><b>Si le sommeil ne vient pas</b></p> <p>Au bout de 20 minutes, se lever et aller dans une autre pièce et débiter une activité relaxante (lecture, musique douce...) dans une ambiance lumineuse faible.</p>	<p><b>La fenêtre de sommeil ne peut être inférieure à 5h</b></p>
<p><b>Faire du sport en journée</b></p> <p>Eviter de pratiquer une activité physique 4h avant l'heure du coucher</p>	<p><b>Ne pas essayer de s'endormir à tout prix</b></p> <p>Sinon activation des pensées, augmentation de l'anxiété et accentuation de l'insomnie.</p>	<p><b>Si l'efficacité du sommeil &gt; 85%</b></p> <p>Possibilité d'augmenter le temps passé au lit de 15 minutes en se couchant plus tôt</p>
<p><b>Ne pas regarder l'heure si insomnie</b></p> <p>Cela augmente l'anxiété et la frustration</p>	<p><b>Se lever tous les jours à la même heure</b></p> <p>Même en cas de mauvaise nuit la veille, même le week-end et en vacances...</p>	<p><b>Si l'efficacité du sommeil &lt; 85%</b></p> <p>Diminuer le temps passé au lit de 15 minutes Garder une durée totale de sommeil de 5h par nuit</p>
<p><b>Durant l'heure précédant le coucher</b></p> <p>S'adonner à des activités relaxantes</p>	<p><b>Une fois levé.e., marquer l'éveil</b></p> <p>En prenant sa douche, en allumant un éclairage vif</p>	<p><b>Fenêtre de sommeil et horaires lever/coucher</b></p> <p>les mêmes tous les jours de la semaine</p>
	<p><b>Ne pas faire de sieste de plus de 30 minutes</b></p> <p>Eviter de faire la sieste si vous le pouvez.</p>	

## Fiche de synthèse sur les somnifères (=benzodiazépines)

### Quelques chiffres

France = 2<sup>ème</sup> consommateur en Europe après l'Espagne.

10 à 32 % des adultes en France prennent ou ont déjà pris des médicaments facilitant le sommeil.

Le risque de développer une démence est augmenté de 50% environ, 6 à 8 ans après le début du traitement.

### Demi-vie des somnifères (= temps de persistance d'un médicament dans l'organisme)

Varie de 2h30 à 150h.

### Modification de l'architecture du sommeil

Amélioration du maintien du sommeil.

Augmentation du sommeil lent léger.

Diminution du sommeil lent profond et du sommeil paradoxal.

### **Effets secondaires -> majorés avec l'âge !**

Perte de mémoire.

Somnolence dans la journée, altération de la vigilance.

Difficultés à raisonner, confusion.

Difficultés à réaliser certains gestes.

Réduction des perceptions sensorielles (vision, audition...).

### **Conséquences liées à leur consommation**

Dépendance/ Accoutumance → Addiction

Augmentation du risque de développer une démence (maladie d'Alzheimer...).

Augmentation du risque de chute et de fracture.

Risque de provoquer des accidents de la route.

Augmentation du risque de défaillance respiratoire, plus particulièrement chez les personnes avec des difficultés respiratoires ou consommant déjà un médicament dépresseur respiratoire.

### **Sevrage**

NE JAMAIS ARRÊTER BRUTALEMENT UN SOMNIFÈRE ! -> risque de provoquer un rebond de l'insomnie, de l'anxiété, de l'irritabilité, des maux de tête, un délire...

Privilégier un arrêt progressif par paliers préalablement établi aux côtés de votre médecin.

Ne pas hésiter à utiliser des mesures d'accompagnement telle que la sophrologie, la méditation, le yoga, la cohérence cardiaque...

## Annexe 19 : flyer à destination des patients avec le déroulé du programme

### Programme d'éducation thérapeutique sur l'insomnie chronique à Montroyal santé

#### 1ère étape : diagnostic d'éducation thérapeutique

Entretien individuel avec un professionnel de santé afin de mieux comprendre l'histoire de votre insomnie, ses répercussions et vous permettre de formuler vos attentes et motivations.

