



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement  
Le jeudi 28 septembre 2023 à Poitiers  
Par **MOUMMOUCH Malika**

**Initiation des médecins généralistes aux TCC de  
l'insomnie par une formation vidéo, un protocole en 4  
séances est-il pertinent pour la médecine générale ?**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur JAAFARI Nematollah

**Membres** :

-Dr FRECHE Bernard

-Dr MALLET Vanessa

-Dr LAFAY-CHEBASSIER Claire

**Directeur de thèse** : Dr HEBERT Marie-Thérèse

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

ANNEE 2023

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement  
Le jeudi 28 septembre 2023 à Poitiers  
par **MOUMMOUCH Malika**

**Initiation des médecins généralistes aux TCC de  
l'insomnie par une formation vidéo, un protocole en 4  
séances est-il pertinent pour la médecine générale ?**

**COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur JAAFARI Nematollah

**Membres** :

-Dr FRECHE Bernard

-Dr MALLET Vanessa

-Dr LAFAY-CHEBASSIER Claire

**Directeur de thèse** : Dr HEBERT Marie-Thérèse


**LISTE DES ENSEIGNANTS**

Année universitaire 2022 – 2023

**SECTION MEDECINE**
**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesneur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesneur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesneur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesneur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesneur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesneur L.A.S et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesneur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesneur 1<sup>er</sup> cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

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

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesneur 2<sup>nd</sup> cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

**Professeur des universités**

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe

**Maître de Conférences des universités de médecine générale**

- MIGNOT Stéphanie

**Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

**Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales**

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

**Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

**Professeurs émérites**

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie-virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

- reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## SECTION PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

### *Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

### *Maîtres de conférences*

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maîtres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

## REMERCIEMENTS AU JURY

Au Dr JAAFARI pour me faire l'honneur de présider cette thèse ainsi que pour m'avoir fait envisager la médecine de différentes manières en conférence opioïde.

Au Dr HEBERT pour avoir dirigé cette thèse et m'avoir initié au TCC, mais surtout pour m'avoir guidé dans mon développement personnel en tant que femme et en tant que médecin.

Au Dr FRECHE pour l'intérêt porté à cette thèse et pour avoir accepté de juger mon travail ainsi que pour avoir rendu ma soutenance de mémoire plus légère.

Au Dr MALLET pour être mon amie et membre de mon jury après toutes ces aventures partagées durant l'internat.

Au Dr CHEBASSIER pour avoir répondu présente en ce jour important et pour accepter de juger mon travail.

## REMERCIEMENTS PERSONNELS

Au Dr CAVARO qui aura toujours été un modèle de bonté et de bienveillance, merci d'avoir été un si bon maître de stage, d'avoir cru en moi et en cette thèse.

Au Dr GARCONNET dont les conseils précieux m'auront permis de faire redescendre la pression, cadrer et cerner mon travail. Merci d'avoir été un repère pour moi dans ma nouvelle vie de docteur.

Au Dr POUTRAIN pour ses conseils et connaissances sans fin, dont la force et le charisme éblouissent tous ceux qui la croise sans même qu'elle s'en aperçoive. Merci d'avoir orienté et recadré mon travail maintes fois.

Au Dr CONSIL qui n'aura jamais hésité à partager son temps et ses connaissances avec moi, à nos voyages et à cette nouvelle vie plus douce.

A l'équipe du CSAPA de Saint Jean d'Angely (Sophie MOREAU, Dr PIROLLO) pour leurs conseils et les encouragements précieux dans la création de cette vidéo.

A mes parents qui m'auront vu affronter ces années obscures. Merci de m'avoir supporté, cajolé, et surtout aimé ! Merci d'être là pour moi à votre façon, de m'avoir enseigné l'amour inconditionnel, le pardon et la bienveillance qui m'auront été d'un grand réconfort toutes ces années.

A mes frères et sœurs qui m'auront fait tant de soucis et de bonheur à la fois. Votre joie de vivre et votre légèreté sont mes moteurs, je vous aimerai toujours !

A ma mamie et à ma tatie qui m'auront soutenu de près ou de loin depuis toutes ces années, toujours prêtes à partager leur force et leur temps pour moi. Vous avez toujours été des piliers précieux.

A ma famille marocaine qui ne comprend pas pourquoi ces études durent si longtemps mais dont l'amour est sans limite. A mon oncle et ma grand-mère qui nous auront quitté cette année, mes pensées vont vers vous en ce jour.

A mes amis marseillais qui m'auront vu dans tellement de hauts et de bas mais qui n'auront pourtant jamais douté de moi, votre estime m'aura poussé au sommet de mes capacités.

A mes Co-internes, pour avoir partagé nos débuts parfois difficiles, nos espoirs et nos doutes, pour avoir créé des liens si forts et si doux à la fois, pour être toujours là et pour nous voir évoluer dans notre beau métier.

A mes amis Cognaçais, Saintais, et Rochefortais, qui auront rendu ces années d'internat plus légères et créé chez moi un réel attachement pour cette région en devenant ma famille de cœur. Votre présence au quotidien aura fait de moi la personne que je suis aujourd'hui, votre influence m'enrichit et m'ancre dans cette terre si paisible. Merci pour toutes les soirées, les goûters fun, les voyages, les concerts, les footings, les longues balades dans les champs, à la plage ou à la montagne, les prières, les rappels, les débats, les confidences, les larmes et les gros repas, merci pour le jardinage, le bricolage et les déménagements, merci de répondre toujours présents à chacune des aventures que la vie nous propose. La vie ici ne serait pas la même sans vous.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réflexion, la coordination, l'élaboration et la correction de cette thèse, vous avez ma reconnaissance éternelle.

## 1/ INTRODUCTION :

### 1.1. Epidémiologie

## 2/GENERALITES

### 2.1. Le sommeil comment ça marche ?

#### 2.1.1 Définition du sommeil

#### 2.1.2. Physiologie du sommeil

#### 2.1.3. Architecture du sommeil

### 2.2. L'insomnie qu'est-ce que c'est ?

#### 2.2.1. Définition de l'insomnie

#### 2.2.2. Physiopathologie de l'insomnie

#### 2.2.3. Les différentes pathologies du sommeil

#### 2.2.4. Les thérapeutiques proposées dans l'insomnie

### 2.3. Les TCCI qu'est-ce que c'est ?

## 3/OBJECTIFS

## 4/ MATERIEL ET METHODE

### 4.1. Type d'étude

### 4.2. Population cible

### 4.3. Déroulement de l'étude

### 4.4. Recueil de données

### 4.5. Analyse des données

### 4.6. Aspect réglementaire

## 5/RESULTATS

5.1. Observations générales

5.2. Analyse de la population

5.3. Les données sur l'insomnie chronique

5.4. Les données sur la nébuleuse des TCC

5.5. L'apport de la vidéo

## 6/CONCLUSION

### Bibliographie

Annexe 1 : Définition et outils diagnostics des pathologies du sommeil

Annexe 2 : Questionnaire de thèse et recueil de données brutes

Annexe 3 : Diaporama de la vidéo et commentaire

Annexe 4 : Echelles

Serment

Résumé

## ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPP : Commission de Protection des Personnes

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Manuel de diagnostic et statistique des troubles psychiatriques

DU : Diplôme Universitaire

EEG : Electroencéphalogramme

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IAH : Index d'Apnées-Hypopnées

ICSD : International Classification of Sleep Disorder

IDE ASALEE : Infirmière Diplômée d'Etat d'Action de Santé Libérale En Equipe

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INSV : Institut National du Sommeil et de la Vigilance

IPA : Infirmière de Pratique Avancé

ISI : Index de Sévérité de l'Insomnie

MGs : Médecins Généralistes

MG : Médecine Générale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TCCI : Thérapie Cognitive et Comportementale de l'Insomnie

TILE : Tests Itératifs de Latence d'Endormissement

TIME : Tests Itératifs du Maintien de l'Eveil

REM : Rapide Eye Mouvement

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels du Système de santé

RUD : Risque Urgence Dangerosité

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SMR : Service Médical Rendu

## 1/ INTRODUCTION :

22h : Je ferme un œil devant la télé. J'ai une grosse journée demain, je ferai mieux d'aller me coucher.

22h30 : Il suffit que j'arrive dans mon lit pour ne plus avoir sommeil, je vais lire.

23h : Toujours rien, je m'agace en pensant à mon conjoint qui lui, aussitôt couché, dort déjà.

23h30 : Je commence à paniquer en voyant les heures défiler. Je me lève dans 7h30 alors que j'ai vraiment besoin de mes 8 heures de sommeil pour être opérationnelle.

00h : Ça y est c'est foutu, je vais être crevée demain alors que j'ai une grosse réunion !

1h : Est-ce que j'ai éteint le gaz ? Est-ce que j'ai corrigé la faute d'orthographe sur la page de garde de ma présentation ? Est-ce que j'ai racheté des biscottes pour le petit déjeuner ?

1h30 : Je suis exténuée.

2h : Vu l'heure qu'il est, autant ne pas dormir. J'aurai dû demander un comprimé à mon médecin.

5h30 : Oh mon Dieu ! Si je suis réveillée c'est que le réveil n'a pas sonné, je saute dans mes chaussons, j'attrape mon portable : 5h31. Ah mince, fausse alerte. Je vérifie 3 fois que mon réveil est bien activé, la batterie du portable chargée. J'ai le cœur qui bat la chamade, je me suis fait une belle frayeur.

6h : J'entends le chant des premiers oiseaux.

7h : Le bip du réveil résonne dans ma tête comme un lendemain de soirée, il va me falloir un Doliprane, la journée va être horrible c'est certain !

Certains se reconnaîtront dans ce récit. Peut-être avons-nous tous pu expérimenter une fois l'insomnie ?

## 1.1. Epidémiologie :

Le sommeil fait partie de nos fonctions vitales au même titre que l'alimentation et l'hydratation. Il est indispensable à la récupération physique et psychique. Néanmoins, il est bien souvent négligé ou jugé comme une perte de temps. Nous passons un tiers de notre vie à dormir, et on estime qu'un tiers d'entre nous présente des troubles du sommeil. Peu d'études ont été menées pour déterminer la prévalence des troubles du sommeil dans la population générale (*rapport santé publique France décembre 2011*) (1). On estime que 10 à 30% de la population (15% d'après le DSM5) souffrirait d'insomnie. L'insomnie est la pathologie du sommeil la plus fréquente avec une prédominance féminine. (2)

Un insomniaque sur 5 seulement consultera pour son problème de sommeil.

L'insomnie est un réel problème de santé publique avec un surcoût socio-économique important du fait de son retentissement :

- Sur le travail : baisse de l'efficacité, absentéisme ( 8% des salariés se sont absentés au travail pour un problème d'insomnie selon INSERM 2017 (3)), avec une multiplication par 4,5 des accidents au travail (et par 8 des accidents de la voie publique).

- Sur la santé : augmentation des comorbidités telles que les cancers, l'obésité, les maladies métaboliques et cardiovasculaires, la démence et les déficits immunitaires, les troubles de la concentration et des acquisitions.

- Sur la prescription massive de benzodiazépines et d'hypnotiques. Selon les chiffres de l'assurance maladie, en 2015 La France est le deuxième pays européen le plus consommateur d'anxiolytiques (derrière l'Espagne) et 3ème consommateur d'hypnotiques.

La prévalence d'utilisation des benzodiazépines anxiolytiques ou hypnotiques était plus élevée chez les femmes (16,6 %) que chez les hommes (9,7 %), et ce quel que soit l'âge.(4) Un tiers des femmes de plus de 65 ans prend régulièrement des benzodiazépines anxiolytiques (un sixième chez l'homme) et 18% prend régulièrement des hypnotiques (11% pour les hommes). En 2015, environ 13,4 % de la population française a consommé au moins une fois une benzodiazépine quelle que soit l'indication : 10,3 % une benzodiazépine

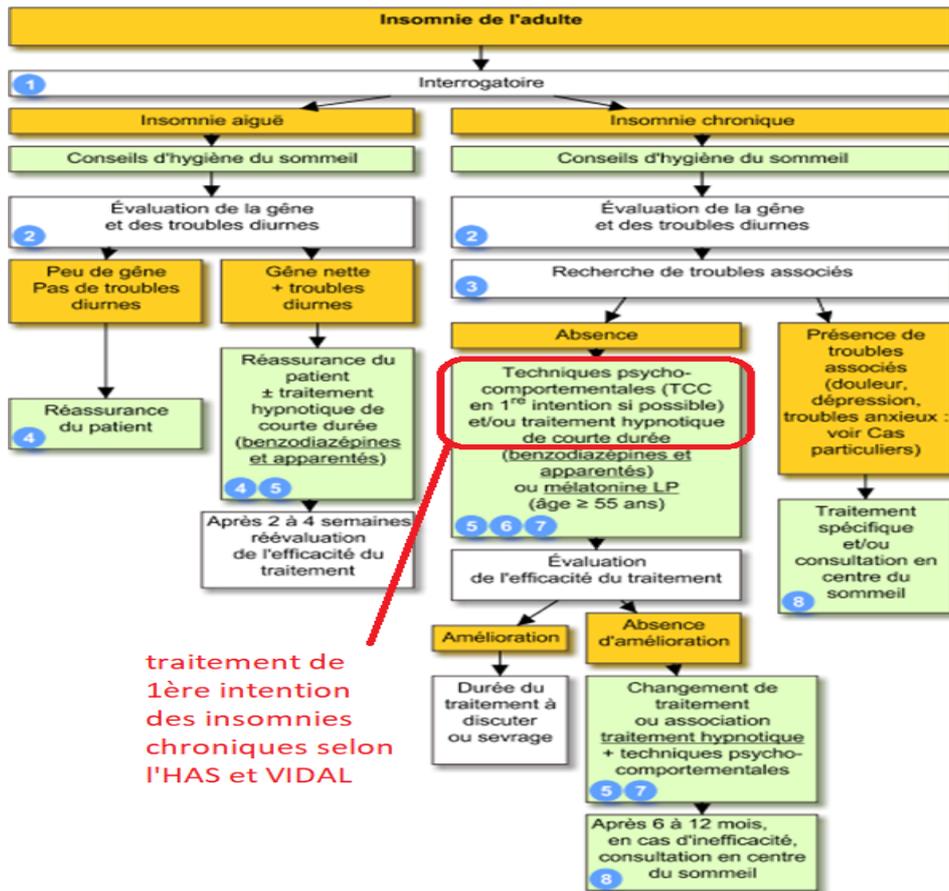
anxiolytique, 5,6 % une benzodiazépine hypnotique et 0,2 % une benzodiazépine à indication anticonvulsivante.(5)

Leurs effets secondaires sont pourtant bien connus : somnolence diurne, confusion, troubles de l'attention, déficit mnésique, troubles de l'équilibre avec risque de chute, altération des fonctions neuromotrices, irritabilité, anxiété, dépression, maux de tête, nausées, constipation, troubles du rythme cardiaque, dépendance physique et psychique avec syndrome de sevrage même après une utilisation courte (6), dépression respiratoire et majoration des apnée du sommeil etc.(7)

Pour freiner ce phénomène, la Haute Sécurité de Santé a, en janvier 2014, revu à la baisse le Service Médical Rendu (SMR) des benzodiazépines hypnotiques avec, pour conséquence un remboursement de ces médicaments diminué de 65 % à 15 %. Ceci reste insuffisant car malgré une baisse immédiate des consommations en 2015, les chiffres semblent stables depuis (8).

Le nombre de centres du sommeil labellisés SFRMS (Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil) n'a fait qu'augmenter depuis 1994, il y a aujourd'hui plus de 50 centres agréés(9). Le sommeil est devenu un enjeu tel qu'en 2000 l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV) a été créé. Leurs principaux objectifs sont de promouvoir le sommeil et ses pathologies comme composante de santé publique et d'aider les Français à optimiser leur sommeil grâce à des actions de prévention, de sensibilisation et d'information. La médecine du sommeil est devenue une spécialité universitaire en France en mars 2017 et intéresse un nombre croissant de médecins. À la suite de la 20ème journée du sommeil (mars 2020) l'INSV affichait à la 6ème place de ses propositions pour l'avenir de notre sommeil : **renforcer la formation des médecins généralistes et des pharmaciens sur les troubles du sommeil et limiter les prescriptions d'hypnotiques.**(10)

La prise en charge de l'insomnie repose très largement sur les prescriptions médicamenteuses, alors que les Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) arrivent en 1ère place des thérapeutiques recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS), dans l'insomnie chronique sans trouble associé.



traitement de 1<sup>ère</sup> intention des insomnies chroniques selon l'HAS et VIDAL

*Arbre décisionnel de la HAS (VIDAL) de la prise en charge de l'insomnie de l'adulte(11)*

Or nous nous retrouvons face à une patientèle de plus en plus informée (internet) et désireuse d'être actrice de sa santé, par des remèdes non médicamenteux.

Les TCC sont donc en totale adéquation avec les attentes de la population d'aujourd'hui.

## 2/GENERALITES :

### 2.1. Le sommeil comment ça marche ?

Selon l'enquête INSV/MGEN 2020, nous dormons 6h41 en semaine et 7h33 le Week-end, soit 60 à 90 minutes de moins qu'il y a 30 ans. 45% des 25-40 ans estiment ne pas dormir assez.

#### 2.1.1 Définition du sommeil :

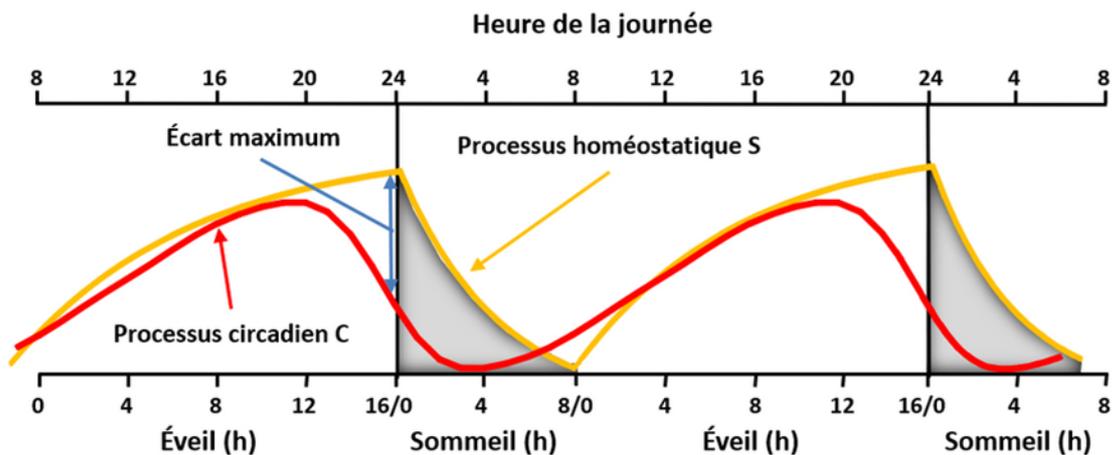
Le sommeil se définit comme une baisse de l'état de conscience qui sépare deux périodes d'éveil. Il est caractérisé par une perte de la vigilance, une diminution du tonus musculaire et une abolition partielle de la perception sensitive. Le sommeil n'est pas un phénomène constant. Il est séparé en stades électrophysiologiques eux même organisés en cycles de nombres et durées variables caractérisant l'architecture du sommeil.

Le sommeil s'oppose à la **veille** (ou période d'éveil) qui est caractérisée par une activation du système nerveux central, l'ouverture des yeux, la tonicité des muscles, l'augmentation de la réactivité aux stimulus externes. C'est un état de vigilance et de conscience au cours duquel des capacités de réflexion, concentration, raisonnement peuvent être mesurées ainsi que des mécanismes neurobiologiques (cortisol par exemple). Le sommeil est à distinguer de la **fatigue** qui correspond à un état physiologique en réponse à un effort intense associé à une baisse de performance nécessitant un repos pour récupérer sans pour autant dormir. La fatigue est mesurable par l'échelle de Pichot (Cf Annexe). Elle est à distinguer de la **somnolence** qui est un état intermédiaire entre veille et sommeil. La somnolence précède l'endormissement, avec des sensations d'engourdissement et de paupières lourdes. Elle est mesurable par l'échelle d'EPWORTH (Cf annexe).

### 2.1.2. Physiologie du sommeil :

Le sommeil nécessite la combinaison de plusieurs processus : **homéostatiques**, (qui accroissent le besoin du sommeil à mesure que la période de veille se prolonge, c'est la pression de sommeil) et **circadiens**, qui visent à synchroniser l'organisme et le sommeil sur l'alternance jour-nuit (3) .

*Ceux-ci sont toujours en cours de recherche mais certaines notions semblent se profiler.*



*Schéma de variation des processus homéostatique et circadien au cours de la journée, issu de [Clock and me, article de V.Gabel, les rythmes circadiens qu'est-ce-que c'est ?, 2020 in \(12\)](#)*

**Sur le plan homéostatique**, le sommeil est sous la dépendance de différentes molécules produites au cours de la journée (interleukine-1, prostaglandine D2, adénosine, somatolibérine...) dont la quantité favoriserait le sommeil. L'adénosine semble jouer un rôle important. Elle est fabriquée et accumulée pendant l'éveil. Sa quantité semblerait inhiber progressivement le fonctionnement cérébral jusqu'au déclenchement du sommeil. Elle serait ensuite progressivement éliminée pendant la nuit. Plus une dette de sommeil est importante plus les taux d'adénosine mesurés sont hauts. Il pourrait s'agir d'un mécanisme permettant de rattraper son retard de sommeil.

**Sur le plan circadien**, alias l'horloge biologique (13), il est propre à chacun, avec une rythmicité proche de 24 heures. Plusieurs facteurs interviennent pour le réguler plus finement, parmi lesquels :

- Les cellules ganglionnaires à mélanopsine dont le rôle est d'induire le sommeil. Elles transmettent l'information sur l'alternance jour-nuit à des structures cérébrales impliquées dans d'autres fonctions indépendamment de l'exposition à la lumière du jour. Néanmoins, l'usage tardif d'écrans ou de lumière LED, riches en lumière bleue, stimule ces cellules et perturbe le sommeil.

- La mélatonine, hormone inductrice de sommeil. Elle est fabriquée par la glande pinéale (à l'arrière de l'hypothalamus) à partir de la sérotonine et relarguée lors de l'obscurité principalement en début de nuit. A l'inverse, lorsque les cellules rétinienne perçoivent la lumière, sa libération est inhibée. Avec le vieillissement, la production de mélatonine est de moins en moins efficace.

- Les gènes horloges, au nombre d'une quinzaine (CLOCK, BMAL, Per, Cry, Reverb...) ont une expression qui est modulée selon l'information reçue par les cellules rétinienne, la mélatonine et d'autres facteurs synchroniseurs (activité physique, prise alimentaire...). Exprimés au niveau des noyaux suprachiasmatiques, ils conduisent à la transmission de messages à plusieurs horloges secondaires situées au niveau cérébral, permettant la régulation du sommeil, mais aussi de nombreuses autres fonctions rythmées par le cycle circadien (production de cortisol, d'ACTH, d'hormones de croissance...).

*Notre horloge interne fonctionnerait donc comme un organisateur des moments de veille et de sommeil.*

### 2.1.3. Architecture du sommeil :

L'examen de référence est la polysomnographie. Il permet d'obtenir un hypnogramme, qui est une synthèse de l'enregistrement de plusieurs paramètres. Il est obtenu à l'aide d'électrodes placées au niveau du crâne et de différentes parties du corps. Il enregistre

l'activité cérébrale (par EEG), l'activité musculaire (électromyogramme) et les mouvements oculaires (électro-oculogramme). Ces données vont permettre de stadifier le sommeil.(14)

Le rythme cardiaque, le rythme respiratoire et les mouvements des jambes peuvent également être enregistrés afin d'identifier d'autres pathologies nocturnes.

L'architecture du sommeil se déroule en 4 stades organisés en cycles de 90 à 120 minutes répétés 3 à 6 fois au cours d'une nuit avec des variabilités d'ordre et de temps passé dans chaque stade, cycle après cycle.(15)

- Pour commencer, l'état de veille ou **stade 0** : l'électroencéphalogramme (EEG) retrouve des ondes courtes et fréquentes, alpha (8-13Hz) puis bêta (14-24Hz) lors de nos activités quotidiennes, et des ondes gamma (25-40Hz) lors d'efforts de concentration importants. L'activité musculaire est importante, le rythme respiratoire et le rythme cardiaque sont rapides et irréguliers. Nous sommes éveillés, les yeux ouverts, vigiles et conscients de notre éveil.

- Le **stade 1**, ou endormissement : l'EEG témoigne d'une activité d'ondes thêta (3-8Hz). Les yeux présentent des mouvements lents de type roulement. Le tonus musculaire diminue mais reste présent. La température corporelle diminue, de même que le rythme cardiaque et respiratoire. C'est une phase de sommeil lent léger au cours duquel nous pouvons expérimenter diverses parasomnies : des sursauts, l'impression de tomber, voire des hallucinations. C'est un sommeil durant lequel nous sommes réveillés par le moindre bruit ce qui donne la sensation de ne pas avoir dormi. Il se présente comme une forte somnolence permettant de passer du stade 0 au stade 1. Cette somnolence est appelée latence d'endormissement et dure en général 5 à 10 minutes mais n'excède pas 20 minutes chez un dormeur normal. Ce temps de latence augmente avec l'âge.

- Le **stade 2**, le sommeil lent léger : L'EEG retrouve un fond d'ondes thêta (12-14Hz) associé à des fuseaux d'ondes delta de haut voltage (2Hz) et des complexes K (grandes ondes lentes 1-4Hz). Nous parlons ici de sommeil lent car nous restons sensibles aux stimuli extérieurs. Le tonus musculaire est faible, la respiration et le rythme cardiaque sont lents et réguliers. Il n'y a pas de mouvement des yeux. Cette phase dure 10 à 25 minutes mais

s'allonge à chaque cycle, et représente en moyenne 50% du temps total de nos nuits de sommeil.

*Sa durée nous permet de différencier les gros des petits dormeurs. Les petits dormeurs ont une durée de stade 2 plus courte que les gros dormeurs. Les mauvais dormeurs se réveillent durant le stade 2 et ont donc la sensation de ne pas avoir dormi comparés aux bons dormeurs.*

*Lorsque que nous avons appris de nombreuses informations nouvelles, l'EEG montre de nombreux fuseaux, ce qui amène à penser que ce stade du sommeil est en lien avec l'encodage et le stockage des souvenirs*

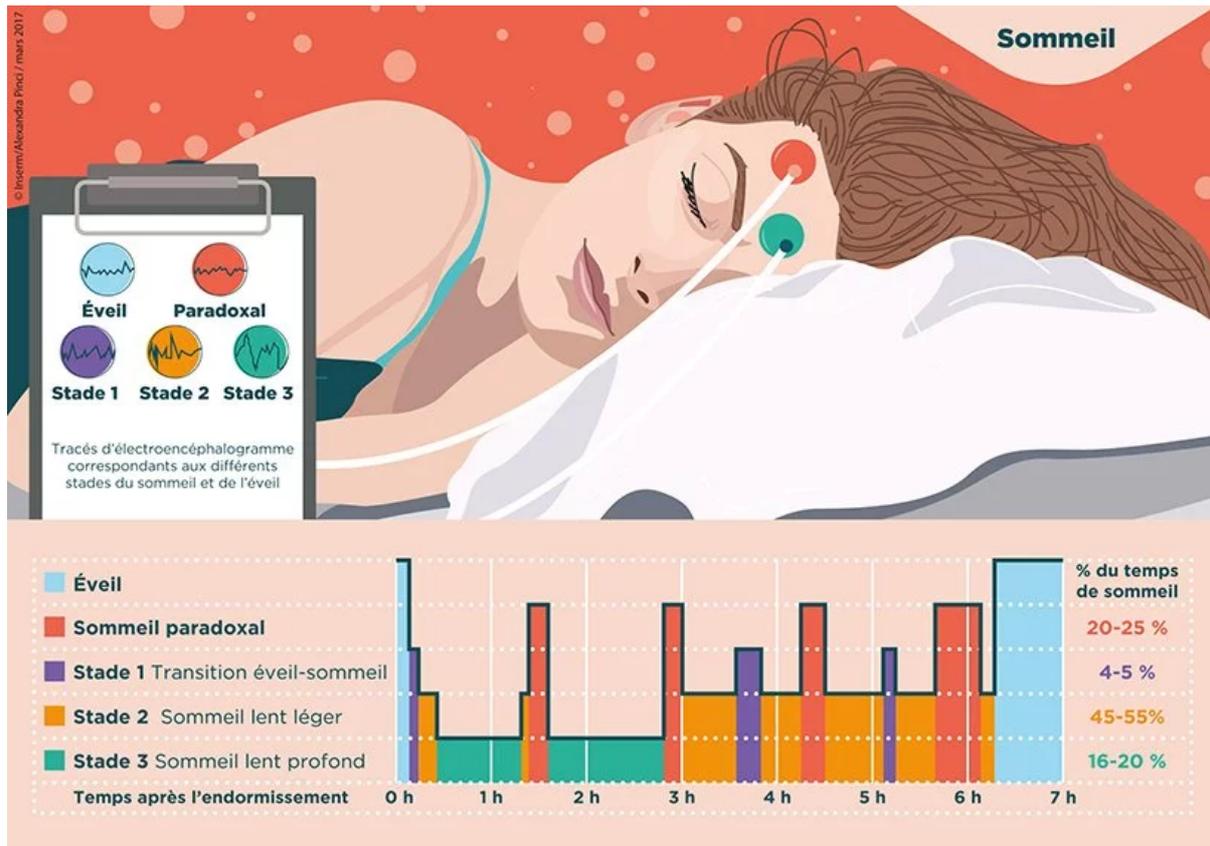
- Le **stade 3**, le sommeil lent profond : l'EEG se compose d'ondes delta lentes (0,1-3Hz). Les rythmes cardiaque et respiratoire sont lents et réguliers. La température corporelle est basse. Les mouvements oculaires sont lents, non coordonnés. C'est à ce stade qu'il est le plus difficile d'être réveillé. Il est très important pour sa fonction récupératrice et biologique (libération d'hormones de croissance, activation du système immunitaire). Cette phase peut durer jusqu'à 40 minutes et est plus importante au début de la nuit. Elle diminue au cours des cycles (pour laisser place au sommeil paradoxal) et s'étend sur 1h30 de nos nuits en moyenne quel que soit le type de dormeur. La privation de ce stade entraîne une dette de sommeil qui sera récupérée la nuit suivante.

*Le somnambulisme et les terreurs nocturnes s'expriment lors de cette phase. Il est fréquent de retourner en sommeil lent léger après une phase de sommeil profond.*

- Le **stade 4** alias sommeil paradoxal ou REM (Rapide Eye Mouvement) sleep : l'EEG retrouve des ondes thêta et alpha lentes proches de celles de l'éveil. Il existe des mouvements oculaires très rapides, en saccade. Paradoxalement (d'où son nom) le corps est complètement inerte, avec une relaxation complète des muscles et une absence totale de tonus qui contraste avec l'intensité de l'activité cérébrale. Il existe une érection du pénis chez l'homme ou du clitoris chez la femme qui touche aussi bien le bébé que la personne âgée. Le rythme cardiaque et la température corporelle augmentent pour atteindre les valeurs de l'éveil. Cette phase de sommeil profond représente 20 à 25% de la durée totale du sommeil avec une durée très brève sur les premiers cycles et progressivement croissante jusqu'à

atteindre la majeure partie du dernier cycle (30 minutes environ). Il est important car il permet la restauration des fonctions cérébrales et prépare le corps au lendemain.

*C'est lors de ce stade que nous avons l'activité onirique la plus importante, il regroupe les rêves les plus intenses et ceux dont on peut garder le souvenir une fois éveillé. Des rêves peuvent aussi survenir au cours du sommeil lent léger, mais ils sont moins intenses et sous forme d'idées abstraites.*



*Illustration des stades électrophysiologiques du sommeil issue de l'Inserm : Faire la lumière sur notre activité nocturne, septembre 2017*

**En résumé**, le sommeil est une succession de 3 à 6 cycles, de 60 à 120 minutes chacun. Un cycle sera constitué d'une alternance de sommeil lent et paradoxal. Les différents stades ne se produisent pas à tous les cycles et leur proportion varie selon le début ou la fin de la nuit. Le sommeil profond, plus important en début de nuit laisse progressivement place au sommeil léger et paradoxal (16).

Par exemple pour un sujet jeune sans problème de sommeil, on pourra observer sur une nuit :

- cycle 1 : stade 0 – 1 – 2 – 3 – 2 – 4 (paradoxal)
- cycle 2 : stade 2 – 3 – 2 – 4
- cycle 3 : micro-réveil – stade 1 – 2 – 3 – 2 – 4
- cycle 4 : stade 2 – 1 – 2 – micro-réveil
- cycles 5 : stade 1 – 2 – 4 – 2

## 2.2. L'insomnie qu'est-ce que c'est ?

### 2.2.1. Définition de l'insomnie :

L'insomnie est définie principalement par 3 grandes classifications :

- La CIM 10 (Classification Internationale des Maladies :

Dont nous ne citerons pas les critères car son usage est quasi exclusivement réservée au codage numérique.

- La ICSD3 (international classification of sleep disorder) :

Association des 4 critères diagnostiques :

A) Au moins un des 3 éléments suivants :

- Difficulté d'endormissement.
- Difficulté de maintien de sommeil - Eveils nocturnes.
- Réveil matinal précoce.

B) Retentissement diurne : Fatigue, trouble de l'attention et de la mémoire, altération de la vie sociale familiale ou professionnelle, trouble de l'humeur ou irritabilité, somnolence diurne, problèmes comportementaux, baisse de la motivation, insatisfaction du sommeil.

C) Au moins trois fois par semaine.

D) Depuis plus de 3 mois.

- Le DSM5 (Manuel de diagnostic et statistique des troubles psychiatriques) :

A) Une plainte prédominante d'insatisfaction par rapport à la quantité ou la qualité du sommeil, associée à un (ou plusieurs) des symptômes suivants :

- Difficulté à initier le sommeil.

- Difficulté à maintenir le sommeil, caractérisée par des réveils fréquents ou des problèmes à se rendormir après des réveils.

- Réveil matinal avec incapacité de se rendormir.

B) La perturbation du sommeil est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération dans les domaines social, professionnel, scolaire, universitaire, comportemental, ou un autre domaine important du fonctionnement.

C) La difficulté de sommeil se produit au moins 3 nuits par semaine.

D) La difficulté de sommeil est présente depuis au moins 3 mois.

E) La difficulté de sommeil se produit en dépit de la possibilité adéquate de sommeil.

F) L'insomnie n'est pas mieux expliquée par un autre trouble du sommeil et ne survient pas exclusivement au cours d'un de ces troubles (par exemple, la narcolepsie, un trouble du sommeil lié à la respiration, un trouble veille-sommeil du rythme circadien, une parasomnie).

G) L'insomnie n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue, un médicament).

H) Des troubles mentaux et des conditions médicales coexistant n'expliquent pas adéquatement la plainte prédominante d'insomnie.

Le « trouble d'insomnie » peut être :

- Épisodique : les symptômes durent depuis au moins 1 mois, mais moins de 3 mois.

- Persistant : les symptômes durent depuis 3 mois ou plus.
- Récurent : deux (ou plus) épisodes dans l'espace de 1 an.

Le DSM 5 et l'ICSD3 définissent l'insomnie d'emblée comme une pathologie chronique en opposition avec l'insomnie aiguë réactionnelle et transitoire décrite comme épisodique ou récurrente dans le complément du DSM 5.

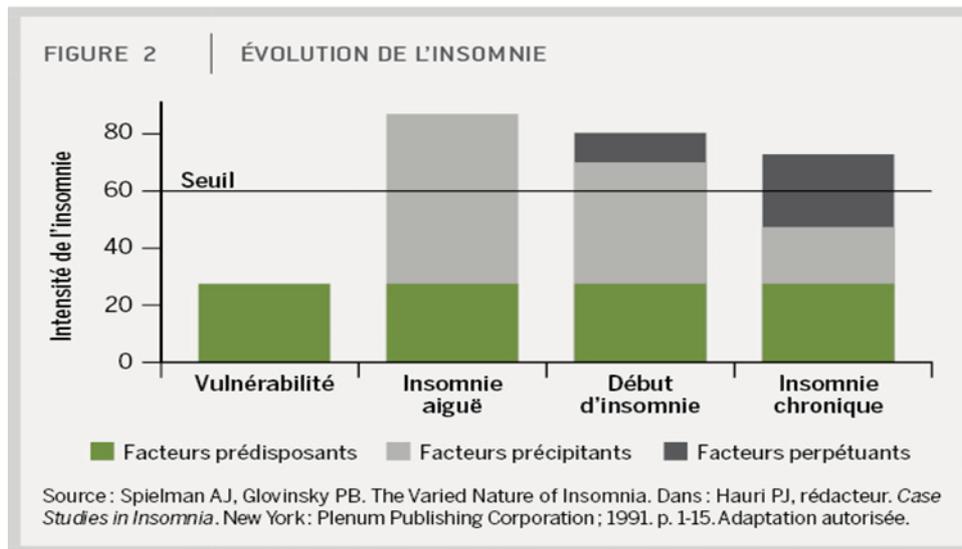
### 2.2.2. Physiopathologie de l'insomnie :

Sur le plan neurobiologique, l'insomnie chronique est liée à un problème de régulation entre les mécanismes de veille et de sommeil. Les patients présentent un « hyper-éveil », caractérisé par une activité accrue du système nerveux central et de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (mécanisme de réponse au stress). Ceci empêche l'endormissement ou favorise un sommeil lent essentiellement au stade léger associé à des éveils nocturnes. La fragmentation des nuits et un temps court passé en sommeil profond, explique la fatigue diurne ressentie par les patients (3). Cette hypothèse est renforcée par les techniques d'imagerie fonctionnelle qui décrivent un métabolisme glucidique accru au niveau cérébral : il réduirait l'efficacité de la transition entre l'éveil et le sommeil. (16)

De façon plus globale nous pouvons repérer différents facteurs faisant le lit de l'insomnie chronique :

- Le facteur prédisposant (génétique, biologique, psycho-social) : hypersensibilité, hyperexcitabilité corticale et somatique, carence en mélatonine et/ou sérotonine, addiction.
- Le facteur précipitant (événement médical, personnel, familial) : horaire de travail décalé, événement de vie stressant, maladie physique ou psychique.
- Le facteur d'entretien (comportement inadapté, croyance erronée sur le sommeil) : siestes trop longues, se coucher trop tôt, rester au lit trop longtemps, consommation excessive de boissons stimulantes, sous-estimation de la quantité et de la qualité du sommeil, surestimation des effets négatifs d'une mauvaise nuit.

*Le médecin traitant est le plus à même d'identifier ces différents facteurs.*



*Graphique de l'évolution de l'insomnie, issue de l'article : Au-delà de l'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie, avril 2014 (17)*

Ils sont à prendre en compte très précocement car permettent d'identifier le risque de déviance dans l'insomnie chronique lorsqu'elle n'est encore que transitoire. C'est principalement sur ce facteur d'entretien que peuvent agir les TCC.

Pour prendre en charge l'insomnie chronique de façon adaptée il est important de savoir repérer les différentes pathologies du sommeil (anciennement insomnie secondaire) qui vont nécessiter une prise en charge spécialisée.

### 2.2.3. Les différentes pathologies du sommeil :

DSM5	ICSD3
Insomnie	Insomnie
Hypersomnolence	Les hypersomnolences d'origine centrale
Narcolepsie	
Troubles du sommeil liés à la respiration	Les troubles respiratoires
Les troubles de l'alternance veille-sommeil liés au rythme circadien	Les troubles du rythme circadien du rythme veille-sommeil
Les parasomnies	Les parasomnies

Les syndromes des jambes sans repos	Les mouvements anormaux liés au sommeil
Le trouble du sommeil induit pas une substance ou un médicament	Troubles du sommeil liés à l'utilisation de produits

*Le détail et les outils diagnostiques des différents troubles du sommeil (n'étant pas l'objet de notre études), sont disponibles en annexe.*

De manière générale, les troubles du sommeil peuvent avoir un fort retentissement sur la qualité de vie et être source d'une grande souffrance sur le long terme. C'est pourquoi il est important d'évaluer l'index de sévérité de l'insomnie (ISI Cf Annexe) ainsi que le risque suicidaire (via le RUD Cf Annexe) avant d'entreprendre une thérapie car un tableau dépressif sévère nécessitera un traitement thymique en premier lieu.

#### 2.2.4. Les thérapeutiques proposées dans l'insomnie :

Comme nous l'avons vu précédemment, la plupart du temps, c'est une réponse médicamenteuse qui est apportée en cas d'insomnie. Les plus fréquemment prescrits sont :

- Les hypnotiques et les agonistes des récepteurs benzodiazépiniques. Leurs activités pharmacologiques sont essentiellement à visée anxiolytique, hypnotique et anticonvulsivante. Ils ont pour effet un endormissement rapide, une réduction du nombre et de la durée des éveils nocturnes. Néanmoins ce sont des perturbateurs de l'architecture du sommeil avec des effets résiduels diurnes (sommolence, diminution des performances, troubles cognitifs), une majoration des apnées du sommeil et un risque de tolérance et de dépendance important (18). Ces effets sont majorés chez le sujet âgé. Il existe actuellement 22 molécules différentes disponibles en France. Les benzodiazépines anxiolytiques ou hypnotiques les plus utilisées sont l'Alprazolam (3,8 %), suivi du Zolpidem (3,1 %) et du Bromazépam (2,7 %). On constate cependant une diminution de l'utilisation de Zolpidem et de Zopiclone. Que ce soit pour les anxiolytiques ou pour les hypnotiques, une fois sur deux le traitement est poursuivi au-delà des recommandations (en moyenne plus de 5ans), pourtant la réglementation est claire en termes de prescription : 4 semaines maximum pour les hypnotiques et 12 semaines maximum pour les anxiolytiques.(19)

- Les antidépresseurs sédatifs, surtout en cas de pathologie dépressive ou de trouble anxieux associé. Peu d'études mettent en évidence leur efficacité dans l'insomnie puisque c'est souvent le traitement de la cause (état dépressif) qui permet de résoudre le trouble du sommeil.

- Les antihistaminiques sédatifs, dont les effets sont très variables d'un patient à l'autre (allant d'une sédation importante à une absence d'effet). Ils présentent par ailleurs des effets secondaires non négligeables par leurs fonctions adrénergiques, atropiniques, dopaminergiques, cholinergiques (trouble mictionnel, glaucome aigu, trouble du rythme cardiaque, etc ), sédation résiduelle diurne, troubles cognitifs, rendant leur bénéfice-risque défavorable.

- La mélatonine a un effet à court terme sur l'initiation et la qualité du sommeil et un effet limité sur le maintien du sommeil (20). Elle est indiquée dans le syndrome de retard de phase. Elle doit être le traitement de première intention chez le sujet de plus de 55 ans (forme LP).(21)

- Certains neuroleptiques à l'effet sédatif sont utilisés dans les troubles du sommeil mais ceux-ci n'ont pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de cette indication.

### 2.3. La TCCI : qu'est-ce que c'est ?

Selon la HAS, la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie, est un travail d'échange avec un thérapeute qui aide la personne à prendre conscience de ses comportements, de ses automatismes et de ses difficultés. Des consignes lui sont données pour modifier ses habitudes. Une évaluation des résultats sur des outils simples comme l'agenda du sommeil permet de valider l'efficacité des nouvelles habitudes et entraîner l'adhésion du patient.

Pour cela, La Thérapie Cognitive et Comportementale de l'Insomnie (TCCI) s'articule autour de 4 composantes :

- Éducative : hygiène du sommeil, bilan des habitudes, horaires, mode de vie.

- Comportementale : contrôle du stimulus et restriction du temps de sommeil (22). Le **contrôle du stimulus**, associé ou non à une autre technique (relaxation, méditation par

exemple), a pour but de recréer une association mentale entre le coucher et le sommeil. Elle correspond à une restriction du temps passé au lit et à une utilisation du lit exclusivement réservée au sommeil. La **restriction du temps de sommeil**, moins facile à accepter, vise à produire un léger état de privation afin d'amener le patient à ressentir de la somnolence au moment du coucher. (Ces 2 techniques sont considérées comme les plus efficaces).

Le but des TCC n'est pas de traiter les symptômes mais de proposer un comportement incompatible avec le trouble amenant à consulter.

- Cognitive : relative aux croyances liées au sommeil. Souvent mise en œuvre par l'exercice d'intention paradoxale (annihiler le désir de s'endormir, on demande au patient de ne plus tenter de s'endormir mais à l'inverse d'essayer de rester éveillé comme proposé dans la phase comportementale). Elle permettra également de travailler sur l'interprétation de l'émotion (phénomène physique : plaisir ou déplaisir) et l'affect (phénomène mental : peur, tristesse, colère) dans une situation concrète.

Lutter contre les pensées automatiques et idées reçues « je vais passer une mauvaise journée si je n'ai pas dormi ».

- Emotionnelle : Identification des émotions évoquées lors de la phase cognitive. Il est important d'identifier la personnalité du patient, les caractères anxieux ou dépressifs sous-jacents afin de réaliser une prise en charge globale et adaptée car ceci influencent fortement la composante cognitive (23).

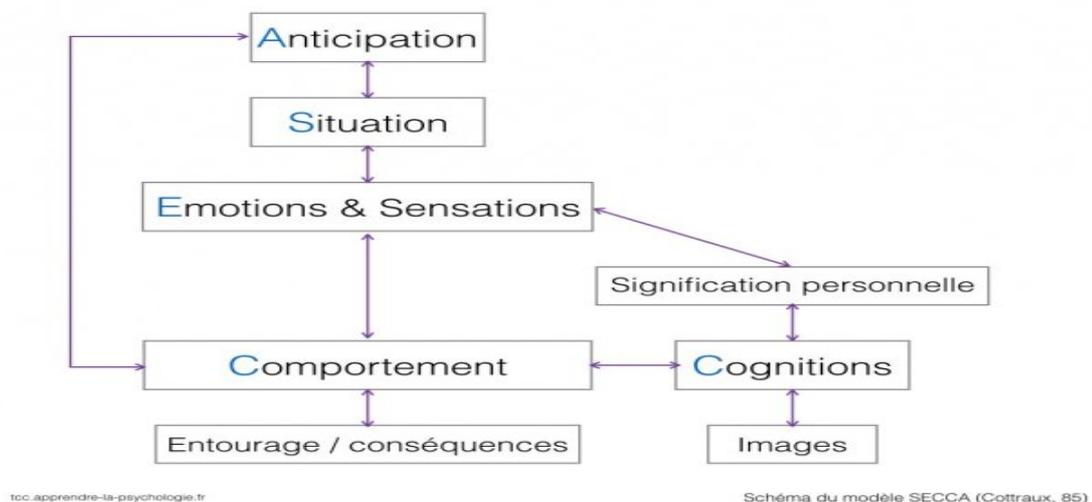


Schéma du modèle SECCA par Cottraux, 85

Toute **situation** (ici l'insomnie) est à l'origine de **sensations et émotions** (angoisse, inconfort par exemple) qui sont en lien avec des significations personnelles (« je sais que je ne peux pas dormir parce que j'ai un dérèglement hormonal, si je ne me couche pas tôt je ne pourrai pas m'endormir... ») qui sont en lien avec nos croyances et nos connaissances sur le sujet. Ces **cognitions** ou croyances vont entraîner des **comportements** parfois paradoxaux (faire du sport le soir, boire beaucoup de café, se coucher plus tôt..) qui peuvent avoir des **conséquences** sur les habitudes de vie. Avec ces comportements s'installent une **anticipation** de la situation et le sommeil devient alors une phobie ce qui entraîne d'autres comportements et d'autres cognitions et on entre ainsi dans le cercle vicieux de l'insomnie. Le but des TCCI est de travailler sur les différentes étapes de ce schéma afin de casser ce cercle vicieux. Il s'agit alors de mettre en lumière les émotions, comportements et croyances erronées qui entretiennent ce mécanisme.(24)

Les premières expérimentations des TTC dans l'insomnie remontent à 1950 avec une avancée importante via les travaux de Bootzin en 1972 et de Spielman en 1983 qui introduisent les méthodes de contrôle du stimulus et de restriction du sommeil (Cf vidéo) et donnent naissance aux TTC-I (ou TTC de l'insomnie).

Elles ont prouvé leur efficacité mais le manque de disponibilité de thérapeutes formés et le temps nécessaire à ces traitements en ont fait une thérapeutique non exploitée (25).

Il existe actuellement différents protocoles avec des durées et un nombre de séances variables (beaucoup plus utilisé au Québec), exemple de protocole proposé par le Dr MOREAU dans sa thèse sur l'insomnie chronique en octobre 2010 (26) ou dans la thèse Dr DUFLOT sous forme d'ateliers d'éducation thérapeutique personnalisés (27).