#### 2ème étape : séances collectives en petit groupe

##### *1ère séance*

Thèmes abordés	Objectifs
Physiologie du sommeil	Apprendre les principes généraux du sommeil
Règles d'hygiène du sommeil	Réfléchir aux bonnes et mauvaises habitudes
Agenda du sommeil	Savoir remplir un agenda du sommeil

##### *2ème séance*

Thèmes abordés	Objectifs
Agenda du sommeil	Lecture et analyse des résultats
Le contrôle du stimulus La restriction du temps passé au lit → 2 méthodes ayant fait leur preuve	Apprendre et mettre en œuvre des solutions alternatives
Somnifères	Apprendre les mécanismes d'action et les méfaits de ces médicaments

##### *3ème séance*

Thèmes abordés	Objectifs
Agenda du sommeil	Analyser les résultats et échanger sur vos expériences après application des 2 méthodes
Relaxation	Pouvoir pratiquer seul à la maison
Synthèse	Répondre à vos dernières interrogations

#### 3ème étape : bilan téléphonique

3 mois après la dernière séance vous recevrez un appel téléphonique pour discuter de votre parcours depuis la fin des ateliers.

*Mieux dormir c'est possible !*

## **Annexe 20 : questionnaires « ressenti de votre expérience » à destination des professionnels de santé**

### **Ressenti de votre expérience au terme de la 1<sup>ère</sup> session**

- 1) Aviez-vous déjà participé à un programme d'éducation thérapeutique ?
  - Oui
  - Non
  
- 2) La réunion ayant exposé le déroulé et les objectifs du programme a-t-elle participée à prendre votre décision pour collaborer au projet ?
  - Oui ma décision de participer n'était pas prise avant cette réunion
  - Non ma décision de participer au projet était prise avant cette réunion
  
- 3) La préparation de votre présentation vous a-t-elle demandée un investissement (une seule réponse possible) :
  - Relatif
  - Important
  - Colossal
  
- 4) Avez-vous eu l'impression que cela sortait de votre champ de compétence ?
  - Oui
  - Non
  
- 5) Cela vous a-t-il semblé important d'avoir accès aux informations de la consultation du diagnostic éducatif de chaque patient avant de commencer votre présentation ?
  - Oui
  - Non
  
- 6) L'accès au dossier des patients vous a-t-il semblé simple ?
  - Oui
  - Non
  
- 7) Cela a-t-il été compliqué de vous libérer pour faire votre présentation ?
  - Oui
  - Non
  
- 8) Auriez-vous préféré que les séances soient regroupées sur une seule journée ?
  - Oui
  - Non
  
- 9) Avez-vous trouvé les outils de communication utilisés (groupe Whatsapp, mail, téléphone) au sein du groupe de professionnels de santé adapté ?
  - Oui
  - Non

- 10) Selon vous la situation sanitaire a-t-elle eu des répercussions sur le bon déroulement du programme ?
- Oui
  - Non
- 11) Au terme de cette expérience, avez-vous eu la sensation que cela a modifié la relation avec vos collègues ? (une ou plusieurs réponses possibles)
- Je me sens plus proche de mes collègues
  - Il me semble que cela a facilité la communication entre professionnels de santé du secteur
  - Je n'ai pas ressenti de différence
  - Autre  
(précisez).....  
.....
- 11-a) Seriez-vous prêt(e) à poursuivre votre investissement dans ce programme en participant à de nouvelles sessions ?
- Oui
  - Non
- 11-b) Si oui, au niveau organisationnel, une fréquence de 2 sessions par an vous paraît-elle réalisable ?
- Oui
  - Non
- 12) Cette expérience vous a-t-elle apporté quelque chose à titre personnel ?
- Oui (une ou plusieurs réponses possibles)
    - Prise de confiance en soi
    - Amélioration de l'expression orale en groupe
    - Compétence professionnelle
    - Autre  
(précisez).....  
.....
  - Non
- 13) Pensez-vous que d'avoir participé à ce type de programme vous sera utile dans votre pratique quotidienne professionnelle ?
- Oui
  - Non
- 14) Cela vous-a-t-il permis de recruter de nouveaux patients dans votre activité professionnelle ?
- Oui
  - Non
- 15) Quel est votre sexe
- Féminin
  - Masculin
- 16) Quel est votre âge ?