*Dans ce travail nous allons tenter de proposer un protocole court, qui puisse être adapté à la médecine de ville.*

### 3/OBJECTIF

L'objectif principal était d'évaluer la pertinence d'un protocole de TCCI en 4 séances pour la médecine générale (MG) après formation des généralistes par une vidéo.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le confort des médecins généralistes (MGs) lors des consultations pour insomnie avant et après formation, d'évaluer leur pratique et leur motivation à la réalisation de thérapie en consultation sur des protocoles courts (en vue de diminuer la prescription de benzodiazépines et d'hypnotiques dans l'insomnie chronique). Nous souhaitons également réfléchir sur la possibilité de délégation de ce protocole de TCC en soin primaire.

Pour ces objectifs, nous avons retenu de manière arbitraire une volonté de modification des pratiques chez au moins 50% des médecins comme seuil positif.

#### Motivations :

- Cette thèse s'intéresse à un problème de santé publique. Elle propose une alternative à la prescription de benzodiazépines et hypnotiques en soin primaire. Ceci passe avant tout, par la formation du médecin généraliste, 1er contact médical dans la plainte insomniacque. Ces consultations souvent inconfortables et insatisfaisantes font de la prescription médicamenteuse un recours simple et rapide. Afin de pallier à cette pratique, un protocole de TCCI en 4 séances courtes et adaptées à la médecine de ville est proposé aux MGs via une formation vidéo.

- Un petit nombre de thèses abordent le sujet et proposent des guides papiers ou informatiques pour appliquer les TCCI en ville. Ces guides sont souvent jugés trop techniques ou chronophage par les médecins généralistes de qui émanent une demande de formation plus ludique et simple (sous forme de vidéo).

## 4/ MATERIEL ET METHODE

### 4.1. Type d'étude

Ce travail fut mené dans le cadre d'une étude multicentrique, expérimentale prospective sous forme de formation vidéo.

Le but était d'évaluer la pertinence d'un protocole de TCCI en médecine générale après formation des généralistes par une vidéo.

Un taux de 50% de modification des pratiques a été choisi pour évaluer la volonté d'application du protocole en MG et ainsi juger de sa pertinence.

### 4.2. Population cible

Cette formation vidéo s'adressait à tout médecin généraliste disposant d'une patientèle fixe, installé ou collaborateur en cabinet (libéral ou salarié). Sont exclus les médecins généralistes remplaçants et hospitaliers qui n'ont pas leur propre patientèle et ne bénéficieraient pas du suivi nécessaire, ainsi que les médecins spécialistes qui ne sont pas concernés par ce protocole centré sur les soins primaires.

### 4.3. Déroulement de l'étude

Le critère de jugement principal était de savoir si un protocole de TCCI en 4 séances était pertinent pour la pratique de la médecine générale en ville après initiation des médecins par une vidéo courte.

Pour cela un questionnaire à choix multiple était diffusé avant et après la formation vidéo.

Les critères de jugement secondaire étaient de savoir si les médecins généralistes seraient favorables à la réalisation de TCCI en consultation. Nous nous sommes également interrogés sur la délégation de ce protocole de TCCI en soin primaire.

Pour cela nous avons choisi d'utiliser l'interface power-point pour avoir un support visuel, ce qui permettait aux médecins qui regardent la vidéo de repérer les éléments clés. Sur ce diaporama nous avons enregistré une bande son afin de détailler les notions essentielles. Enfin nous avons transformé ce diaporama avec son, en vidéo, au format mp4, pour permettre une diffusion simple et ludique. Nous avons ensuite publié cette vidéo sur la plateforme YouTube mais de façon sécurisée (diffusion restreinte au partage du lien) afin qu'il ne soit possible d'accéder à la vidéo que via le lien suivant :

<https://youtu.be/nCFOSTsS5pg>

Le contenu de la vidéo se trouve en annexe, ainsi que le script. Pour résumer, celle-ci se décompose en 3 parties :

- L'introduction : Celle-ci reprend 4 éléments essentiels afin d'établir une base et quelques rappels essentiels. Elle comprend :
  - Une présentation du sujet et l'intérêt des TCCI.
  - La définition et l'utilisation des TCCs.
  - La physiologie du sommeil et sa définition.
  - Les facteurs de l'insomnie et sa définition ISCD3.
- Le protocole de TCCI en 4 séances : J'ai proposé un protocole court qui puisse être réalisé en consultation de médecine générale
  - La séance initiale ou **séance 0** est basée sur l'éligibilité du patient au protocole. Elle permet de vérifier qu'il s'agit bien d'une insomnie chronique, d'éliminer les insomnies secondaires et d'éliminer les patients déjà sous somnifères. Elle sert à évaluer la motivation du patient, sa capacité de discipline et de réflexion. Enfin elle permet de présenter le protocole en 4 séances au patient et d'obtenir son adhésion.
  - La **séance 1** est la phase d'observation. Celle-ci reprend l'histoire de l'insomnie du patient, son mode de vie, ses habitudes et la description d'une nuit type. Lors de cette séance, un agenda du sommeil est remis au patient accompagné d'explications pour le remplissage.

- La **séance 2** est la phase comportementale. Cette séance comprend la lecture de l'agenda du sommeil rempli par le patient, l'identification des comportements paradoxaux, la remise de conseils sur l'hygiène du sommeil et la distinction entre fatigue et sommeil. Lors de cette séance nous abordons le **Contrôle du stimulus** et la **Restriction du sommeil**. La séance se termine par des encouragements et de la réassurance.

- La **séance 3** est la phase cognitive. Dans cette séance nous utilisons à nouveau l'agenda du sommeil pour identifier les plaintes et croyances du patient sur son sommeil. Nous apporterons des explications scientifiques aux réveils et sensations d'éveils. Nous rassurons le patient et positivons chacune de ses pensées automatiques et négatives. Pour cela nous proposons des exemples de supports numériques favorisant la relaxation afin de limiter les pensées automatiques et la surcharge émotionnelle à l'origine de relargage d'hormones de stress. Nous n'oublions pas d'encourager et valoriser le patient dans son cheminement.

- La **séance 4** est le bilan : Elle comprend la reprise de l'agenda du sommeil, le temps et la qualité du sommeil et de la journée. Elle permet de faire le bilan des comportements et du mode de vie, le bilan des pensées et leur interprétation, le bilan des mécanismes mis en place et le bilan de la qualité de vie.

- La conclusion de la vidéo : Celle-ci rappelle les intérêts des TCCI et les remerciements.

#### 4.4. Recueil de données

Devant le faible nombre de réponses aux différents questionnaires envoyés par mail, ce mode de diffusion a été écarté. Il avait été envisagé de se rendre au cabinet des médecins randomisés mais la durée de la formation vidéo dépassait les 15 minutes, (temps moyen d'une consultation de médecine générale). Les appels téléphoniques étaient perçus comme dérangeants par la plupart d'entre eux.

Il avait été envisagé de diffuser cette vidéo lors d'une Formation Médicale Continue (FMC) déjà programmée mais deux formations d'affilées risquaient d'entraîner un agacement et une

perte d'intérêt. Une FMC dédiée à ce seul sujet aurait créé un biais de sélection majeur ou le risque d'avoir très peu de participant.

Finalement nous avons opté pour une diffusion plus moderne, qui pouvait apporter plus de résultats à analyser : les **réseaux sociaux**.

Nous avons donc choisi de diffuser la vidéo de formation sur le réseau **Facebook**, sur un groupe réservé aux médecins avec l'ajout du RPPS nécessaire à l'admission dans le groupe : le **DIVAN des médecins**.

Ce Groupe Facebook comportait 24 573 membres au 12/02/2023. On estime qu'un peu moins de la moitié sont des généralistes car selon l'atlas de démographie médicale 2023, le taux de MGs en France est de 43,3%, pour 44,4% de spécialistes et 12,3% de chirurgiens.

Le questionnaire et la vidéo ont été publiés à deux reprises, les 12/02 et 27/02/23 avec la mention suivante : « *Faire des TCC pour traiter l'insomnie en médecine générale c'est possible ! Je vous montre comment en 20 min* », suivi du lien vers le questionnaire contenant la vidéo.

Le questionnaire a permis de collecter **31 réponses**.

### **Clôture du formulaire le 05/04/2023**

La vidéo a été postée sur le fil d'actualité de ce groupe Facebook (le Divan des médecins). Elle était intégrée dans un questionnaire Google Form afin de recueillir les données nécessaires de toute personne ouvrant la vidéo.

Lorsque la personne intéressée ouvre le questionnaire Google Form, la première question renseigne sur la qualification en médecine générale. Si le médecin n'est pas un généraliste installé ou collaborateur, il peut directement visionner la vidéo mais ne sera pas inclus dans l'étude. Si le médecin est un généraliste installé, il doit répondre au questionnaire pré-visionnage avant d'accéder à la formation vidéo.

Le questionnaire est donc orienté de manière à ne sélectionner que les données de médecins généralistes installés.

Le questionnaire pré-vidéo repose sur les caractéristiques du médecin et ses connaissances sur l'insomnie et les TCCI.

Le questionnaire post-vidéo repose sur la vidéo : son mode de diffusion, son aspect, son contenu et l'appropriation de ces informations par les médecins qui la visionnent.

*Questionnaires en annexe.*

#### 4.5. Analyse des données

Le questionnaire comprenait des réponses à choix multiple et une question ouverte.

Les données ont été recueillies directement dans un tableur Excel via le questionnaire Google Form. Une analyse simple et descriptive des résultats a été réalisée avec calcul des proportions et des moyennes.

Quelques analyses bi-variées ont ensuite été réalisées à l'aide de tableaux croisés dynamiques afin de vérifier le lien entre les réponses à deux questions différentes.

La saisie des données a été faite par un seul opérateur.

#### 4.6. Aspect réglementaire

Toute personne inscrite sur le réseau social de Facebook atteste d'un accord de collection des données. Une autorisation de publication sur le mur d'actualité du groupe a été demandée à l'administrateur du Divan des médecins. L'anonymat des médecins répondant au questionnaire a été préservé sans collection des noms, mails ou coordonnées. L'intitulé du questionnaire atteste qu'il s'agit d'un travail de thèse et que les données recueillies sont destinées à une analyse statistique en vue d'une publication.

Cette étude étant une évaluation du ressenti des médecins sur une pratique professionnelle, elle ne relève pas d'une décision de Commission de Protection des Personnes (CPP), selon l'article 1121-1 du code de la santé publique (Loi Jardet).

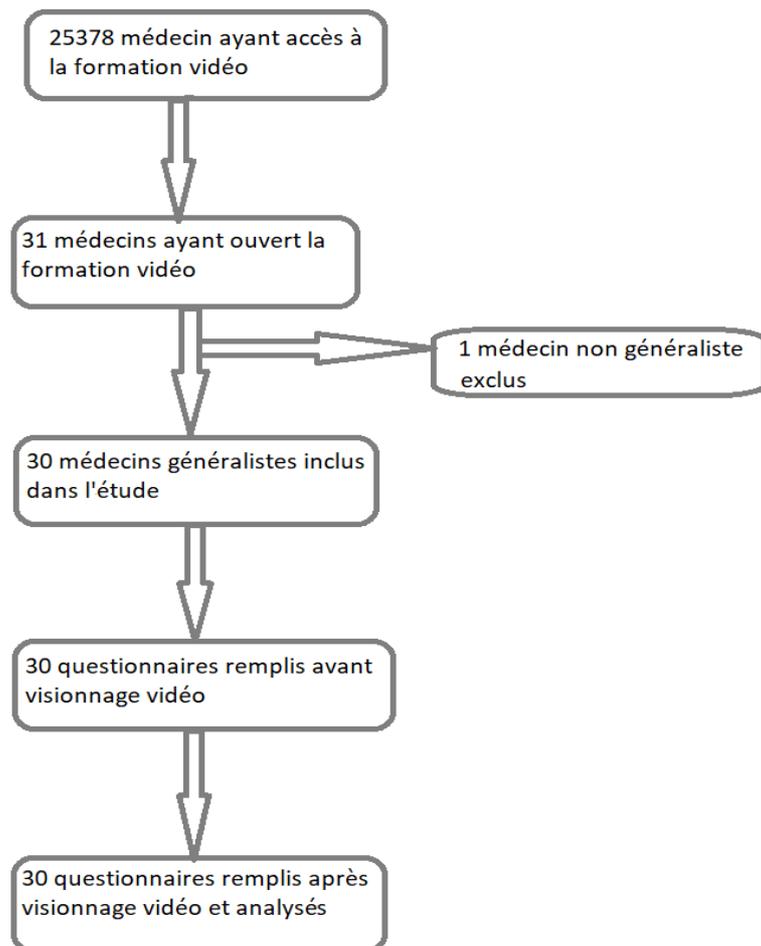
## 5/RESULTATS

### 5.1. Observations générales

Sur le groupe du DIVAN des médecins il y avait, le jour de la publication, 24 573 médecins recensés. La vidéo et son questionnaire ont été publiés pendant 2 mois sur ce groupe Facebook (entre le 12/02/23 et le 12/04/23) et durant cette période 805 nouveaux médecins ont été ajoutés au groupe. La vidéo a donc été accessible à 25 378 médecins au total.

Finalement ce questionnaire contenant la vidéo a été ouvert et rempli par 31 médecins dont 30 médecins généralistes.

Néanmoins, à l'issue de ces deux mois de publication la vidéo seule a été visionnée 273 fois.



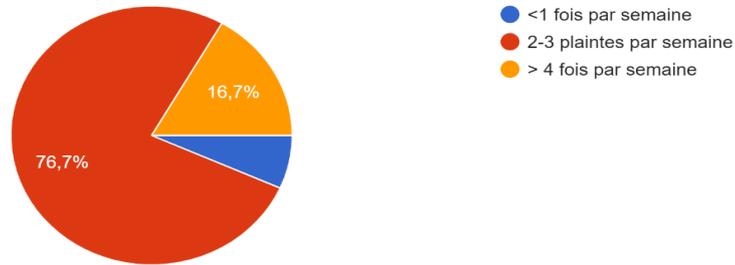
*Diagramme de flux*

## 5.2. Analyse de la population :

Réponses	Effectif (n=30)	%
<u>1. Sexe</u>		
Homme	7	23,3%
Femme	23	76,7%
<u>2. Age</u>		
Moins de 35 ans	16	53,3%
Entre 36 et 45 ans	8	26,7%
Entre 46 et 55 ans	6	20%
Plus de 56 ans	0	
<u>3. Exercice :</u>		
Seul en cabinet libéral	5	16,7%
En groupe non MSP	13	43,3%
En groupe + MSP	12	40%
<u>4. Accès facile à un(e) psychologue :</u>		
Oui	16	53,3%
Non	14	46,7%
<u>5. Nombre de patients vu par jour en moyenne :</u>		
< 20 patients	2	6,7%
20 à 30 patients	20	66,7%
>30 patients	8	26,7%

### 5.3. Les données sur l'insomnie chronique

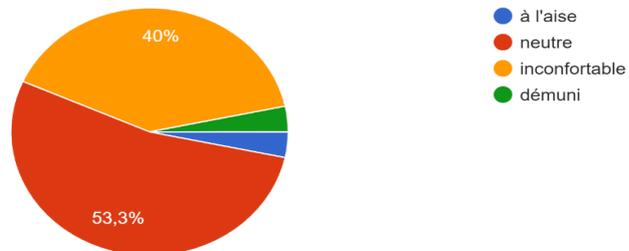
Les plaintes d'insomnies surviennent  
30 réponses



*Diagramme du nombres de plaintes d'insomnie par semaine*

Chez ces médecins les plaintes d'insomnies surviennent, en moyenne 2 à 3 fois par semaine.

Comment je me sens face à une plainte d'insomnie?  
30 réponses



*Diagramme du sentiment des médecins face à une plainte d'insomnie*

Ces médecins s'estiment majoritairement neutres (53,3%) face à cette plainte et sont à 40% inconfortable.

Vous estimez que vos connaissances sur le sommeil sont :  
30 réponses

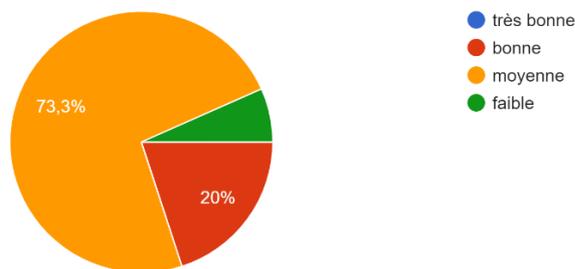


Diagramme de l'estimation des connaissances des médecins sur l'insomnie

73,3% estimaient leurs connaissances sur le sommeil comme moyennes et 20% comme bonnes. (3,3% étaient démunis et 3,3% étaient à l'aise)

Ma prise en charge de l'insomnie :  
27 réponses

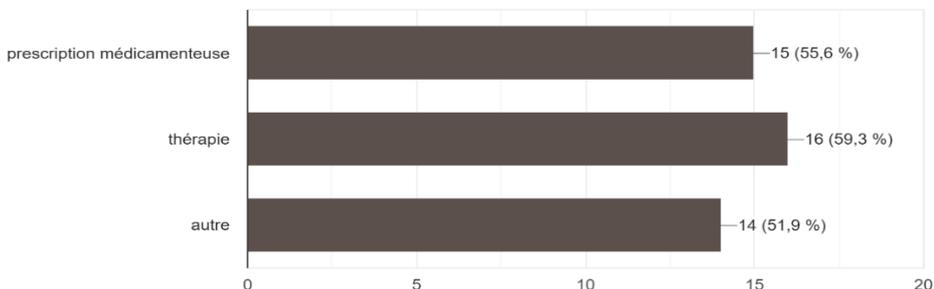


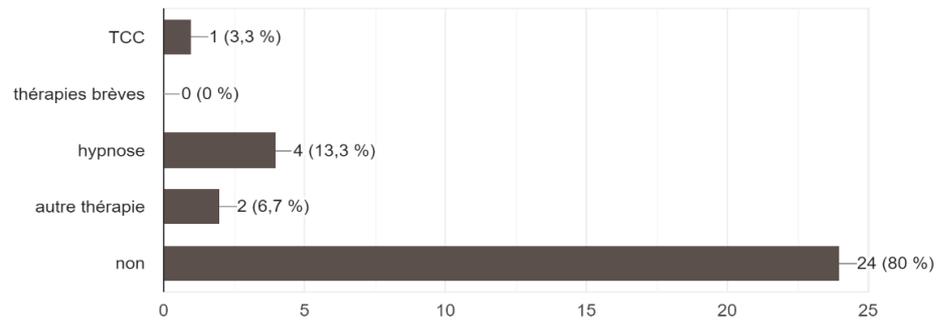
Diagramme des différentes prises en charge face à une plainte d'insomnie

La réponse de ces médecins à une plainte d'insomnie est quasiment équivalente pour la thérapie (avec 59,3% de réponses positives, n=16), la prescription médicamenteuse (avec 55,6% de réponses positives, n=15) et les autres thérapeutiques (avec 51,9% de réponses positives, n=14) telle que des plantes, des conseils d'activité physique ou sur le sommeil. Ces alternatives sont associées les unes aux autres dans la moitié des cas.

63,3% d'entre eux avaient déjà eu recours à un centre du sommeil pour un de leur patient.

### Je suis formé aux thérapies?

30 réponses



### Diagramme de la formation des médecins généralistes aux différentes thérapies

80% n'étaient pas formés aux thérapies. 3,3% des médecins étaient formés au TCC, 13,3% à l'hypnose et 6,7% à d'autres thérapies.

#### 5.4. Les données sur la nébuleuse des TCC :

Dans notre cohorte, 66,7% des médecins déclaraient ne pas savoir en quoi consistaient les TCC.

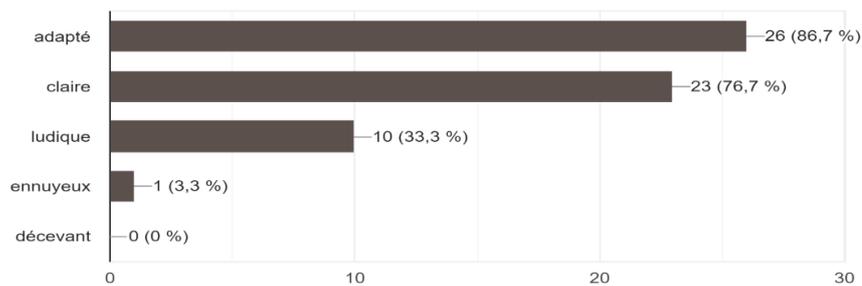
Néanmoins 96,7% d'entre eux étaient intéressés par le sujet et 96,7% d'entre eux souhaitaient également améliorer leurs connaissances sur le sujet.

Par ailleurs, 100% d'entre eux souhaitaient modifier leurs pratiques sur la prise en charge de l'insomnie (avant visionnage).

#### 5.5. L'apport de la vidéo :

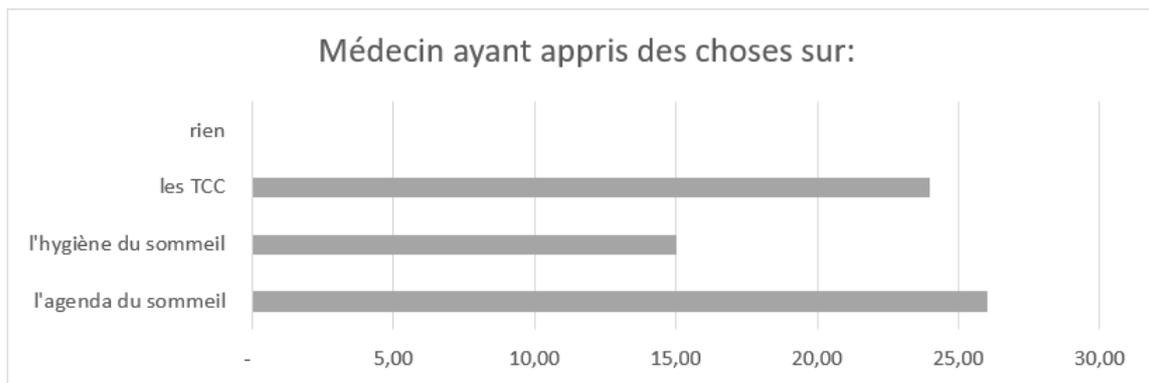
La diffusion sur le groupe Facebook a remporté un taux de satisfaction de 96,7%.

Je trouve le format  
30 réponses



*Diagramme de l'appréciation du format vidéo*

Le format de la formation vidéo a intéressé 100% des médecins répondants et a été majoritairement jugé adapté et clair.



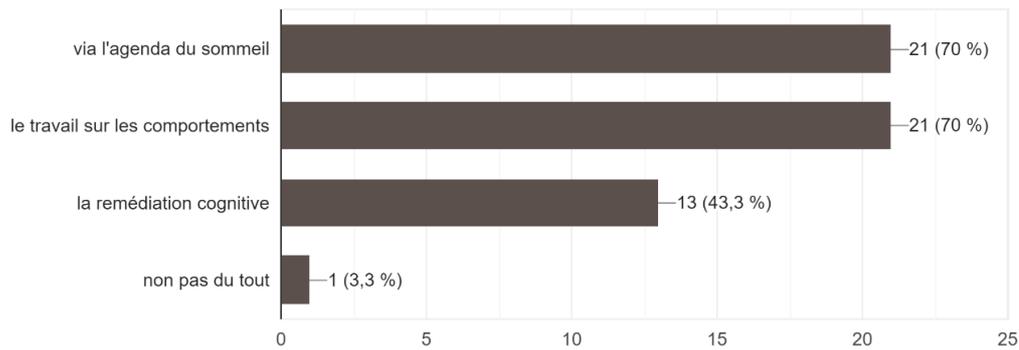
*Diagramme des apprentissages apportés par la vidéo*

Nous pouvons constater que 100% des médecins ont appris des choses de façon quasi équivalente dans les 3 catégories mais surtout sur l'agenda du sommeil et les TCC : hygiène du sommeil (50%, n=15), agenda du sommeil (86%, n=26), et TCC (80%, n=24). Aucun médecin n'avait rien appris.

À la suite de cette vidéo formation, 90% de ces médecins disent qu'ils vont se sentir plus à l'aise lors d'une consultation d'insomnie chronique.

### Je pense modifier mes pratiques

30 réponses



*Diagramme de volonté de modification des pratiques*

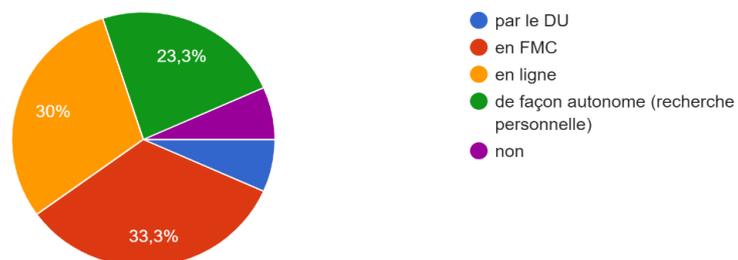
On constate que 96,7% d'entre eux disent vouloir changer leur pratique avec principalement l'utilisation de l'agenda du sommeil et du travail comportemental, en plus faible proportion via la remédiation cognitive.

On remarque également que 96,7% de ces médecins pensent que les TCC ont leur place en médecine générale, d'ailleurs 93,3% d'entre eux souhaiteraient être plus formés aux TCC.

Deux médecins ne souhaitaient pas se former aux TCC (6,7%)

### J'aimerais me former d'avantage aux TCC?

30 réponses



*Diagramme du mode de formation au TCC souhaité*

Pour se former aux TCC les médecins souhaitaient principalement une formation en Formation Médicale Continue (33%, n=10), ou une formation en ligne (30%, n=9), et en plus

faible proportion de façon autonome (23,3%, n=7), ou via le [Diplôme Universitaire \(DU\)](#) de TCC (6,7%, n =2).

Je vais appliquer ce protocole en cabinet?  
30 réponses

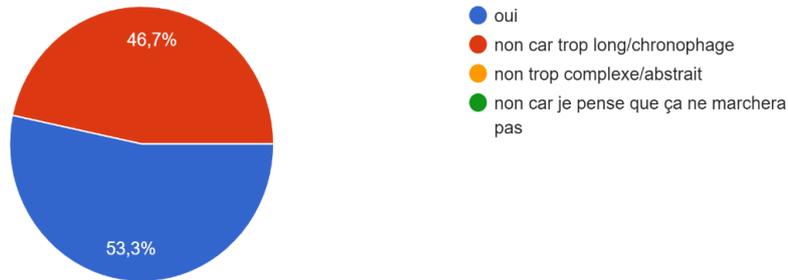


Diagramme de l'applicabilité du protocole en consultation

Pour les médecins interrogés, 83,3% disent que ce protocole est adapté à la médecine générale et 53,3% d'entre eux se disent prêt à l'appliquer en cabinet.

Les médecins qui ne voulaient pas appliquer ce protocole en MG (46,7%, n=14) attribuaient cette négation à un travail de thérapie trop long et chronophage. (0% trouvait cela trop complexe ou inefficace).

Aurais je des patients intéressés par ce protocole en 4 séances?  
30 réponses

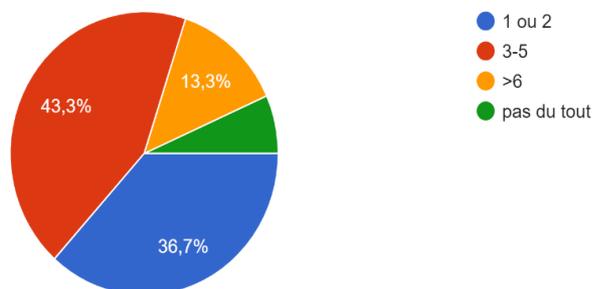
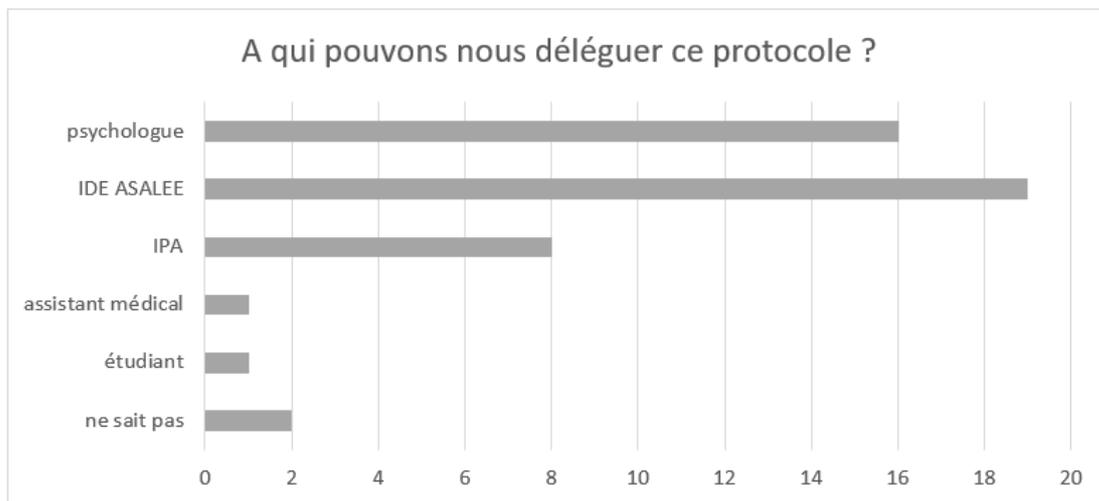


Diagramme du nombre de patients qui pourrait bénéficier du protocole

Seuls 6% des médecins estiment ne pas avoir de patient qui pourrait bénéficier de ce protocole. 36,7% des médecins interrogés estiment avoir 1 ou 2 patients qui pourraient être intéressés, 43,3% estiment avoir 3 à 5 patients qui pourraient être intéressés et 13,3% estiment avoir plus de 6 patients qui pourraient être intéressés par ce protocole.



*Diagramme des possibilités de délégation du protocole de TCCI*

La délégation de ce protocole revenait principalement aux IDE ASALEE (63,3%, n=19) et aux psychologues (53%, n=16). Etaient également proposés : les assistants médicaux, étudiants en médecine, Infirmière de Pratique Avancé (IPA).

## 5/DISCUSSION

### 5.1. La force de l'étude :

La force principale de ce travail est son originalité puisque nous n'avons pas trouvé de question d'étude identique dans la littérature. Des supports papiers ou informatiques existent afin d'initier les médecins généralistes aux TCCI, mais nous n'avons pas trouvé de formation vidéo ou de protocole similaire sur un nombre et une durée de séance adaptés à la MG.

La création d'un protocole en 4 séances courtes permet de donner un format de thérapie adapté aux contraintes de la médecine générale (créneaux de consultation moyenne de 16 minutes selon l'enquête de la Drees réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux). (28)

La formation vidéo est également un atout à l'époque du numérique, permettant de former les médecins de façon ludique, où et quand ils le veulent.

La diffusion via la plateforme YouTube puis sur le réseau Facebook, sur un groupe réservé aux médecins est également un atout, puisque ceci permet de ne pas être intrusif (via surcharge de mails ou d'appels téléphoniques souvent utilisés pour les questionnaires de thèses) et de donner la possibilité aux médecins qui le souhaitent de se former et d'avoir accès à un panel d'informations qui les intéresse sur leur temps libre.

### 5.2. Les limites de l'étude

Il existe un biais de sélection à type de biais de volontariat puisque tout médecin ayant pris 20 minutes de son temps pour regarder une vidéo sur les TCC dans l'insomnie, était initialement intéressé par le sujet.

Par ailleurs il se peut aussi qu'un biais de recrutement ait été dénoté puisqu'il existe un risque de doublon ou de réponse par des médecins non généralistes ou non installés (critères

d'exclusion non contrôlables) malgré la question numéro 1 (Cf Questionnaire) et le message d'introduction, ce risque est faible mais n'est pas totalement exclu.

Enfin, avec un nombre de 31 *réponses* (taux de réponses de 0,29%) sur la population des 10658 médecins généralistes estimés dans le groupe (42% de MG en activité d'après l'atlas de démographie médicale 2023), l'échantillon est trop faible pour obtenir des résultats statistiquement significatifs ( $p < 0,05$ ). Nous avons donc choisi de réaliser des analyses descriptives et bi-variées via tableaux dynamiques sous forme graphique afin d'exploiter au mieux nos résultats.

La diffusion de la vidéo a pourtant été réitérée à deux reprises mais la masse d'informations quotidiennes publiée sur ce groupe noyait rapidement cette publication. La période de diffusion initialement fixée à 1 mois a finalement été étendue à 2 mois devant l'arrivée de nouvelles réponses hebdomadaires. Néanmoins après 2 mois de latence plus aucune réponse n'était enregistrée, suscitant l'arrêt de la diffusion et la clôture du questionnaire.

Une diffusion sur plusieurs groupes aurait pu permettre d'obtenir plus de réponses mais aurait exposé à une majoration du risque de doublon et de biais de recrutement puisque peu de groupes sont réservés aux médecins avec nécessité du Répertoire Partagé des Professionnels du Système de santé (RPPS) à l'admission. Une demande de publication sur le groupe de « médecin pour demain » avait été faite mais refusée par l'administrateur du groupe.

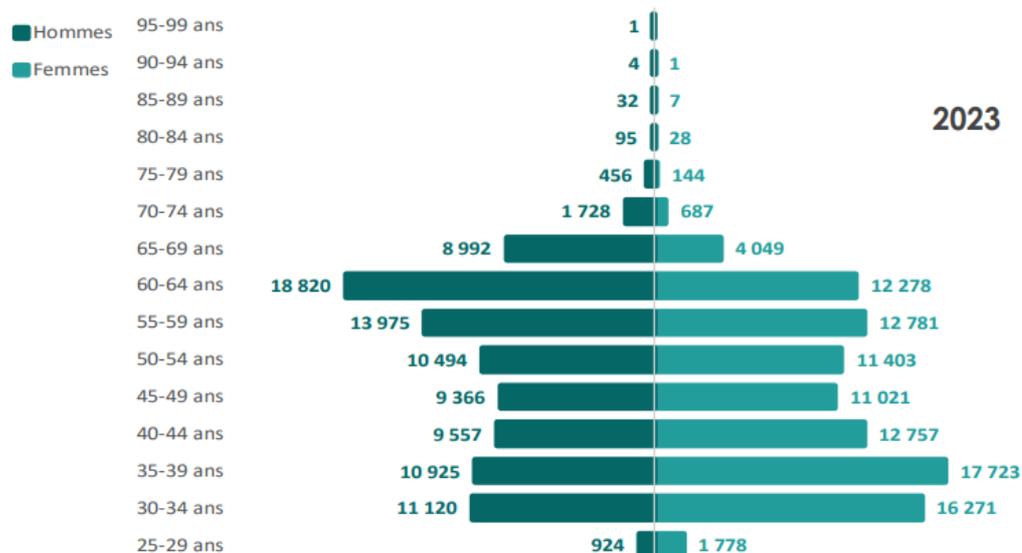
#### A propos de l'échantillon :

Selon l'atlas de démographie médicale édité en 2023 (29) la population médicale est actuellement composée de 43,3% de MGs, 44,4% de spécialistes et 12,3% de chirurgiens.

Notre population était déjà sélectionnée sur le critère du MG (dans l'intitulé de la vidéo) soit 43,3% environ des médecins estimés sur le groupe du DIVAN des médecins. Néanmoins ce chiffre se réduit par rapport à notre population cible puisque le pourcentage de MGs en **activité régulière** (et donc ayant sa propre patientèle, d'où le critère d'inclusion de médecin installé ou collaborateur) n'est plus que de 42% (soit 10658 médecins).

Selon l’atlas de démographie médicale toujours, au 1<sup>er</sup> janvier 2023, la médecine générale rapportait une répartition par sexe quasiment équitable avec un taux de féminisation de 48,8%. Nous pouvons donc voir que notre échantillon n’est pas représentatif de la population étudiée (MG installé ou collaborateur en activité) puisque 76,7% des médecins ayant répondu étaient des femmes.

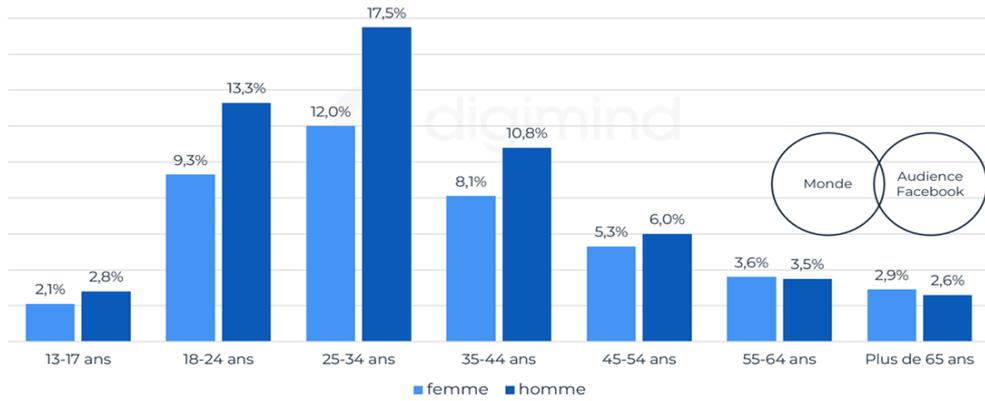
### Structures par sexe et âge des médecins en activité régulière au 1er janvier 2023



*Graphique issu de l’atlas de démographie médicale 2023 (28)*

D’après ce graphique nous pouvons constater que l’âge moyen des médecins en activité régulière est de 48.6 ans en 2023. Ce qui nous amène encore à constater que notre échantillon n’est pas représentatif puisque la moyenne d’âge est de 36 ans. Cet écart tient principalement au fait qu’aucun médecin de plus de 55 ans n’a participé à notre étude, probablement devant la faible proportion de cette population sur les réseaux sociaux (*Cf diagramme de Facebook les chiffres essentiels en 2023 en France et dans le Monde*). D’après cet article les personnes de 25-34 ans sont les utilisateurs les plus présents sur le réseau.(30)

Profils de l'audience de Facebook dans le monde par âge et sexe



Source : We Are Social DataReportal 2023 avril. Répartition de l'audience potentielle extrapolée à partir du Facebook Ads Manager. L'audience de la publicité peut-être différente des utilisateurs actifs uniques.



#Datamind www.digimind.com

12

Diagramme des profils d'audience Facebook in (29)

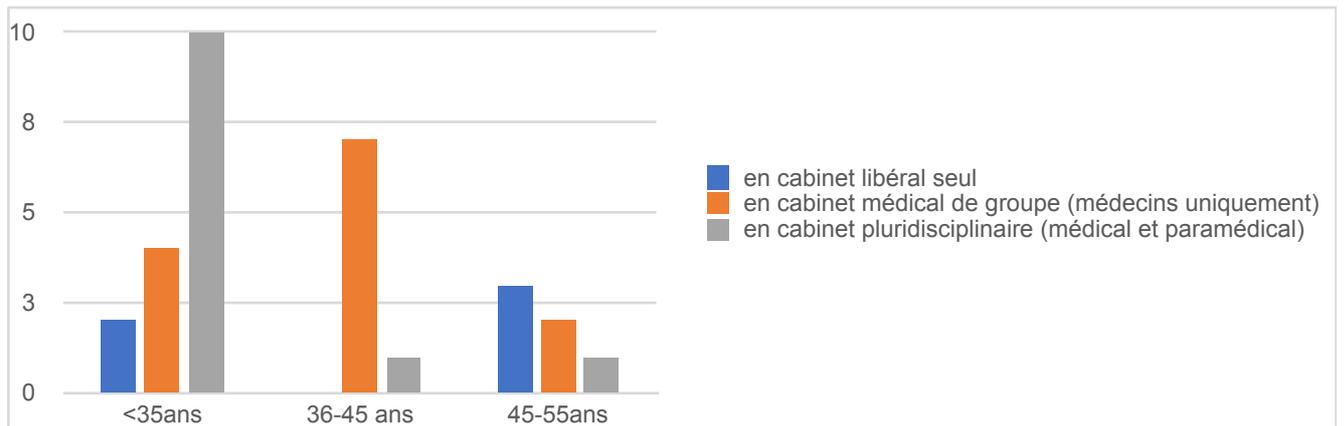


Diagramme du mode d'exercice en fonction de l'âge

Mon lieu d'exercice

30 réponses

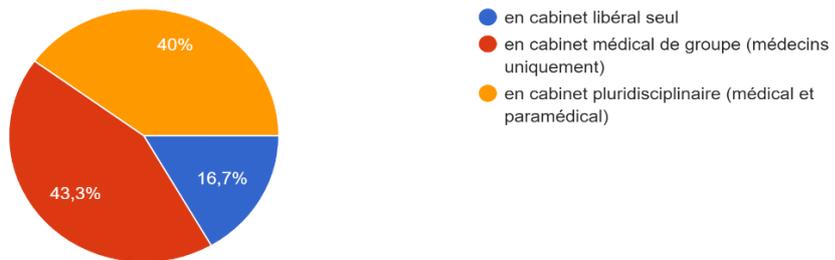
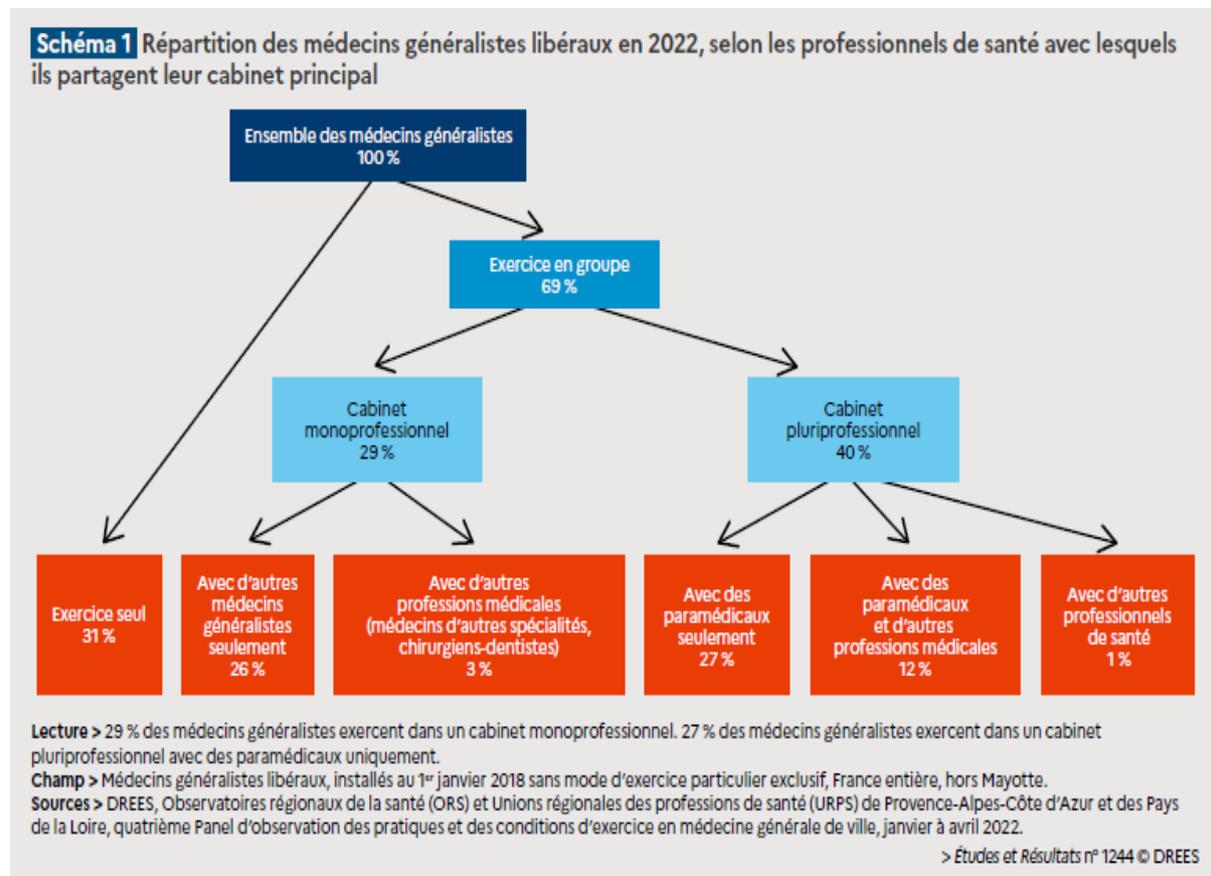
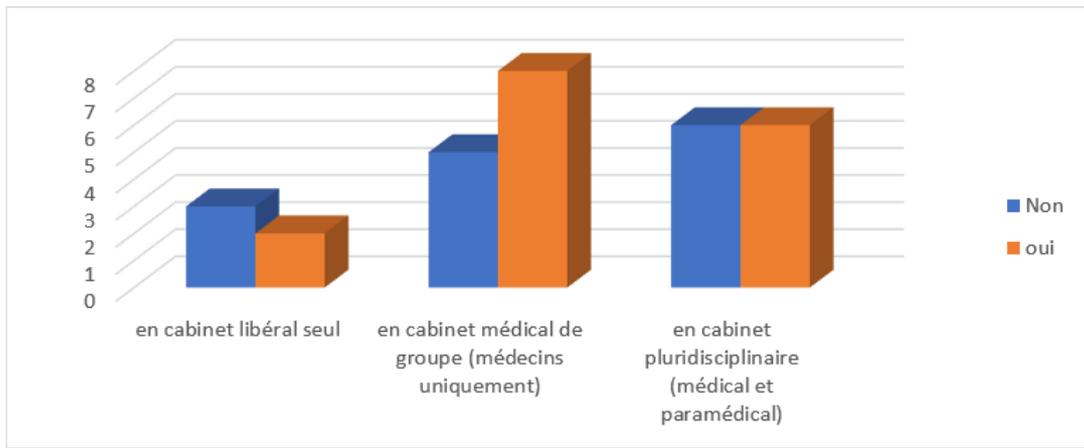


Diagramme du lieu d'exercice

On peut constater sur les deux précédents graphiques que la grande majorité des médecins généralistes exercent en groupe (83%), ce qui est en accord avec les données de la littérature (69% exercent en groupe d'après la DRESS en 2022) et que les moins de 25 ans travaillent largement en cabinet pluridisciplinaire. Néanmoins le mode d'exercice majoritaire dans notre échantillon est celui du cabinet médical non Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), ce qui ne correspond pas à la situation actuelle puisque d'après la DRESS (31), parmi les médecins travaillant en groupe : 29% exerçaient en cabinet monoprofessionnel et 40% en cabinet pluriprofessionnel (*cf* *Schema 1* de le DRESS).



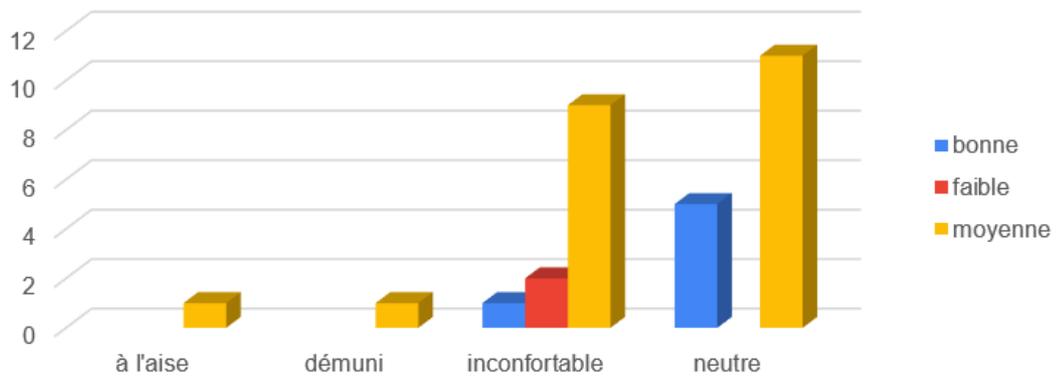
*Graphique du mode d'exercice des médecins libéraux d'après la DRESS 2022 in ( 30)*



*Graphique de l'accès aux psychologues en fonction du mode d'exercice*

Dans cet échantillon on peut constater que les médecins travaillant en pluridisciplinaire ont un accès plus facile aux psychologues et donc possiblement à des thérapies.

Sur l'insomnie :



*Graphique du sentiment du médecin lors de la consultation en fonction de ses connaissances*

D'après ce schéma le sentiment d'inconfort semble être partiellement lié au niveau de connaissance sur l'insomnie. Les médecins aux connaissances jugées bonnes sont majoritairement neutres lors de ces consultations, et les médecins aux connaissances jugées

faibles sont plutôt inconfortables. Mais de manière générale, la majorité des médecins de cette étude se sentent neutre ou inconfortable avec des connaissances plutôt moyennes. C'est pourquoi la première partie de la vidéo porte sur des rappels de physiologie et psychologie liés au sommeil. Ainsi nous espérons familiariser et encourager les médecins généralistes à la prise en charge de l'insomnie.