.....  
17) Quelle est votre profession ?  
.....

18-a) Travaillez-vous au sein de la MSP de Montréjeau ?

- Oui
- Non

18-b) Si oui, depuis combien de temps ?

- < 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- > 10 ans

18-c) Si oui, quel est votre statut au sein de la MSP de Montréjeau ?

- Collaborateur
- Associé
- Membre de la SISA
- Co-gérant de la SISA

### **Ressenti de votre expérience au terme de la 2<sup>ème</sup> session**

1) La préparation de votre présentation vous a-t-elle demandée un investissement (une seule réponse possible) :

- Relatif
- Important
- Colossal

2) L'accès au dossier des patients vous a-t-il semblé simple ?

- Oui
- Non

3) Cela a-t-il été compliqué de vous libérer pour faire votre présentation ?

- Oui
- Non

4) Auriez-vous préféré que les séances soient regroupées sur une seule journée ?

- Oui
- Non

5) Avez-vous trouvé les outils de communication utilisés (groupe Whatsapp, mail, téléphone) au sein du groupe de professionnels de santé adapté ?

- Oui
- Non

6) Selon vous la situation sanitaire a-t-elle eu des répercussions sur le bon déroulement du programme ?

- Oui
- Non

7) Avez-vous eu l'impression de mieux maîtriser votre présentation lors de la 2<sup>ème</sup> session ?

- Oui
- Non

8) Au terme de ces 2 sessions êtes-vous convaincu d'avoir participé à l'amélioration du sommeil des patients ?

- Oui
- Non

9 -a) Seriez-vous prêt(e) à poursuivre votre investissement dans ce programme en participant à de nouvelles sessions ?

- Oui
- Non

9 -b) Si oui, au niveau organisationnel, une fréquence de 2 sessions par an vous paraît-elle réalisable ?

- Oui
- Non

10) Êtes-vous confiant quant à la pérennisation de ce projet ?

- Oui
- Non

12) Au terme de cette expérience, avez-vous eu la sensation que cela a modifié la relation avec vos collègues ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Je me sens plus proche de mes collègues
- Il me semble que cela a facilité la communication entre professionnels de santé du secteur
- Je n'ai pas ressenti de différence
- Autre  
(précisez).....  
.....

9) Pensez-vous que d'avoir participé à ce type de programme vous sera utile dans votre pratique quotidienne professionnelle ?

- Oui

- Non
- 10) Cela vous-a-t-il permis de recruter de nouveaux patients dans votre activité professionnelle ?
- Oui
  - Non
- 11) Cette expérience vous a-t-elle apporté quelque chose à titre personnel ?
- Oui (une ou plusieurs réponses possibles)
    - Prise de confiance en soi
    - Amélioration de l'expression orale en groupe
    - Compétence professionnelle
    - Autre  
(précisez).....
  - Non
- 12) Êtes-vous satisfait de votre rémunération pour votre participation au programme ?
- Oui
  - Non
- 13) Quel est votre sexe
- Féminin
  - Masculin
- 14) Quel est votre âge ?
- .....
- 15) Quelle est votre profession ?
- .....
- 16-a) Travaillez-vous au sein de la MSP de Montréal ?
- Oui
  - Non
- 16-b) Si oui, depuis combien de temps ?
- < 5 ans
  - Entre 5 et 10 ans
  - > 10 ans
- 16-c) Si oui, quel est votre statut au sein de la MSP de Montréal ?
- Collaborateur
  - Associé
  - Membre de la SISA
  - Co-gérant de la SISA

## Annexe 21 : échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (ECAB)

### Échelle ECAB

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

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

## ICONOGRAPHIE DES ANNEXES

Royant-Parola S, Brion A, Poirot I. Prise en charge de l'insomnie. 2017.