Par ailleurs 93% d'entre eux ont répondu positivement en faveur d'une formation plus poussée sur les TCC de l'insomnie.

Les prescriptions des médecins en fonction de leur mode d'exercice :

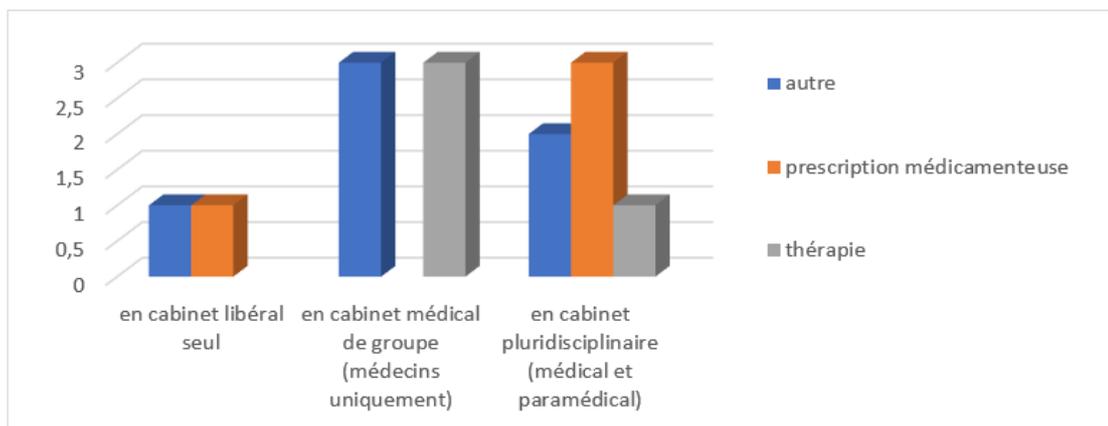


Diagramme simplifié de prescription (en monothérapie) en fonction du mode d'exercice

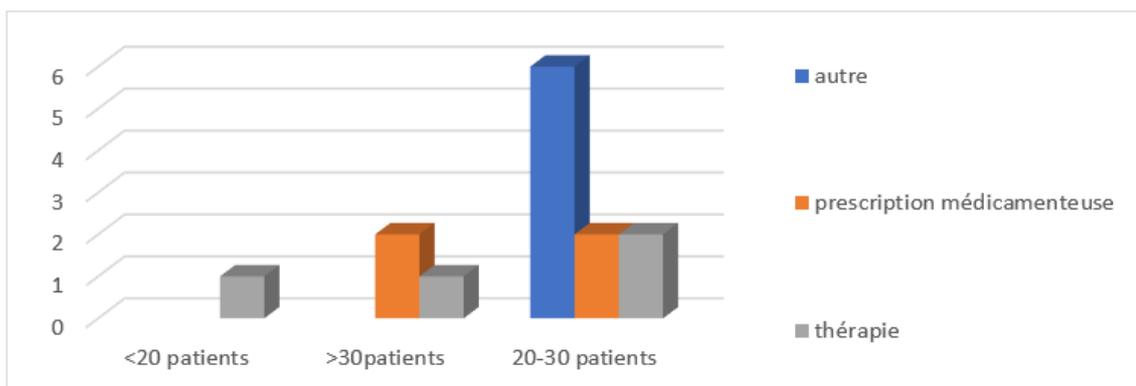


Diagramme simplifié de prescription (en monothérapie) en fonction du nombre de patients vus par jour

*Dans ces deux diagrammes on utilise les 3 variables de prescription en monothérapie uniquement et excluons toutes les prescriptions mixtes (combinaison de médicament et thérapie etc.) afin d'en simplifier la lecture.*

En ce qui concerne le mode d'exercice nous avons pu observer que :

- Aucun des médecins interrogés en cabinet de groupe non MSP ne prescrit de médicament seul en première intention, mais ont plutôt tendance à prescrire une thérapie ou d'autres conseils/prise en charge.

- En cabinet libéral seul, ces médecins ne prescrivent jamais de thérapie seule.

- En MSP, ces médecins prescrivent majoritairement des médicaments ou autres thérapeutiques, rarement des thérapies.

- Les médecins voyant moins de 20 patients par jour prescrivent plutôt une thérapie seule en première intention alors que les médecins voyant plus de 30 patients par jours ont plutôt tendance à prescrire un médicament. En parallèle, les médecins soignants entre 20 et 30 patients par jour prescrivent de façon équivalente thérapie ou médicament, et surtout d'autres méthodes en première intention.

Nous pouvons donc émettre quelques hypothèses qu'il serait intéressant d'étudier afin de favoriser l'utilisation des TCCI en MG :

- Nous pouvons nous demander si l'isolement (et donc la charge de travail qui en découle) est un frein à la thérapie (manque de temps pour sa réalisation, manque de personnel de proximité pour sa délégation).

- On pourrait se demander si les médecins qui travaillent en MSP sont moins portés sur la thérapie puisqu'ils disposent d'autres professionnels plus habilités pour le faire (psychologues, IDE ASALEE...) et donc une possible délégation de ces TCC.

- On peut se demander si les différences de prescription en fonction du nombre de patients vus par jour sont également dues à la charge de travail et au manque de temps.

Les prescriptions en fonction de la formation aux thérapies :

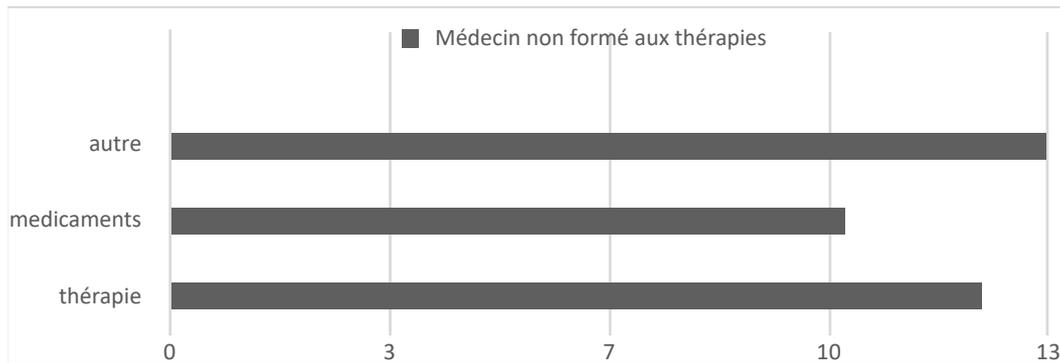


Diagramme des prescriptions de première intention des médecins NON formés aux thérapies

Si on s'intéresse à la population des médecins non formés aux thérapies (n=24, soit 80% des médecins ayant répondu), on dénombre parmi eux : 10 prescriptions médicamenteuses, 12 prescriptions de thérapies, et 13 prescriptions d'autres prises en charge. On se rend compte qu'il n'y a finalement **que peu d'impact sur les prescriptions quand les médecins ne sont pas formés aux thérapies**, ils prescrivent de façon quasi indifférente les 3 méthodes.

Je suis formé aux thérapies?  
30 réponses

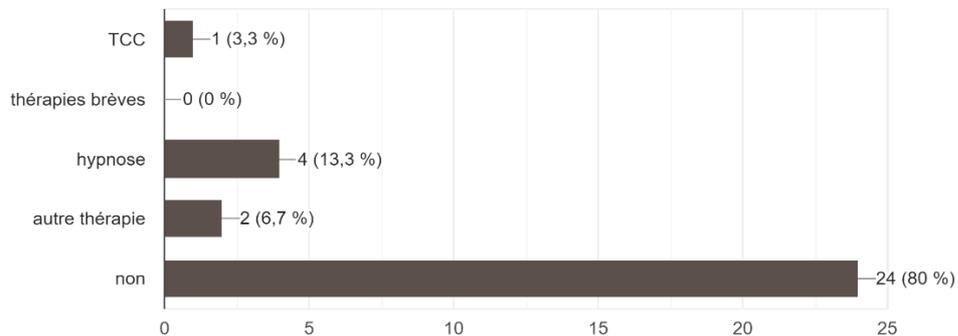
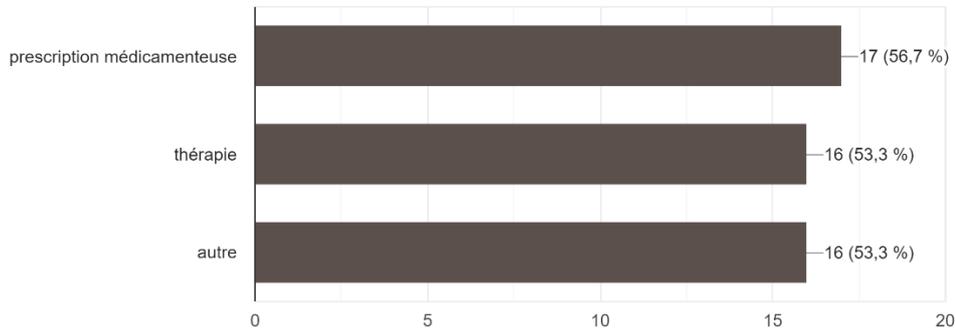


Diagramme de formation des médecins généralistes aux thérapies

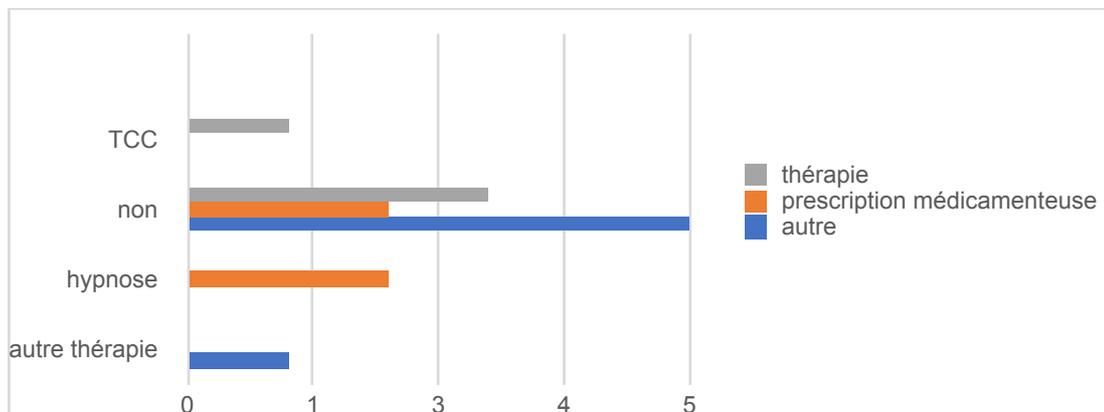
Ma prise en charge de l'insomnie :  
30 réponses



*Diagramme de prise en charge de l'insomnie*

En comparant ces deux diagrammes de données recueillies sur la formation aux thérapies et le traitement de 1ère intention dans l'insomnie on peut se rendre compte que même si plus de la moitié des médecins recommandaient une thérapie en première intention dans l'insomnie chronique (seule ou en association avec une autre prescription), seul 20% d'entre eux pouvaient la réaliser eux même (80% non formés aux thérapies).

Nous avons également vu précédemment que la moitié de ces médecins seulement avaient un accès facile à un psychologue, ce qui justifie l'importance de cette formation vidéo auprès des médecins généralistes.



*Diagramme simplifié de prescription en première intention (en monothérapie)  
en fonction de la formation de ces médecins aux thérapies.*

D'après ce graphique on peut constater que les médecins de cet échantillon formés à l'hypnose ont quand même une tendance à la prescription médicamenteuse en première intention, alors que ceux formés au TCC, ont tendance à prescrire de la TCC en première intention. On peut alors se demander si l'hypnose est la thérapie la plus adaptée/efficace dans l'insomnie et si elle est adaptée a une consultation de médecine générale.

*Par ailleurs il faut rappeler que cet échantillon est très limité et comme nous l'avons vu dans la première partie, il n'est pas du tout représentatif de la population générale des MGs. De plus, cette simplification des données sur le critère de la monothérapie rétrécit encore notre échantillon (graphique avec n=16), ces données ne sont donc pas extrapolables à la population médicale en générale.*

Les plaintes d'insomnies surviennent  
30 réponses

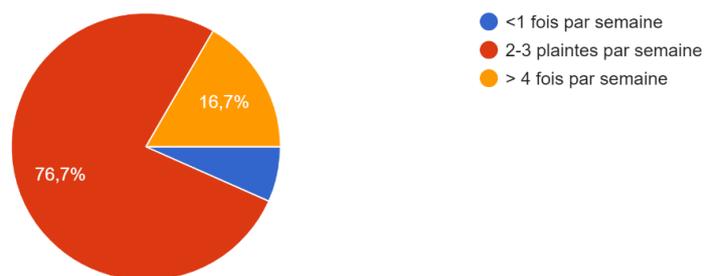


Diagramme du nombre de plainte d'insomnie par semaine

D'après l'observatoire de la médecine générale de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), recueilli en 2007, l'insomnie est le 21ème motif de consultations le plus fréquent, sur les 50 pathologies répertoriées. Ce qui représente environ 3,4% des consultations. Dans notre échantillon les consultations d'insomnie survenaient en moyenne 3 fois par semaine. D'après le *Quotidien du Médecin* un MG voit en moyenne 22 patients par jour (32) sur 5 jours par semaine, avec 3 plaintes d'insomnie par semaine, cela correspond bien à une moyenne de 3% des consultations.

Dans sa thèse *sur la proposition d'un guide de TCCI aux MG d'île de France (6)*, le Dr MOREAU insiste sur l'importance d'une consultation dédiée, car même si les médecins cherchent à réduire leurs prescriptions d'hypnotiques et à améliorer leur prise en charge de l'insomnie, peu consacrent réellement un suivi dédié à cette pathologie alors que *l'observatoire de la SFMG 2007* confirme que l'insomnie est un motif de consultation du médecin généraliste, tout âge confondu, plus fréquent que le diabète de type 2.

### Sur les TCC :

D'après les résultats de cette étude on peut constater que parmi ces médecins, quasi tous sont intéressés par les TCC (96%, n=29) et seul 33, 3% d'entre eux savent en quoi elles consistent. D'ailleurs ces mêmes 96% souhaitent améliorer leurs connaissances à ce sujet et 100% d'entre eux aimeraient modifier leur pratique à la suite de cette formation.

*Cette vidéo apporte donc une réponse à une demande certaine avec un désir d'amélioration des pratiques même si le biais de sélection ne peut être négligé.*

Comment je me sens face à une plainte d'insomnie?  
30 réponses

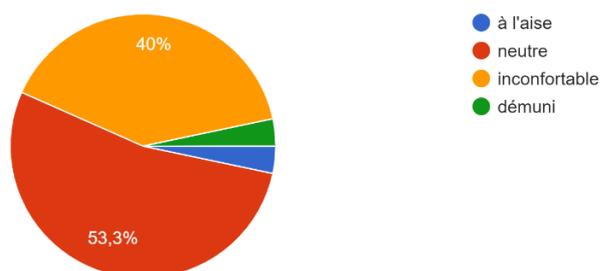
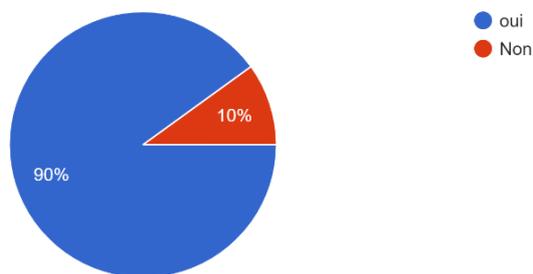


Diagramme du sentiment des MGs devant une plainte d'insomnie avant vidéo

Je vais me sentir plus à l'aise lors d'une consultation d'insomnie chronique?  
30 réponses

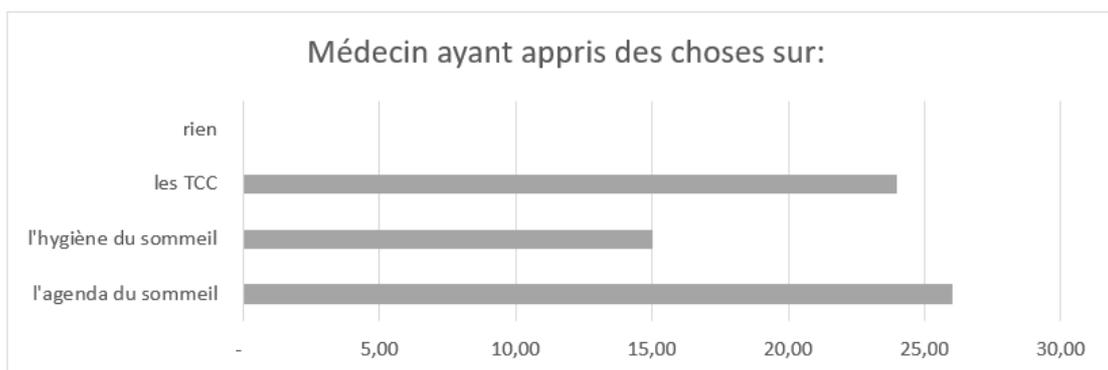


### Diagramme du sentiments des MGs face à une plainte d'insomnie après vidéo

Si on compare ces deux graphiques on peut voir que 90% de ces médecins disent qu'ils vont pouvoir se sentir plus à l'aise lors d'une consultation d'insomnie chronique ce qui amène à se questionner puisque la moitié d'entre eux disaient ne pas être en difficulté lors de ces consultations. Cette formation semble donc avoir apporté du confort de façon globale aux médecins généralistes qui l'ont vue.

La formation en format vidéo a été très appréciée avec un taux de satisfaction de 100%. La vidéo a été jugée claire et adaptée, partiellement ludique. 96% des médecins de l'échantillon étaient satisfaits d'une diffusion sur le groupe Facebook du DIVAN des médecins.

### L'après formation :



### Diagramme des apprentissages apportés par la vidéo

Les médecins ont tous appris des choses (0% rien), principalement sur l’agenda du sommeil (outils très rarement exploités) et sur les TCC, qui semblent aujourd’hui beaucoup moins obscures pour ces médecins.

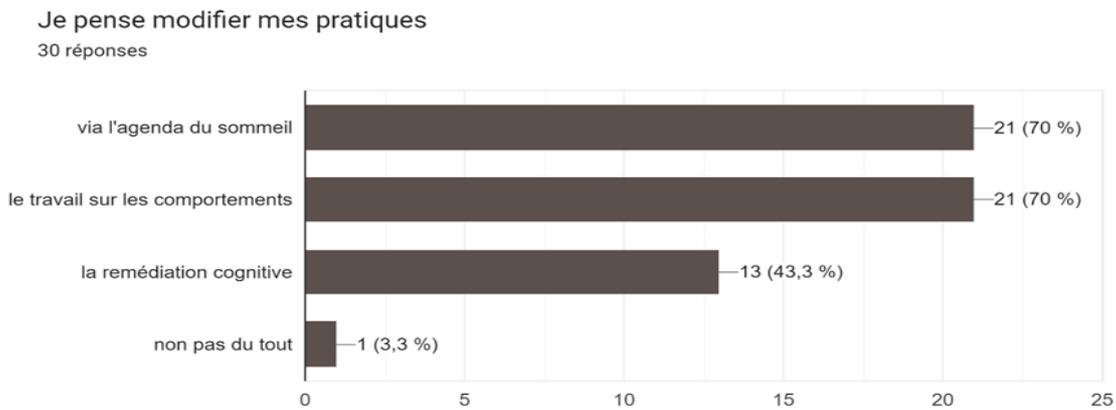
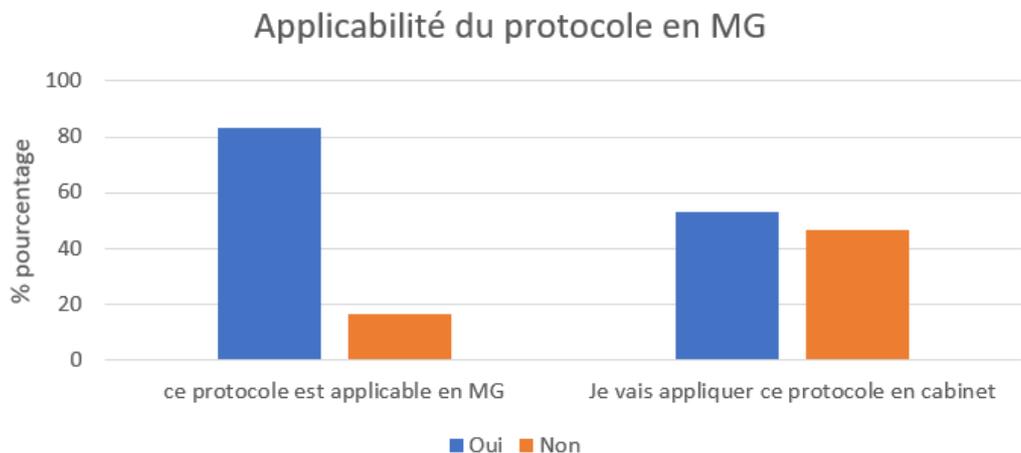


Diagramme de volonté de modification des pratiques

D’après ce graphique on observe que 97% des médecins souhaitent modifier leur pratique, principalement via l’utilisation de l’agenda du sommeil et du travail comportemental, et un peu moins en utilisant la remédiation cognitive. On peut ainsi constater que les différentes parties du protocole ont permis à ces MGs de s’approprier les outils de la TCC. Néanmoins la remédiation cognitive étant la pratique la plus spécifique de cette thérapie, celle-ci peut nécessiter un approfondissement de la technique avant d’être maîtrisée. Ainsi la vidéo, pourrait être plus développée sur cette partie afin de permettre aux MGs de l’utiliser plus sereinement.

*Le but de cette vidéo est ainsi partiellement atteint puisque ces outils de TCC sont la clef de la prise en charge de l’insomnie. Malgré un objectif principal basé sur la pertinence du protocole de TCC en 4 séances en MG, l’appropriation de ces outils par les MGs pourrait déjà être une belle avancée. Bien sûr, ces données ne sont pas extrapolables à la population générale des MG puisque notre échantillon est trop faible et peu représentatif mais nous observons un intérêt global.*

Une nouvelle thèse sur l'utilisation réelle ou non de ces outils et la réalisation ou non du protocole en MG suite à cette formation serait intéressante.



#### Diagramme de l'applicabilité du protocole de TCCI en 4 séances MG

Parmi les médecins estimant que les TCC ont leur place en MG (soit 96% des MGs interrogés), 83% attestent que ce protocole est adapté à la MG et **55%** pensent appliquer ce protocole en cabinet. Nous avons alors atteint **notre taux fixé à 50% de volonté de modification des pratiques** suite à la formation vidéo. Ces chiffres peuvent amener à penser que cette vidéo ainsi que ce protocole sont pertinents pour la MG.

Le seul motif qui revenait dans le refus de cette application était l'aspect **chronophage** de cette thérapie. Aucun médecin ne trouvait cela trop complexe ou inefficace. Cela laisse penser que cette vidéo apporte un gain conséquent sur les connaissances et l'appropriation des TCC ainsi que l'adhésion des médecins à cette technique.

Le manque de temps était le frein essentiel, on pourrait alors se demander si un gain financier avec une cotation spécifique pourrait inciter ces médecins à réaliser ce protocole. Car même si ces TCC sont des thérapies courtes pouvant tenir sur une consultation moyenne de 15 à 20 minutes, ce protocole nécessite de revoir le patient 4 fois de façon rapprochée. Ceci est à relativiser puisqu'un insomniaque chronique sous hypnotique, dont le renouvellement doit se faire tous les 28 jours, est de toute façon amener à revenir très souvent.

La pratique des thérapies nécessite un investissement certes plus coûteux au départ mais également plus rentable sur le long court. Comme abordé précédemment par le Dr MOREAU dans sa thèse (9), l'insomnie nécessiterait un suivi spécifique avec des consultations dédiées afin de limiter sa chronicisation.

On peut alors se demander si ce sont les TCC qui sont difficilement applicables à la pratique actuelle de la MG ou si c'est le protocole en 4 séances qui pourrait être amélioré pour correspondre encore plus aux pratiques de la MG.

Si on prend à nouveau l'exemple de la thèse du Dr MOREAU qui portait sur *l'élaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile-de-France* (26), elle propose à la fin de son guide (33) un exemple de protocole de TCCI sur 4 séances initiales. Ce protocole a un format similaire avec des outils comportementaux (hygiène du sommeil, habitude de vie, restriction du sommeil et contrôle du stimulus) ainsi que des outils de remédiation cognitive. Mais ceux-ci ne sont pas détaillés et ne permettent pas aux MGs de les pratiquer de façon concrète.

Dans sa thèse sur : *la Prise en charge de l'insomnie chronique via l'analyse d'un atelier du sommeil à Nantes*, le Dr DUFLOT (27) proposait 5 séances d'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Ces ateliers abordaient la prise en charge de l'insomnie de façon multiple, avec un volet éducatif s'inspirant d'une prise en charge de type ETP, des conseils comportementaux et un abord cognitif, comparable à une TCC collective, complétés par des méthodes psychocorporelles (relaxation, méditation pleine conscience, sophrologie). Ce qui est assez similaire à notre approche.

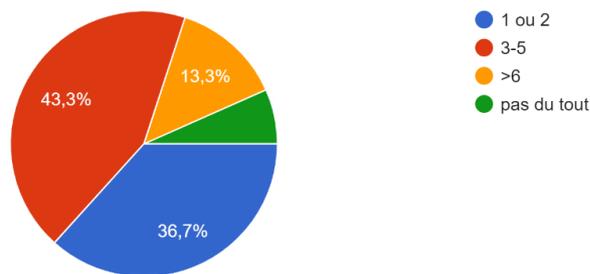
On retrouve dans la thèse du Dr PUECH Carine : *Mise en place de thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans le traitement de l'insomnie chronique en cabinet libéral de ville* (34), un protocole en 3 séances de groupe qui durent 1h30, étalées sur un mois. Ces trois séances abordent la restriction du sommeil, le contrôle du stimulus et la gestion des pensées anxieuses.

Dans la revue québécoise : *Le fil d'Ariane, l'article de L'ABC du traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire*, par Annie VALLIERE, Bernard GUAY et Charles

MORIN, on retrouve également un protocole de TCCI en 6 séances, avec un travail de remédiation cognitive plus détaillé (13).

Il semblerait donc que le nombre de séances et le contenu de notre protocole correspondent aux données de la littérature et aux techniques existantes.

Aurais je des patients intéressés par ce protocole en 4 séances?  
30 réponses



#### Diagramme du nombre de patients qui pourrait bénéficier du protocole

Concernant les patients éligibles, seuls 6% des médecins interrogés estiment ne pas avoir de patient qui pourrait bénéficier de ce protocole. 94% des médecins (*y compris le médecin attestant que les TCC n'ont pas leur place en MG*) auraient des patients intéressés avec une moyenne de 3 patients par médecin.

Ce protocole semble donc applicable en MG. Le principal frein est son aspect chronophage puisque au moins 50% des médecins interrogés souhaitent mettre ce protocole en place et 94% des médecins interrogés ont des patients qui seraient éligibles. Les TCCI semblent avoir leur place en MG.

Nous pouvons donc répondre ici que ce protocole est pertinent pour la MG suite à la formation des MGs.

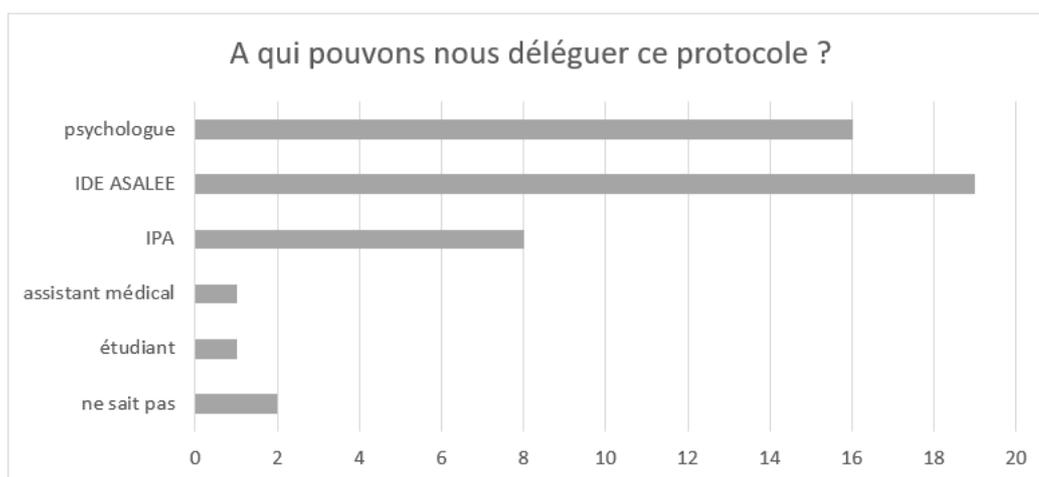


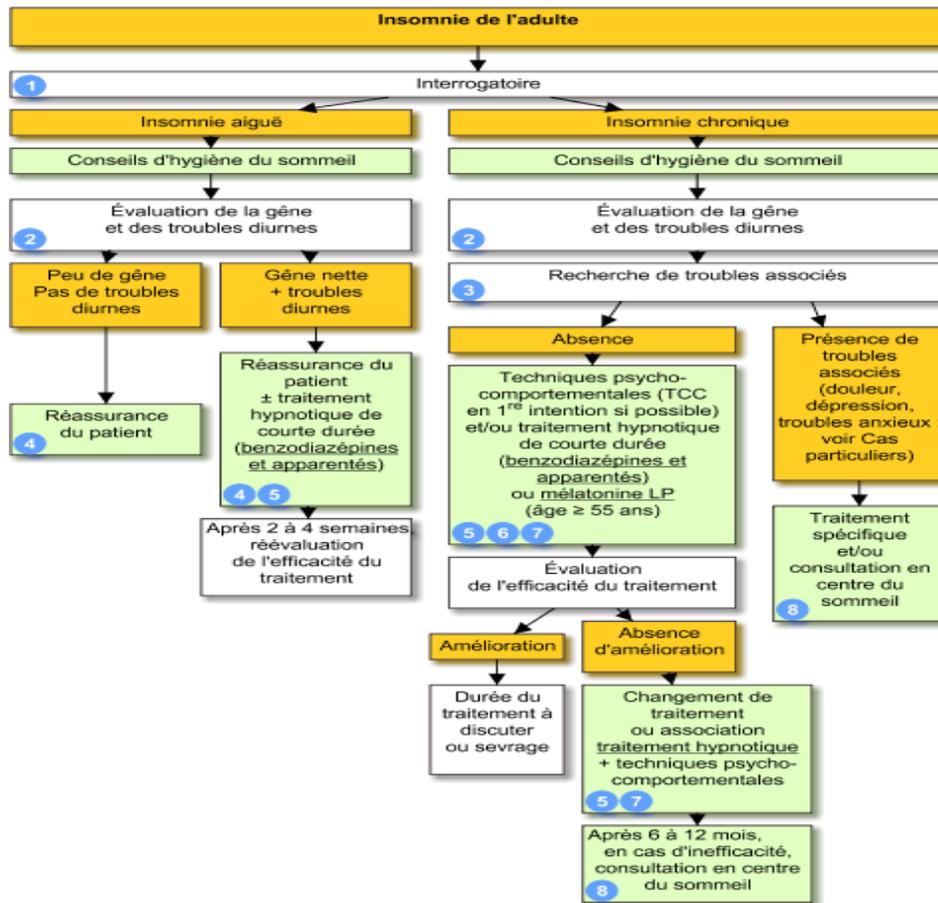
Diagramme des propositions de possibilités de délégation du protocole

Sur ce graphique issu des résultats du questionnaire on peut voir que les médecins souhaiteraient déléguer ce protocole aux IDE ASALEE, psychologues et IPA.

Les IDE ASALEE et IPA en pleine expansion, semblent effectivement être une bonne option de délégation de ce protocole. Suite à la publication de cette vidéo, j'ai reçu plusieurs demandes de partage du lien YouTube par des MGs qui souhaitaient montrer la vidéo à leur IDE ASALEE qui l'ont ensuite diffusées dans leurs séminaires. Il est actuellement en discussion de permettre à l'institution des IDE ASALEE d'intégrer ce protocole dans leur cursus. Ceci explique les 273 vues de la vidéo sur YouTube alors que le lien n'a initialement été accessible qu'aux 31 personnes ayant rempli le questionnaire (et que la vidéo n'est pas retrouvable sur le moteur de recherche de YouTube).

Cette délégation permettrait de libérer du temps aux MGs, réel frein de ce protocole. Ces IDE ASALEE aux fonctions de prévention et d'éducation semblent être parfaitement aptes pour cette mission.

Finalement l'application de ce protocole permettrait de ne garder les prescriptions d'hypnotiques qu'en cas d'épisode d'insomnie aiguë ou d'échec des thérapies en première intention comme le réclame les *recommandations HAS*.



*Arbre décisionnel de l'HAS sur la prise en charge de l'insomnie de l'adulte (11)*

Changer les pratiques est un travail difficile, même lorsque les recommandations existent et que les médecins sont informés. L'étude réalisée en 2009 sur *l'impact des recommandations HAS sur la prise en charge ambulatoire du patient adulte se plaignant d'insomnie* le prouve. Cette étude "avant/après" est réalisée auprès de médecins généralistes du Rhône. Parmi ceux qui avaient répondu seulement 11 sur 20 ont lu les recommandations après avoir été averti de leur publication. Pour la moitié de ces médecins cela n'a pas changé leur pratique. Pour ceux qui avaient lu les recommandations, ils réalisaient plus de demandes d'agenda du sommeil (26). Néanmoins il n'y avait pas plus de consultations entièrement dédiées au sommeil, les médecins n'utilisaient pas plus les méthodes de TCC et ne demandaient pas plus d'avis spécialisés.

Troisième pays d'Europe le plus prescripteur d'hypnotiques malgré des recommandations strictes et restrictives, la MG ne semble pas prête à une prise en charge non médicamenteuse. Pourtant des alternatives existent et les médecins peuvent s'y former facilement ou déléguer ces missions. Ces protocoles courts et réalisables par tout soignant peuvent être une solution pour l'avenir. Ceux-ci sont en adéquation avec une demande de la société pour un recours à une médecine plus douce et une demande gouvernementale pour une prise en charge axée sur la prévention et l'éducation des patients. Les TCC auront alors toute leur place.

## 6/CONCLUSION

Les médecins généralistes sont les premiers recours lors de la plainte d'insomnie. Cette situation fréquente et mal prise en charge en fait une préoccupation de santé publique. La création de centres du sommeil, de la spécialisation médicale et d'unités de veille sanitaire dédiées en témoignent. Néanmoins la prescription excessive d'hypnotiques en MG malgré la baisse de leur Service Médical Rendu et de leur remboursement reste une problématique indéniable. Cette réalité nécessite de nouvelles solutions.

Les TCCI ont fait leur preuve et demeurent le premier traitement de l'insomnie chronique. Néanmoins leur réalisation est limitée par le manque de temps des MGs et le manque de recours à d'autres professionnels qui pourraient réaliser ces soins (psychologues, IPA, IDE ASALEE). Les TCC sont des thérapies courtes et reconnues, adaptées à l'insomnie (TCCI).

Nous avons ici proposé un protocole de TCCI en 4 séances adapté à la MG sous forme de vidéo afin de permettre aux MGs de réaliser des TCCI en cabinet. Celui-ci fût apprécié et validé par 83% des médecins interrogés mais seulement 55% d'entre eux veulent l'appliquer. La plupart des médecins souhaitaient utiliser davantage l'agenda du sommeil et les outils comportementaux plutôt que la remédiation cognitive, plus difficile à maîtriser. Ces médecins étaient tous convaincus par l'efficacité des TCCI et de leur place en MG mais ceux-ci mettaient aussi en avant le manque de temps pour réaliser une thérapie courte en cabinet.

Une cotation spécifique ainsi que des consultations dédiées pourraient valoriser ce travail de thérapie et ainsi inciter les médecins à le réaliser en cabinet.

Cette formation vidéo et le protocole qu'elle propose pourrait très largement être diffusé puis délégué aux IDE ASALEE qui y ont déjà montré un grand intérêt.

Outre la pertinence de ce protocole pour la MG diffusé par une formation vidéo, cette dernière aura surtout permis aux généralistes de découvrir les TTC-I et de s'en approprier certains outils ainsi que de rendre les consultations d'insomnie plus confortables afin peut-être, de limiter la prescription médicamenteuse à l'avenir.

## BIBLIOGRAPHIE :

1. SPF. Epidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux [Internet]. [cité 31 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/epidemiologie-de-l-insomnie-en-france-etat-des-lieux>
2. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).
3. Inserm [Internet]. [cité 31 mars 2022]. Insomnie · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/insomnie/>
4. Bilan de la consommation des benzodiazépines en France [Internet]. Addictauvergne. 2017 [cité 9 avr 2022]. Disponible sur: <http://www.addictauvergne.fr/consommation-benzodiazepines-france/>
5. ANSM\_Rapport\_Benzo\_2017.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2022]. Disponible sur: [http://www.pharmacovigilance-limoges.fr/sites/default/files/files/Documentation/ANSM\\_Rapport\\_Benzo\\_2017.pdf](http://www.pharmacovigilance-limoges.fr/sites/default/files/files/Documentation/ANSM_Rapport_Benzo_2017.pdf)
6. Benzodiazépines : risque d'usage persistant même après un traitement court [Internet]. [cité 8 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/63837/0/NewsDetails.aspx>
7. Inserm [Internet]. [cité 9 avr 2022]. Benzodiazépines : trop de patients à risque d'effets indésirables · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/benzodiazepines-trop-patients-risque-effets-indesirables/>
8. Revet A, Yroni A, Montastruc F. Règles de bon usage des benzodiazépines. La Presse Médicale [Internet]. 1 oct 2018 [cité 8 sept 2023];47(10):872-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498218303865>
9. Carte des centres agréés [Internet]. SFRMS. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: <https://www.sfrms-sommeil.org/carte-des-centres-agrees/>
10. CP\_JS2020.pdf [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: [https://institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2020/02/CP\\_JS2020.pdf](https://institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2020/02/CP_JS2020.pdf)
11. VIDAL [Internet]. [cité 30 mars 2022]. Recommandations Insomnie de l'adulte. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/insomnie-de-l-adulte-1619.html>

12. Gabel V. Clock&me. 2020 [cité 9 sept 2023]. Les Rythmes Circadiens, qu'est-ce donc? Disponible sur: <https://www.clockandme.com/post/les-rythmes-circadiens-qu-est-ce-donc>
13. Schmidt C, Collette F. Impact du moment de la journée et du rythme de veille-sommeil sur les performances cognitives. *Revue de neuropsychologie* [Internet]. 2016 [cité 7 sept 2023];8(3):173–81. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2016-3-page-173.htm>
14. Réseau Morphée [Internet]. [cité 4 avr 2022]. L'organisation du sommeil. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/lorganisation-du-sommeil/les-cycles-du-sommeil>
15. Qu'est-ce que l'Architecture du Sommeil ? [Internet]. 2022 [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://sommeil-ultra.fr/architecture-du-sommeil/>
16. Collège des Enseignants de Neurologie [Internet]. 2016 [cité 9 avr 2022]. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/troubles-du-sommeil-lenfant-ladulte>
17. Vallières A, Guay B. Au-delà de l'ABC du traitement cognitivocomportemental de l'insomnie. *Le Médecin du Québec*. 1 avr 2014;49:81–5.
18. Ringuenoir T. Conditions de délivrance du Zolpidem en officine [Internet] [Thèse d'exercices]. [1966-...., France]: Université de Rouen Normandie; 2022 [cité 7 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=8/TTL=1/a>
19. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 9 avr 2022]. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie)
20. Geoffroy PA, Micoulaud Franchi JA, Lopez R, Schroder CM. Republication de : Utilisation de la mélatonine dans les troubles psychiatriques chez l'adulte : recommandations d'experts de la Société française de recherche et médecine du sommeil (SFRMS). *Médecine du Sommeil* [Internet]. sept 2020 [cité 30 mars 2022];17(3):195–209. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S176944931930528X>
21. ANSES-melatonine.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2022]. Disponible sur: <https://sfrms-sommeil.org/site/wp-content/uploads/2020/08/ANSES-melatonine.pdf>
22. Apprendre la Psychologie [Internet]. [cité 30 mars 2022]. L'insomnie. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/l-insomnie.html>
23. Dagneaux S. Prendre en charge l'insomnie par les TCC. Malakoff, France: Dunod; 2021. 312 p.

24. Pamela Deschamps Psychologue [Internet]. [cité 14 juin 2022]. La thérapie comportementale et cognitive. Disponible sur: <https://pameladeschamps.com/la-therapie-comportementale-et-cognitive/>
25. Haynes J, Talbert M, Fox S, Close E. Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Insomnia. *South Med J*. févr 2018;111(2):75–80.
26. Moreau S. Insomnie chronique de l'adulte: développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2010.
27. Duflot AC, Humeau-Chapuis MP. Prise en charge de l'insomnie chronique: analyse d'un atelier du sommeil à Nantes. 2016-2019, France; 2018.
28. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 16 juill 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
29. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2023 [cité 4 juill 2023]. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medicale-2023>
30. Asselin C. Facebook les chiffres et statistiques essentiels en 2022-2023 en France et dans le Monde [Internet]. [cité 16 juill 2023]. Disponible sur: <https://blog.digimind.com/fr/agences/facebook-chiffres-essentiels>
31. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
32. Martos S. consultations par jour de 17 minutes en moyenne: comment travaillent les généralistes. *Le Quotidien du médecin*. 2017;
33. [guide\\_insomnie.pdf](#) [Internet]. [cité 30 mars 2022]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/source/docs/guide\\_insomnie.pdf](http://www.bichat-larib.com/source/docs/guide_insomnie.pdf)
34. Mullens E, Brune S, Puech C. Mise en place de thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans le traitement de l'insomnie chronique en cabinet libéral de ville : étude prospective. *Médecine du Sommeil* [Internet]. janv 2014 [cité 30 mars 2022];11(1):38. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1769449314000934>

## ANNEXE 1 :

### Définition et outils diagnostics des pathologies du sommeil :

DSM5	ICSD3
Insomnie	Insomnie
Hypersomnolence	Les hypersomnolences d'origine centrale
Narcolepsie	
Troubles du sommeil liés à la respiration	Les troubles respiratoires
Les troubles de l'alternance veille-sommeil liés au rythme circadien	Les troubles du rythme circadien du rythme veille-sommeil
Les parasomnies	Les parasomnies
Les syndromes des jambes sans repos	Les mouvements anormaux liés au sommeil
Le trouble du sommeil induit pas une substance ou un médicament	Troubles du sommeil liés à l'utilisation de produits

**L'hypersomnolence** : somnolence diurne excessive, état subjectif et objectif d'éveil physiologique abaissé, avec tendance anormale au sommeil ou à l'assoupissement.

Évalué en centre du sommeil par des Tests Itératifs de Latence d'Endormissement (TILE) et de Maintien de l'Éveil (TME) lors de polysomnographies. Leurs impressions peuvent être auto évaluées par le questionnaire d'Epworth.

Les hypersomnolences centrales comprennent : la narcolepsie (catapléxique ou non), et l'hypersomnie idiopathique :

- **La narcolepsie** ou « maladie de Gélinau » est un trouble du sommeil chronique ou dyssomnie rare. Elle se caractérise par une somnolence diurne sévère et irrésistible, qui surviennent de façon récurrente au cours de la journée, y compris dans des conditions actives (conversation). Les accès de sommeil sont souvent brefs (< 30 minutes) et récupérateurs. Les cataplexies sont pathognomoniques de la narcolepsie (narcolepsie de type 1), mais pas toujours présentes (absentes dans 30 % des cas, dans la narcolepsie de type 2) : c'est un relâchement du tonus musculaire, déclenché par une émotion, le plus souvent positive (fou

rire, blague, surprise...) mais parfois négative (colère), bref (quelques secondes à 2 minutes), survenant en pleine conscience, total (affaissement du sujet et chute) ou partiel (chute de la mâchoire, dysarthrie ou déverrouillage des genoux), avec une abolition transitoire des réflexes ostéotendineux.

- **L'hypersomnie idiopathique** est une somnolence diurne continue au cours de la journée, malgré un sommeil normal voire allongé. Souvent chez des patients jeunes. Elle est continue, le sujet n'a jamais l'impression d'être complètement réveillé, avec des accès de sommeil moins fréquents et moins brutaux que dans la narcolepsie mais de plus longue durée que dans la narcolepsie, avec inertie du sommeil (réveil laborieux, ivresse du sommeil) et des siestes non rafraîchissantes.

### **Les troubles du sommeil liés à la respiration :**

- **Apnée** : interruption du flux respiratoire de plus de 10 secondes.

- **Hypopnée** : réduction (sans interruption complète) du flux respiratoire (de plus de 10 secondes) de plus de 30 %, associée à une désaturation en oxygène de plus de 3 % ou à un microéveil (soit un éveil bref de 3 à 15 secondes).

Les apnées et hypopnées peuvent être obstructives, centrales ou mixtes :

- **Obstructive** : fermeture complète ou partielle des voies aériennes supérieures avec une augmentation des efforts respiratoires qui a pour objet de tenter de lever l'obstruction.

- **Centrale** : réduction de l'effort respiratoire proportionnelle à la réduction du flux respiratoire, résultant d'une diminution de la commande ventilatoire.

- **Mixte** : apnée d'abord centrale puis obstructive.

L'Index d'Apnées-Hypopnées (IAH) est le nombre total d'apnées et d'hypopnées de la nuit, rapporté au temps total de sommeil, il est exprimé en nombre d'apnées + hypopnées par heure.

IAH > 5 et < 15 : forme légère, IAH > 15 et < 30 : forme modérée, IAH > 30 : forme sévère.

Il est mis en évidence par une polygraphie ventilatoire réalisable en ambulatoire ou à domicile.

**Les troubles de l'alternance veille-sommeil liés au rythme circadien** : décalage des périodes de veille et de sommeil et des horaires d'endormissement et du réveil, qui altère la qualité du sommeil et de la vigilance. Ils comprennent :

- **Le syndrome de retard de phase** : très fréquent, affectant majoritairement l'adolescent et l'adulte jeune, il s'agit de sujets dont l'horloge interne est « dérégulée » : ils prennent l'habitude de (ou sont génétiquement programmés pour) dormir tard et se réveiller tard.

- **Le syndrome d'avance de phase** : plus rare, observé préférentiellement chez le sujet âgé, il se traduit par une incapacité à rester éveillé le soir après 20 heures-21 heures, et des éveils matinaux précoces.

- **Le syndrome de décalage horaire (jetlag)** : transitoire, lié à des vols transmériidiens; la symptomatologie associant insomnie, somnolence diurne et réduction des performances sera plus marquée lors de voyage vers l'Est.

- **Le trouble du rythme circadien lié au travail posté ou de nuit** : somnolence diurne et insomnie en relation avec les horaires de travail, baisse de performance et risque accru d'accident.

**Les parasomnies** : comportements indésirables survenant à l'endormissement, pendant le sommeil ou lors d'éveils incomplets. Nombre de parasomnies sont des manifestations physiologiques, survenant occasionnellement dans plus de 50 % de la population générale; c'est leur répétition qui devient problématique. Certaines se situent cependant d'emblée dans le domaine de la pathologie. Ex : terreur nocturne, somnambulisme, éveil confusionnel, trouble alimentaire du sommeil, sexsomnie, paralysie du sommeil, cauchemar, somniloquie, énurésie nocturne.

**Le syndrome des jambes sans repos** : sensation désagréable dans les membres inférieurs (de territoire non systématisé, touchant surtout les mollets) qui entraîne un besoin impérieux de bouger les jambes (« impatiences musculaires »), survenant au repos, maximale le soir, avant l'endormissement : composante horaire, améliorée par le mouvement (marche, mobilisation).

**Les mouvements anormaux du sommeil** : comprennent le syndrome des jambes sans repos et les mouvements périodiques du sommeil tel que les myoclonie d'endormissement, le bruxisme d'endormissement, les rythmie d'endormissement et les mouvements périodiques du sommeil lent.

Ils peuvent être mis en évidence par une polysomnographie et actimétrie +/- EMG.

**Le trouble du sommeil induit par une substance ou un médicament** : alcool, médicaments, drogue affectant l'architecture du sommeil.