<https://www.pinterest.fr/belabou2/hayate/>

<https://www.ellipse-sommeil.org/sommeil-organisation>

<https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/9737-Trouver-la-bonne-duree-de-sommeil-en-fonction-de-son-age>

[https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/01/agenda\\_2p.pdf](https://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/01/agenda_2p.pdf)

Dagneaux S. Prendre en charge l'insomnie par les TCC. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2021. (Les ateliers du praticien).

<http://berth.canalblog.com/archives/2012/09/05/24951025.html>

<https://www.nutergia.com/fr/nutergia-votre-expert-conseil/dossiers-bien-etre/sommeil.php>

<https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2661823-phases-du-sommeil-paradoxal-lent-leger-profond-duree-cycle-reve/>

<https://www.cyclosteo.fr/bebe-troubles-sommeil-osteopathie-peut-elle-maider/>

<https://www.mpedia.fr/art-sommeil-adolescent-enjeu-sante/>

<https://docplayer.fr/18440401-Un-bon-sommeil-un-allie-des-saines-habitudes-de-vie-1.html>

<https://sommeilmedicamenteux-sommeilnaturel.health.blog/un-systeme-de-regulation-a-deux-processus/>

<https://www.medisite.fr/fatigue-insomnies-10-mauvaises-habitudes-qui-vous-empechent-de-bien-dormir.996340.63.html>

[https://www.123rf.com/photo\\_85856686\\_young-woman-sitting-at-home-by-the-fireplace-and-drinking-a-red-wine.html](https://www.123rf.com/photo_85856686_young-woman-sitting-at-home-by-the-fireplace-and-drinking-a-red-wine.html)

[https://www.lepoint.fr/pop-culture/disney-impose-trois-interdits-a-ses-realisateurs-voici-lesquels-18-08-2016-2062220\\_2920.php](https://www.lepoint.fr/pop-culture/disney-impose-trois-interdits-a-ses-realisateurs-voici-lesquels-18-08-2016-2062220_2920.php)

<https://www.daddythebeat.fr/le-footing/>

<https://ralucanedelcu.com/cand-iti-vine-sa-renunti/>

<https://www.ferme-de-la-fayaudrie.com/conseils-de-cuisson-pour-les-volailles/>

<https://www.repro-tableaux.com/a/vincent-van-gogh/la-sieste-van-gogh.html>

[http://blog.saffronstays.com/10-types-friends-guarantee-kick-ass-trip/princess\\_pnzhotmail-com/4140/](http://blog.saffronstays.com/10-types-friends-guarantee-kick-ass-trip/princess_pnzhotmail-com/4140/)

<http://pefsart.canalblog.com/>

<https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-drogues-effets-dependance-961/page/8/>

Righi PN. Insomnie et Expériences Psychotiques dans la population générale : une revue systématique de la littérature. :70.

<https://fr.depositphotos.com/150065802/stock-illustration-map-europe-vintage.html>

<https://www.sante-sur-le-net.com/consommation-benzodiazepines-vulnerables/>

<https://pharmacomedicale.org/pharmacologie/pharmacocinetique/38-parametres-pharmacocinetiques>

<https://www.lequotidiendupharmacien.fr/medicament-parapharmacie/medicament/noctamide-quitte-le-marche>

<https://www.pharmalouis.com/seresta-avis/>

<https://www.altercode.fr/Pharma/ANSM/LEXOMIL-6mg/Texte.html>

<https://toolbox.eupati.eu/resources/principes-cles-de-pharmacologie/?lang=fr&print=print>

<http://bbhepar.canalblog.com/archives/2012/02/01/23416100.html>

<https://fr.scribd.com/doc/242514976/Memo-Benzo-juin2008-pdf>

<http://yakanacartoons.blogspot.com/2016/11/>

<http://www.lilislilim.net/2017/08/j-ai-la-memoire-qui-flanche.html>

<https://www.domainedelangelaud.com/le-domaine/bien-etre-detente-a-langelaud/zen-stones-pyramid-on-water-surface/>