## ANNEXE 2 :

### Questionnaire 1, pré-vidéo

#### Profil du médecin généraliste :

- Je suis un homme/une femme.
- Mon âge : <35 ; 36-45 ; 46-55 ; >56 ans.
- Je travaille en : MSP /seul / médecins uniquement.
- Accès facile à un psychologue : Oui/Non.
- Je vois en moyenne x patients par jour : <20 – 25-30 ; >30

#### L'insomnie :

- Les plaintes d'insomnie reviennent X fois par semaines ? <1 ; 2-3 ; >4
- Comment je me sens face une plainte d'insomnie ? A l'aise, neutre, inconfortable, démuni.
- J'estime que mes connaissances sur le sommeil sont : moyennes, bonnes, faibles, très bonnes.
- Ma prise en charge de l'insomnie : je propose un médoc (plante ou somnifère, ou anti-histamine) ou je propose une thérapie (approche psychologique), autre.
- J'ai déjà eu recours ou adressé un patient au centre du sommeil ? oui /non.

#### Les thérapies :

- Je suis formée aux thérapies : TCC, hypnose, thérapie brève, autre. Oui/Non.
- Je sais en quoi consistent les TCCI ? Oui/Non.

La vidéo :

- Je suis intéressé par le sujet ? Oui/Non.
- j'aimerais modifier ma pratique ? Oui/Non.
- j'aimerais renforcer mes connaissances ? Oui/Non.
- Je suis intéressé par le format ? Oui/Non.
- Je suis satisfait du mode de diffusion ? Oui/Non.

Questionnaire 2, post visualisation de la vidéo :

- Je trouve le format : adapté, claire, ludique, ennuyeux, décevant.
- J'ai appris des choses ? Oui sur : hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC, rien du tout.
- Je vais me sentir plus à l'aise lors d'une consultation d'insomnie ? Oui/Non.
- Je pense modifier mes pratiques ? Oui via : l'agenda du sommeil, le travail comportemental, la remédiation cognitive.
- Ces outils de TCC ont-ils un intérêt dans la MG ? Oui/Non.
- J'aimerais me former d'avantage au TCC ? Oui : en FMC, en DU, en ligne, auto-formation, non.
- Aurais-je des patients intéressés par ce protocole ? Oui : 1 ou 2, 3 à 5, >6 ou pas du tout.
- Le protocole en 4 séances est-il adapté à la MG ? Oui/Non.
- Vais-je appliquer ce protocole en cabinet ? Oui, trop long/chronophage, trop abstrait/ complexe, non car je pense que ça ne marche pas.
- A qui pourrais-je déléguer ce protocole ? Psychologue, IPA , IDE ASALEE.

*Message d'introduction du questionnaire sur Google Form :*

*« Pour améliorer la prise en charge de nos patients j'ai créé une petite vidéo afin de former les médecins généralistes aux TCC dans l'insomnie. Je propose un protocole de TCCI en 4 séances courtes adaptées aux consultations de 15min.*

*Comme j'organise ma thèse autour de cette mini formation je demanderai aux médecins généralistes installés **UNIQUEMENT** de bien vouloir répondre mon questionnaire.*

*Merci beaucoup et bonne vidéo a tous! »*

**Réponses au Google Form :**

<b>Horodateur</b>	<b>Je suis médecin généraliste installé (ou collaborateur)</b>	<b>des commentaires?</b>	<b>Vous êtes :</b>	<b>Quel âge avez vous?</b>
2/12/2023 12:09:23	oui		une femme	36-45 ans
2/12/2023 12:18:38	oui		une femme	45-55ans
2/12/2023 13:07:24	oui		un homme	<35ans
2/12/2023 13:23:20	oui		une femme	36-45 ans
2/12/2023 13:35:01	oui		une femme	<35ans
2/12/2023 13:41:07	oui		une femme	36-45 ans
2/12/2023 15:12:22	non, hélas!	Merci beaucoup pour cette super vidéo ! Rapide efficace ! Bravo		
2/12/2023 15:14:02	oui		une femme	45-55ans
2/12/2023 16:27:51	oui		un homme	45-55ans
2/12/2023 17:38:48	oui		une femme	36-45 ans
2/12/2023 19:39:50	oui		une femme	<35ans
2/12/2023 20:45:49	oui		une femme	45-55ans
2/12/2023 21:40:57	oui		une femme	45-55ans
2/12/2023 22:08:16	oui		une femme	<35ans
2/13/2023 7:46:17	oui		une femme	45-55ans
2/13/2023 9:48:58	oui		une femme	36-45 ans
2/16/2023 19:13:46	oui		un homme	36-45 ans
2/26/2023 19:10:22	oui		une femme	<35ans
2/26/2023 19:48:13	oui		un homme	<35ans

2/26/2023 20:29:08	oui		une femme	<35ans
2/27/2023 18:51:01	oui		une femme	<35ans
2/27/2023 19:11:04	oui		une femme	36-45 ans
2/27/2023 19:13:18	oui		une femme	<35ans
2/28/2023 2:03:04	oui		une femme	36-45 ans
2/28/2023 20:13:26	oui		un homme	<35ans
3/4/2023 22:02:42	oui		une femme	<35ans
3/7/2023 22:23:01	oui		une femme	<35ans
3/9/2023 14:24:07	oui		un homme	<35ans
3/27/2023 11:18:55	oui		une femme	<35ans
4/2/2023 21:09:26	oui		une femme	<35ans
4/3/2023 9:58:41	oui		un homme	<35ans

Horodateur	Mon lieu d'exercice	J'ai un accès facile à un(e) psychologue	Par jour, je vois en moyenne :
2/12/2023 12:09:23	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	Non	20-30 patients
2/12/2023 12:18:38	en cabinet libéral seul	oui	>30patients
2/12/2023 13:07:24	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	Non	20-30 patients
2/12/2023 13:23:20	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	Non	>30patients
2/12/2023 13:35:01	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	oui	20-30 patients
2/12/2023 13:41:07	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	oui	20-30 patients
2/12/2023 15:12:22			
2/12/2023 15:14:02	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	oui	20-30 patients
2/12/2023 16:27:51	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	oui	>30patients
2/12/2023 17:38:48	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	Non	<20 patients
2/12/2023 19:39:50	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	oui	20-30 patients
2/12/2023 20:45:49	en cabinet libéral seul	Non	20-30 patients
2/12/2023 21:40:57	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	oui	>30patients
2/12/2023 22:08:16	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	oui	<20 patients
2/13/2023 7:46:17	en cabinet libéral seul	oui	20-30 0patients

2/13/2023 9:48:58	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	oui	20-30 patients
2/16/2023 19:13:46	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	Non	20-30 patients
2/26/2023 19:10:22	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	Non	>30patients
2/26/2023 19:48:13	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	Non	20-30 patients
2/26/2023 20:29:08	en cabinet libéral seul	Non	>30patients
2/27/2023 18:51:01	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	Non	20-30 patients
2/27/2023 19:11:04	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	oui	>30patients
2/27/2023 19:13:18	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	Non	20-30 patients
2/28/2023 2:03:04	en cabinet médical de groupe (médecins uniquement)	oui	20-30 patients
2/28/2023 20:13:26	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	Non	20-30 patients
3/4/2023 22:02:42	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	oui	20-30 patients
3/7/2023 22:23:01	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	oui	20-30 patients
3/9/2023 14:24:07	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	oui	>30patients
3/27/2023 11:18:55	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	Non	20-30 patients
4/2/2023 21:09:26	en cabinet pluridisciplinaire (médical et paramédical)	oui	20-30 patients
4/3/2023 9:58:41	en cabinet libéral seul	Non	20-30 patients
<b>Horodateur</b>	<b>Les plaintes d'insomnies surviennent</b>	<b>Comment je me sens face à une plainte d'insomnie?</b>	<b>Vous estimez que vos connaissances sur le sommeil sont :</b>
2/12/2023 12:09:23	2-3 plaintes par semaine	inconfortable	moyenne
2/12/2023 12:18:38	2-3 plaintes par semaine	inconfortable	moyenne
2/12/2023 13:07:24	2-3 plaintes par semaine	inconfortable	moyenne
2/12/2023 13:23:20	2-3 plaintes par semaine	démuni	moyenne
2/12/2023 13:35:01	2-3 plaintes par semaine	neutre	moyenne
2/12/2023 13:41:07	2-3 plaintes par semaine	neutre	bonne
2/12/2023 15:12:22			
2/12/2023 15:14:02	<1 fois par semaine	neutre	bonne
2/12/2023 16:27:51	2-3 plaintes par semaine	neutre	moyenne
2/12/2023 17:38:48	> 4 fois par semaine	inconfortable	bonne
2/12/2023 19:39:50	2-3 plaintes par semaine	inconfortable	moyenne
2/12/2023 20:45:49	2-3 plaintes par semaine	inconfortable	moyenne

2/12/2023 21:40:57	2-3 plaintes par semaine	inconfortable	faible
2/12/2023 22:08:16	> 4 fois par semaine	neutre	bonne
2/13/2023 7:46:17	2-3 plaintes par semaine	neutre	moyenne
2/13/2023 9:48:58	2-3 plaintes par semaine	neutre	moyenne
2/16/2023 19:13:46	2-3 plaintes par semaine	neutre	moyenne
2/26/2023 19:10:22	> 4 fois par semaine	neutre	moyenne
2/26/2023 19:48:13	> 4 fois par semaine	neutre	bonne
2/26/2023 20:29:08	> 4 fois par semaine	à l'aise	moyenne
2/27/2023 18:51:01	2-3 plaintes par semaine	neutre	moyenne
2/27/2023 19:11:04	2-3 plaintes par semaine	neutre	moyenne
2/27/2023 19:13:18	2-3 plaintes par semaine	inconfortable	moyenne
2/28/2023 2:03:04	2-3 plaintes par semaine	neutre	bonne
2/28/2023 20:13:26	2-3 plaintes par semaine	inconfortable	moyenne
3/4/2023 22:02:42	2-3 plaintes par semaine	inconfortable	moyenne
3/7/2023 22:23:01	<1 fois par semaine	neutre	moyenne
3/9/2023 14:24:07	2-3 plaintes par semaine	neutre	moyenne
3/27/2023 11:18:55	2-3 plaintes par semaine	inconfortable	moyenne
4/2/2023 21:09:26	2-3 plaintes par semaine	inconfortable	faible
4/3/2023 9:58:41	2-3 plaintes par semaine	neutre	moyenne

Horodateur	Ma prise en charge de l'insomnie :	J'ai déjà eu recours à un centre du sommeil
2/12/2023 12:09:23	thérapie	Non
2/12/2023 12:18:38	prescription médicamenteuse	oui
2/12/2023 13:07:24	autre	Non
2/12/2023 13:23:20	thérapie, autre	Non
2/12/2023 13:35:01	prescription médicamenteuse, thérapie	oui
2/12/2023 13:41:07	prescription médicamenteuse, thérapie	oui
2/12/2023 15:12:22		
2/12/2023 15:14:02	autre	oui
2/12/2023 16:27:51	prescription médicamenteuse, thérapie	Non
2/12/2023 17:38:48	prescription médicamenteuse, autre	oui
2/12/2023 19:39:50	prescription médicamenteuse, thérapie	Non
2/12/2023 20:45:49	prescription médicamenteuse, autre	oui
2/12/2023 21:40:57	thérapie	oui
2/12/2023 22:08:16	thérapie	Non
2/13/2023 7:46:17	prescription médicamenteuse, autre	Non
2/13/2023 9:48:58	autre	Non
2/16/2023 19:13:46	autre	oui

2/26/2023 19:10:22	thérapie, autre	Non
2/26/2023 19:48:13	prescription médicamenteuse, thérapie	oui
2/26/2023 20:29:08	prescription médicamenteuse, thérapie, autre	Non
2/27/2023 18:51:01	prescription médicamenteuse, thérapie, autre	Non
2/27/2023 19:11:04	thérapie, autre	Non
2/27/2023 19:13:18	prescription médicamenteuse, thérapie, autre	Non
2/28/2023 2:03:04	thérapie	oui
2/28/2023 20:13:26	prescription médicamenteuse, thérapie	Non
3/4/2023 22:02:42	prescription médicamenteuse	Non
3/7/2023 22:23:01	autre	Non
3/9/2023 14:24:07	prescription médicamenteuse	Non
3/27/2023 11:18:55	prescription médicamenteuse	oui
4/2/2023 21:09:26	prescription médicamenteuse, autre	Non
4/3/2023 9:58:41	autre	Non

Horodateur	Je suis formé aux thérapies?	Je sais en quoi consiste les TCCI	Je suis intéressé par le sujet?
2/12/2023 12:09:23	non	Non	oui
2/12/2023 12:18:38	hypnose	Non	oui
2/12/2023 13:07:24	non	Non	oui
2/12/2023 13:23:20	non	Non	oui
2/12/2023 13:35:01	non	Non	oui
2/12/2023 13:41:07	non	Non	oui
2/12/2023 15:12:22			
2/12/2023 15:14:02	non	Non	oui
2/12/2023 16:27:51	hypnose, autre thérapie	oui	oui
2/12/2023 17:38:48	non	oui	oui
2/12/2023 19:39:50	non	oui	oui
2/12/2023 20:45:49	non	Non	oui
2/12/2023 21:40:57	non	Non	oui
2/12/2023 22:08:16	non	Non	oui
2/13/2023 7:46:17	hypnose	Non	oui
2/13/2023 9:48:58	autre thérapie	oui	oui
2/16/2023 19:13:46	non	Non	oui
2/26/2023 19:10:22	non	Non	oui
2/26/2023 19:48:13	non	oui	oui
2/26/2023 20:29:08	non	Non	oui
2/27/2023 18:51:01	non	oui	oui
2/27/2023 19:11:04	non	oui	oui

2/27/2023 19:13:18	non	Non	oui
2/28/2023 2:03:04	TCC	oui	oui
2/28/2023 20:13:26	non	oui	oui
3/4/2023 22:02:42	non	Non	non
3/7/2023 22:23:01	non	Non	oui
3/9/2023 14:24:07	non	oui	oui
3/27/2023 11:18:55	hypnose	Non	oui
4/2/2023 21:09:26	non	Non	oui
4/3/2023 9:58:41	non	Non	oui

Horodateur	J'aimerais renforcer mes connaissances?	J'aimerais modifier ma pratique?	Je suis intéressé par le format vidéo?
2/12/2023 12:09:23	oui	oui	oui
2/12/2023 12:18:38	oui	oui	oui
2/12/2023 13:07:24	oui	oui	oui
2/12/2023 13:23:20	oui	oui	oui
2/12/2023 13:35:01	oui	oui	oui
2/12/2023 13:41:07	oui	oui	oui
2/12/2023 15:12:22			
2/12/2023 15:14:02	oui	oui	oui
2/12/2023 16:27:51	oui	oui	oui
2/12/2023 17:38:48	oui	oui	oui
2/12/2023 19:39:50	oui	oui	oui
2/12/2023 20:45:49	oui	oui	oui
2/12/2023 21:40:57	oui	oui	oui
2/12/2023 22:08:16	oui	oui	oui
2/13/2023 7:46:17	oui	oui	oui
2/13/2023 9:48:58	oui	oui	oui
2/16/2023 19:13:46	oui	oui	oui
2/26/2023 19:10:22	oui	oui	oui
2/26/2023 19:48:13	oui	oui	oui
2/26/2023 20:29:08	oui	oui	oui
2/27/2023 18:51:01	oui	oui	oui
2/27/2023 19:11:04	oui	oui	oui
2/27/2023 19:13:18	oui	oui	oui
2/28/2023 2:03:04	oui	oui	oui
2/28/2023 20:13:26	oui	oui	oui
3/4/2023 22:02:42	Non	oui	oui

3/7/2023 22:23:01	oui	oui	oui
3/9/2023 14:24:07	oui	oui	oui
3/27/2023 11:18:55	oui	oui	oui
4/2/2023 21:09:26	oui	oui	oui
4/3/2023 9:58:41	oui	oui	oui

Horodateur	Je suis satisfait du mode de diffusion? (sur le divan)	Je trouve le format	J'ai appris des choses sur :
2/12/2023 12:09:23	oui	adapté, claire	l'agenda du sommeil
2/12/2023 12:18:38	oui	adapté, claire, ludique	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
2/12/2023 13:07:24	oui	adapté, claire	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
2/12/2023 13:23:20	oui	adapté	l'agenda du sommeil, les TCC
2/12/2023 13:35:01	oui	adapté	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
2/12/2023 13:41:07	oui	adapté	les TCC
2/12/2023 15:12:22			
2/12/2023 15:14:02	oui	claire	l'agenda du sommeil, les TCC
2/12/2023 16:27:51	oui	adapté	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
2/12/2023 17:38:48	oui	adapté, claire, ludique	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
2/12/2023 19:39:50	oui	claire	l'agenda du sommeil, les TCC
2/12/2023 20:45:49	oui	adapté, claire	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
2/12/2023 21:40:57	oui	adapté, claire, ludique	Option 1
2/12/2023 22:08:16	oui	adapté, claire, ludique	l'agenda du sommeil, les TCC
2/13/2023 7:46:17	oui	adapté, claire	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
2/13/2023 9:48:58	oui	claire	les TCC
2/16/2023 19:13:46	oui	adapté	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
2/26/2023 19:10:22	oui	adapté, claire, ludique	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
2/26/2023 19:48:13	oui	adapté, claire, ludique	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
2/26/2023 20:29:08	oui	adapté, claire	les TCC
2/27/2023 18:51:01	oui	adapté, claire, ludique	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
2/27/2023 19:11:04	Non	adapté, claire	l'agenda du sommeil
2/27/2023 19:13:18	oui	adapté, claire, ludique	l'agenda du sommeil
2/28/2023 2:03:04	oui	adapté, claire	l'hygiène du sommeil

2/28/2023 20:13:26	oui	adapté, claire, ludique	l'agendu du sommeil
3/4/2023 22:02:42	oui	adapté, ennuyeux	l'hygiène du sommeil, l'agendu du sommeil, les TCC
3/7/2023 22:23:01	oui	claire	l'agenda du sommeil
3/9/2023 14:24:07	oui	adapté, claire	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
3/27/2023 11:18:55	oui	adapté, claire, ludique	l'hygiène du sommeil, l'agenda du sommeil, les TCC
4/2/2023 21:09:26	oui	adapté, claire	l'agenda du sommeil, les TCC
4/3/2023 9:58:41	oui	adapté	l'agenda du sommeil, les TCC

Horodateur	Je vais me sentir plus à l'aise lors d'une consultation d'insomnie chronique?	Je pense modifier mes pratiques	Ces outils de TCC ont un intérêt en médecine générale?
2/12/2023 12:09:23	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements, la remédiation cognitive	oui
2/12/2023 12:18:38	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements, la remédiation cognitive	oui
2/12/2023 13:07:24	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements	oui
2/12/2023 13:23:20	oui	via l'agenda du sommeil	oui
2/12/2023 13:35:01	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements	oui
2/12/2023 13:41:07	oui	le travail sur les comportements	oui
2/12/2023 15:12:22			
2/12/2023 15:14:02	oui	non pas du tout	oui
2/12/2023 16:27:51	Non	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements	oui
2/12/2023 17:38:48	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements	oui
2/12/2023 19:39:50	oui	via l'agenda du sommeil	oui
2/12/2023 20:45:49	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements, la remédiation cognitive	oui
2/12/2023 21:40:57	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements	oui

2/12/2023 22:08:16	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements, la remédiation cognitive	oui
2/13/2023 7:46:17	oui	la remédiation cognitive	oui
2/13/2023 9:48:58	Non	la remédiation cognitive	oui
2/16/2023 19:13:46	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements, la remédiation cognitive	oui
2/26/2023 19:10:22	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements, la remédiation cognitive	oui
2/26/2023 19:48:13	oui	le travail sur les comportements	oui
2/26/2023 20:29:08	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements, la remédiation cognitive	oui
2/27/2023 18:51:01	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements, la remédiation cognitive	oui
2/27/2023 19:11:04	oui	le travail sur les comportements	oui
2/27/2023 19:13:18	oui	via l'agenda du sommeil	oui
2/28/2023 2:03:04	oui	la remédiation cognitive	oui
2/28/2023 20:13:26	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements, la remédiation cognitive	oui
3/4/2023 22:02:42	Non	le travail sur les comportements	Non
3/7/2023 22:23:01	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements	oui
3/9/2023 14:24:07	oui	via l'agenda du sommeil	oui
3/27/2023 11:18:55	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements	oui
4/2/2023 21:09:26	oui	via l'agenda du sommeil, le travail sur les comportements	oui
4/3/2023 9:58:41	oui	la remédiation cognitive	oui

Horodateur	J'aimerais me former d'avantage aux TCC?	Aurais je des patients intéressés par ce protocole en 4 séances?	Ce protocole en 4 séances est adapté à la médecine générale?
2/12/2023 12:09:23	en ligne	>6	oui
2/12/2023 12:18:38	en ligne	>6	oui

2/12/2023 13:07:24	en ligne	3-5	oui
2/12/2023 13:23:20	en FMC	3-5	oui
2/12/2023 13:35:01	par le DU	1 ou 2	oui
2/12/2023 13:41:07	en FMC	pas du tout	oui
2/12/2023 15:12:22			
2/12/2023 15:14:02	de façon autonome (recherche personnelle)	pas du tout	Non
2/12/2023 16:27:51	en ligne	1 ou 2	oui
2/12/2023 17:38:48	en FMC	3-5	oui
2/12/2023 19:39:50	en FMC	1 ou 2	oui
2/12/2023 20:45:49	en ligne	1 ou 2	oui
2/12/2023 21:40:57	en FMC	3-5	oui
2/12/2023 22:08:16	en FMC	3-5	oui
2/13/2023 7:46:17	de façon autonome (recherche personnelle)	1 ou 2	oui
2/13/2023 9:48:58	en FMC	3-5	Non
2/16/2023 19:13:46	de façon autonome (recherche personnelle)	1 ou 2	Non
2/26/2023 19:10:22	de façon autonome (recherche personnelle)	3-5	oui
2/26/2023 19:48:13	de façon autonome (recherche personnelle)	3-5	oui
2/26/2023 20:29:08	en FMC	>6	oui
2/27/2023 18:51:01	en ligne	3-5	oui
2/27/2023 19:11:04	non	1 ou 2	Non
2/27/2023 19:13:18	en FMC	1 ou 2	oui
2/28/2023 2:03:04	de façon autonome (recherche personnelle)	>6	oui
2/28/2023 20:13:26	en ligne	1 ou 2	oui
3/4/2023 22:02:42	non	3-5	Non
3/7/2023 22:23:01	en ligne	1 ou 2	oui
3/9/2023 14:24:07	en FMC	1 ou 2	oui
3/27/2023 11:18:55	en ligne	3-5	oui
4/2/2023 21:09:26	par le DU	3-5	oui
4/3/2023 9:58:41	de façon autonome (recherche personnelle)	3-5	oui

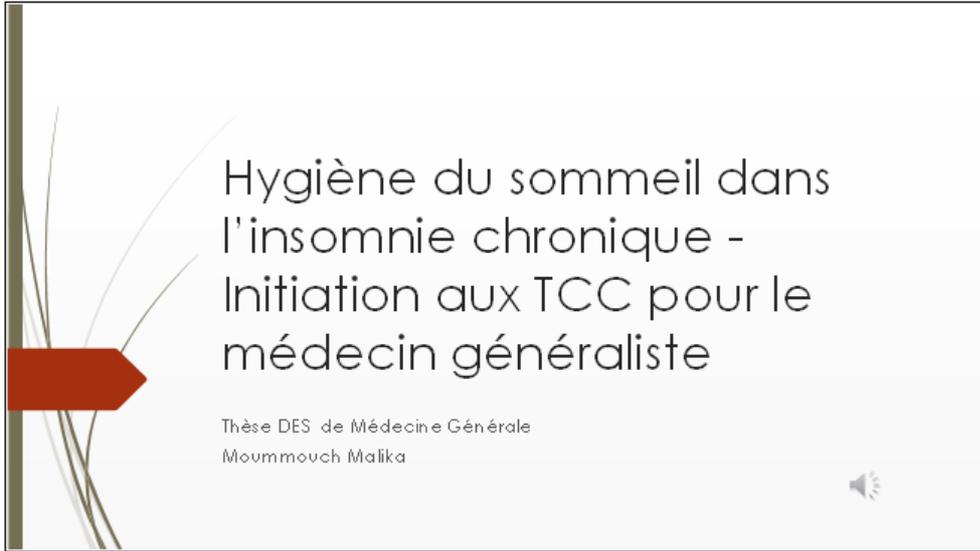
Horodateur	Je vais appliquer ce protocole en cabinet?	A qui pourrais je déléguer l'application de ce protocole?	des commentaires?
2/12/2023 12:09:23	oui	psychologue	
2/12/2023 12:18:38	oui	psychologue, IDE asalée, IPA	