<https://thehungryjpeg.com/product/3730644-woman-counts-sheep-to-sleep-insomnia-cartoon-vector-illustration>

<https://www.lesminimes-lyon.org/2019/02/la-sieste-de-moussa-par-garance/>

**TITLE :** Multiprofessional management of chronic insomnia through a therapeutic education program at the Montréal's multiprofessional health center

---

**SUMMARY :** The management of chronic insomnia is a real medical and societal concern. Numerous studies have demonstrated the deleterious effects that it can have on health and thus impact the socio-economic sphere. Although trends in the use of benzodiazepines and related substances seem to be improving in recent years, the number of users is still high. However, there is a non-medicinal method of treatment, which is Cognitive Behavioural Therapy (CBT), recommended by the highest authorities since 2006. The general practitioner, as a first line actor in the management of insomniacs, must propose a concrete health action. This thesis is part of an action research. Based on the current situation, we have reflected on the literature to develop a care offer applicable to primary care. First, we built a therapeutic education program on chronic insomnia based on CBT and defined a certain number of tools for this purpose. Secondly, the program was implemented at the Montréal's multiprofessional health center involving different health professionals. Finally, we analysed the relevance of the tools implemented in the framework of this program and collected the perception of the health professionals involved. The results proved that it was entirely feasible to propose this type of offer in ambulatory care and that such a project even contributed to the personal and professional development of the actors, while developing multi-professionalism and team cohesion. We were also able to draw the first lines of improvement with the aim of perfecting this action through future research work and thus making it sustainable.

---

**KEY WORDS :** chronic insomnia, therapeutic education, Cognitive-Behavioral Therapy, multiprofessional health center, multi-professional approach

**AUTEUR :** Hélène GROS

**TITRE :** Prise en charge pluriprofessionnelle de l'insomnie chronique à travers un programme d'éducation thérapeutique à la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Montréal

**DIRECTEUR DE THÈSE :** Pr POUTRAIN Jean-Christophe

**LIEU ET DATE DE SOUTENANCE :** Toulouse le 10 mars 2022

---

**RÉSUMÉ :** La prise en charge de l'insomnie chronique est un véritable sujet de préoccupation d'ordre médical mais également sociétal. De nombreuses études ont démontré les effets délétères qu'elle pouvait avoir sur la santé et de ce fait impacter la sphère socio-économique. Bien que les tendances en consommation de benzodiazépines et apparentées semblent aller en s'améliorant ces dernières années, le nombre d'utilisateurs reste encore tout de même élevé. Or il existe une méthode de prise en charge non médicamenteuse, qui n'est autre que la Thérapie-Cognitivo-Comportementale (TCC), recommandée par les hautes instances depuis 2006. Le médecin généraliste en tant qu'acteur de première ligne dans la prise en charge de l'insomniaque se doit de proposer une action de santé concrète. Cette thèse s'est inscrite dans le cadre d'une recherche-action. Partant du constat actuel, nous avons réfléchi, en nous appuyant sur la littérature, à une offre de soin applicable en soins premiers. Dans un premier temps, nous avons construit un programme d'éducation thérapeutique sur l'insomnie chronique s'appuyant sur la TCC et défini un certain nombre d'outils à cet effet. Dans un second temps, le programme a été mis en place à la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Montréal en impliquant différents professionnels de santé. Enfin, nous avons analysé dans un troisième temps la pertinence des outils mis en œuvre dans le cadre de ce programme et recueilli le ressenti des professionnels de santé impliqués. Les résultats ont prouvé qu'il était tout à fait réalisable de proposer ce type d'offre en soins ambulatoires et qu'un tel projet participait même à l'épanouissement personnel et professionnel des acteurs, tout en développant la pluriprofessionnalité et la cohésion d'équipe. Nous avons également pu en tirer les premiers axes d'amélioration dans le but de perfectionner cette action à travers de futurs travaux de recherche et ainsi de la pérenniser.

---

**MOTS CLÉS :** insomnie chronique, éducation thérapeutique, Thérapie-Cognitivo-Comportementale, Maison de Santé Pluriprofessionnelle, pluriprofessionnalité