2/12/2023 13:07:24	oui	psychologue, IDE asalée	
2/12/2023 13:23:20	oui	psychologue, IDE asalée	
2/12/2023 13:35:01	non car trop long/ chronophage	IDE asalée	
2/12/2023 13:41:07	non car trop long/ chronophage	psychologue	
2/12/2023 15:12:22			
2/12/2023 15:14:02	non car trop long/ chronophage	psychologue	
2/12/2023 16:27:51	non car trop long/ chronophage	Étudiant	
2/12/2023 17:38:48	oui	psychologue	
2/12/2023 19:39:50	oui	psychologue	
2/12/2023 20:45:49	oui	Pas d'idée	Peut on revoir la vidéo ?
2/12/2023 21:40:57	oui	Assistante médicale	Bravo pour ce remarquable travail !
2/12/2023 22:08:16	oui	IDE asalée	
2/13/2023 7:46:17	non car trop long/ chronophage	je ne sais pas	
2/13/2023 9:48:58	non car trop long/ chronophage	IDE asalée, IPA	Vidéo apparait en tout petit impossible à agrandir dans le questionnaire donc impossible de lire les diapos c'est bien dommage car le sujet est intéressant
2/16/2023 19:13:46	non car trop long/ chronophage	Je ferai ce protocole mais peut-être pas en 4 seances car trop de boulot	Très bonne vidéo, attention aux fautes d'orthographe du questionnaire avant de le mettre dans la thèse ;) peut-être donner des liens pdf pr agenda du sommeil et scores. Peut être intéressant de faire une video un peu + longue pour détailler un peu+ car sujet interessant et fréquent en med gé. Bon courage pour la thèse!
2/26/2023 19:10:22	oui	psychologue, IDE asalée, IPA	Super vidéo, très bien expliquée!!
2/26/2023 19:48:13	oui	IDE asalée	
2/26/2023 20:29:08	oui	psychologue, IDE asalée, IPA	Très intéressant merci
2/27/2023 18:51:01	oui	IDE asalée, IPA	
2/27/2023 19:11:04	non car trop long/ chronophage	psychologue, IDE asalée	
2/27/2023 19:13:18	oui	IDE asalée	

2/28/2023 2:03:04	oui	IDE asalée	
2/28/2023 20:13:26	non car trop long/ chronophage	psychologue, IDE asalée, IPA	
3/4/2023 22:02:42	non car trop long/ chronophage	psychologue, IDE asalée, IPA	
3/7/2023 22:23:01	non car trop long/ chronophage	IDE asalée	Je vais essayé d'appliquer les 4 séances mais je ne suis pas sûr de pouvoir le faire a cause du côté chronophage de cette PEC
3/9/2023 14:24:07	non car trop long/ chronophage	IDE asalée	
3/27/2023 11:18:55	oui	psychologue, IDE asalée	
4/2/2023 21:09:26	non car trop long/ chronophage	psychologue	
4/3/2023 9:58:41	non car trop long/ chronophage	psychologue, IDE asalée, IPA	

## ANNEXE 3 :

### Diapositive 1

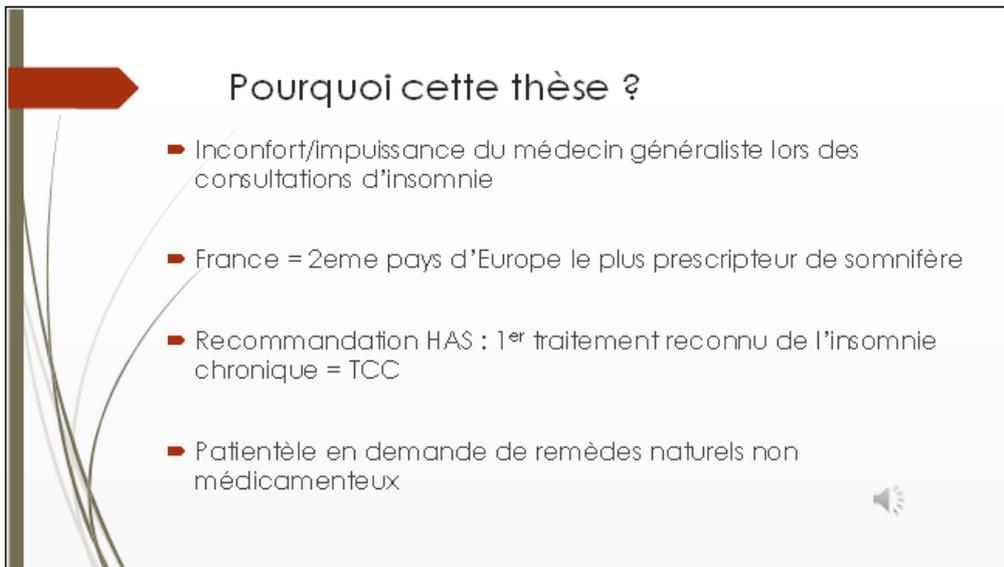


Hygiène du sommeil dans  
l'insomnie chronique -  
Initiation aux TCC pour le  
médecin généraliste

Thèse DES de Médecine Générale  
Moummouch Malika

A decorative red arrow points to the right on the left side of the slide. A small speaker icon is located in the bottom right corner.

### Diapositive 2

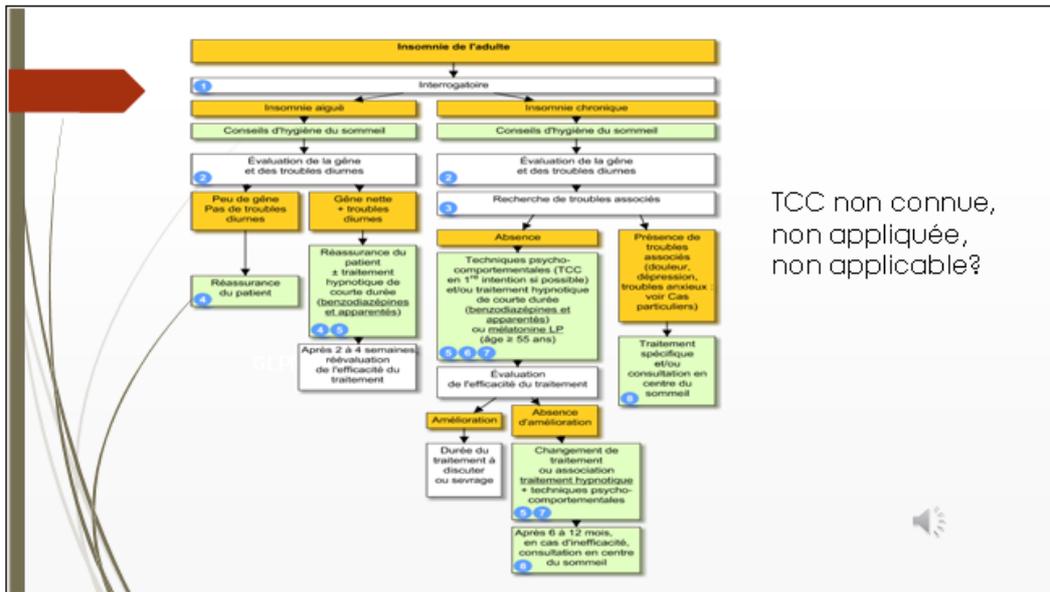


Pourquoi cette thèse ?

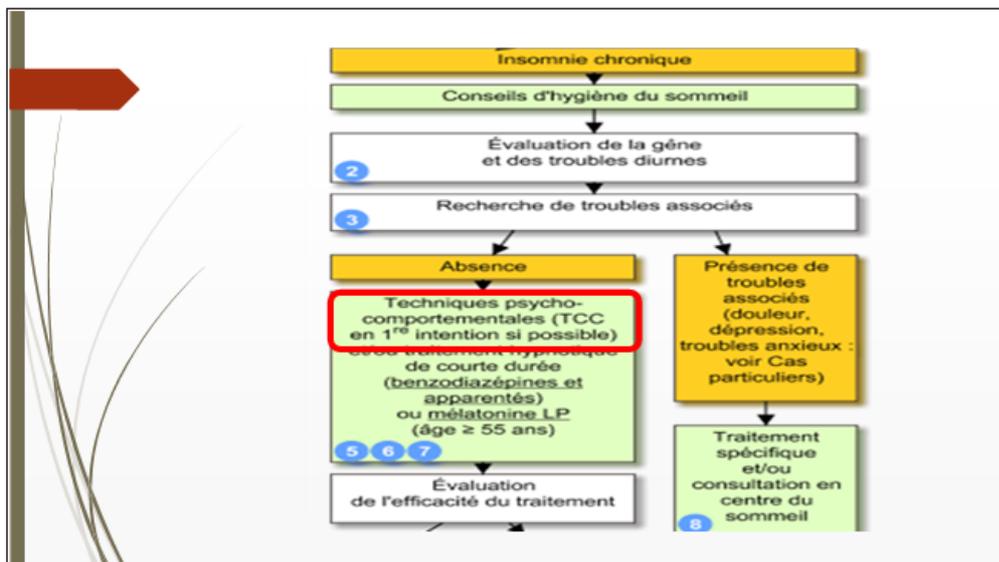
- Inconfort/impuissance du médecin généraliste lors des consultations d'insomnie
- France = 2eme pays d'Europe le plus prescripteur de somnifère
- Recommandation HAS : 1<sup>er</sup> traitement reconnu de l'insomnie chronique = TCC
- Patientèle en demande de remèdes naturels non médicamenteux

A decorative red arrow points to the right on the left side of the slide. A small speaker icon is located in the bottom right corner.

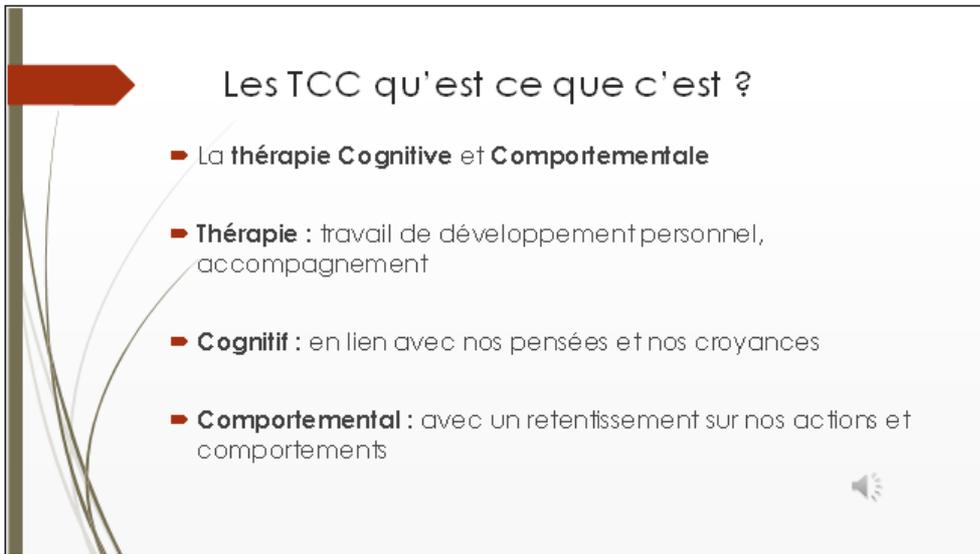
### Diapositive 3



### Diapositive 4



## Diapositive 5

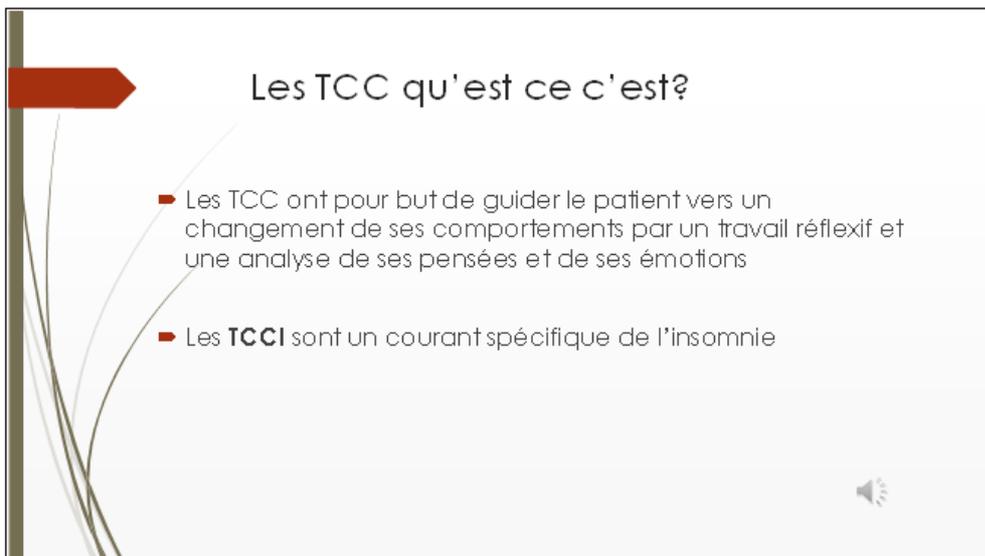


Les TCC qu'est ce que c'est ?

- ▀ La **thérapie Cognitive et Comportementale**
- ▀ **Thérapie** : travail de développement personnel, accompagnement
- ▀ **Cognitif** : en lien avec nos pensées et nos croyances
- ▀ **Comportemental** : avec un retentissement sur nos actions et comportements

Speaker icon in the bottom right corner.

## Diapositive 6



Les TCC qu'est ce que c'est ?

- ▀ Les TCC ont pour but de guider le patient vers un changement de ses comportements par un travail réflexif et une analyse de ses pensées et de ses émotions
- ▀ Les **TCCI** sont un courant spécifique de l'insomnie

Speaker icon in the bottom right corner.

## Diapositive 7



Pensées : je vais encore mettre des heures à m'endormir, j'aimerais pouvoir maîtriser mon sommeil.

Emotion : ça m'énerve de ne jamais pouvoir m'endormir, j'ai peur d'être épuisée demain, inquiétude.

Comportement : je vais me coucher plus tôt pour avoir le temps de m'endormir, je ne dois pas me relever sinon je ne vais plus me rendormir.

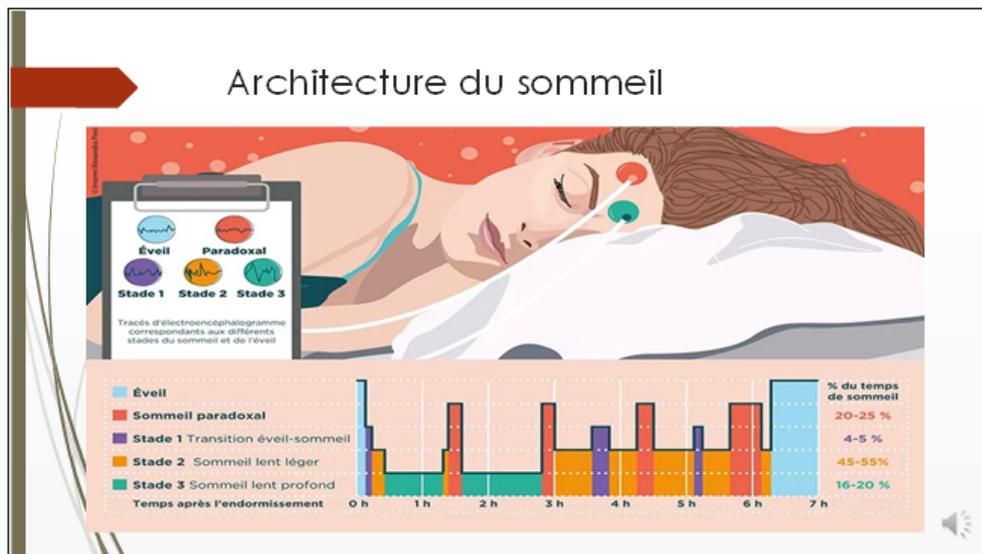
## Diapositive 8

**Le Sommeil**

- Définition : baisse de l'état de conscience qui sépare deux périodes d'éveil. Perte de la vigilance, diminution du tonus musculaire et abolition partielle de la perception sensitive.
- **Stades électrophysiologiques** organisés en cycles de nombre et durée variables.

Le sommeil n'est pas un phénomène constant.

## Diapositive 9



3-6 cycles par nuit.

Récupération en sommeil lent profond en début de sommeil dans les premiers cycles.

Micro réveil entre les cycles.

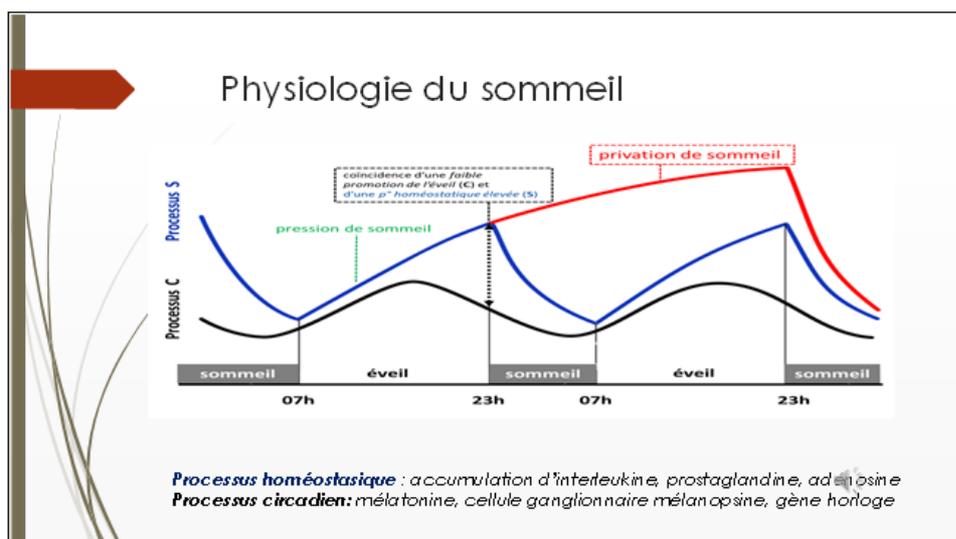
Voici les stades électro physiologiques du sommeil sur un hypnogramme.

Récupération en sommeil lent profond en début de sommeil dans les premiers cycles.

Micro réveil entre les cycles.

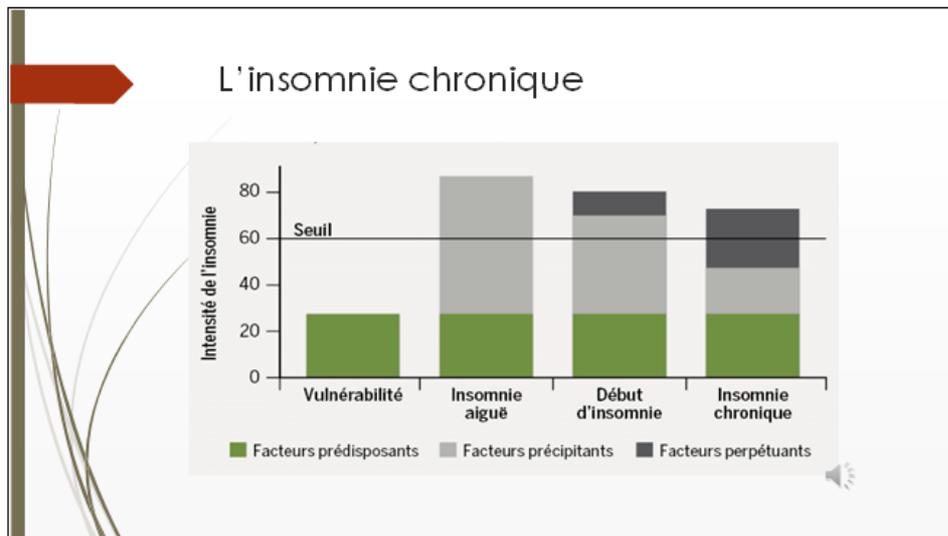
Sommeil lent léger fin de nuit, perception sensitive pas complètement abolis.

## Diapositive 10



Pression de sommeil suite à la privation.

## Diapositive 11



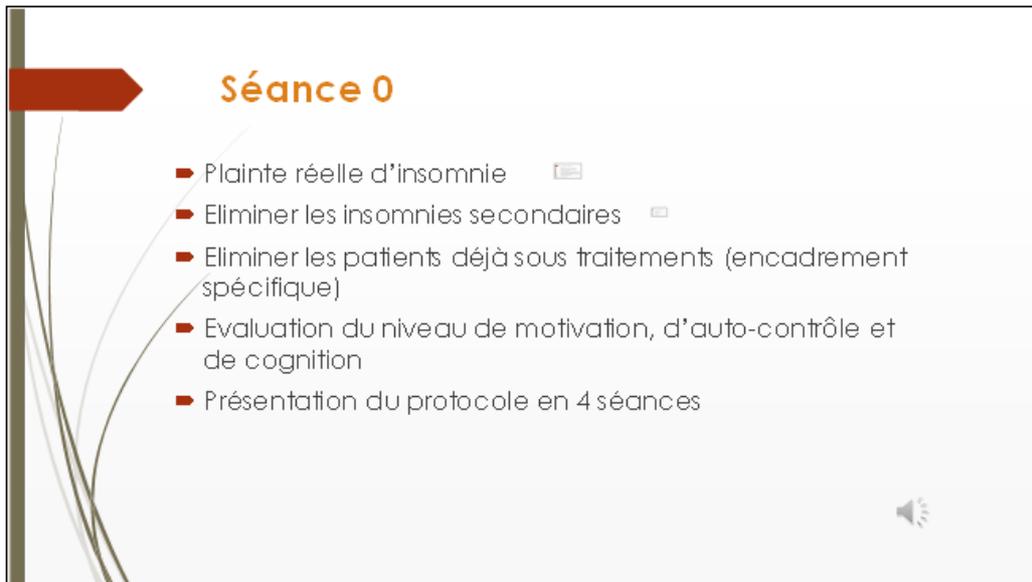
## Diapositive 12

### Protocole en 4 séances

- **Séance 0** : plainte d'insomnie, éligibilité
- **Séance 1** : phase observationnelle
- **Séance 2** : phase comportementale
- **Séance 3** : phase cognitive
- **Séance 4** : bilan

Protocole que je propose pour adapter les TCC à la médecine de ville.

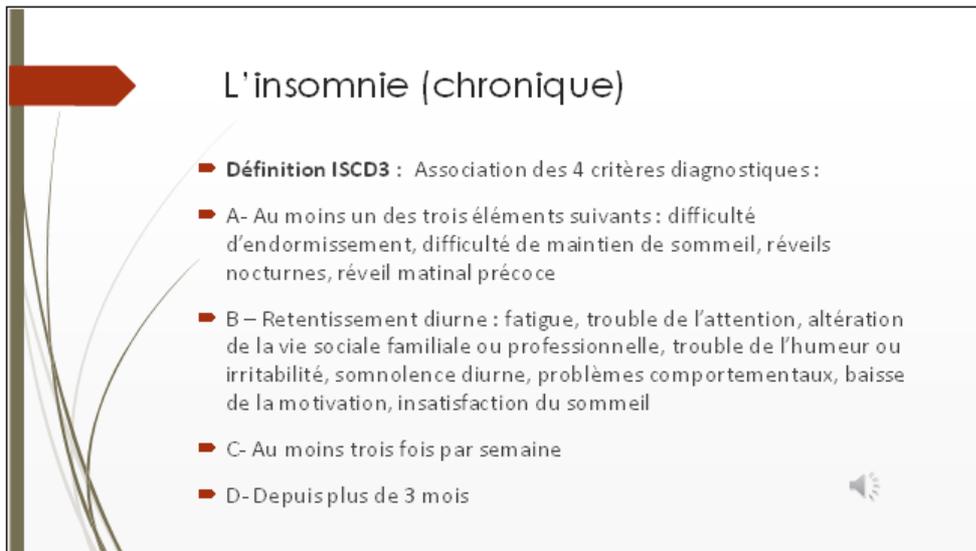
## Diapositive 13



### Séance 0

- Plainte réelle d'insomnie
- Eliminer les insomnies secondaires
- Eliminer les patients déjà sous traitements (encadrement spécifique)
- Evaluation du niveau de motivation, d'auto-contrôle et de cognition
- Présentation du protocole en 4 séances

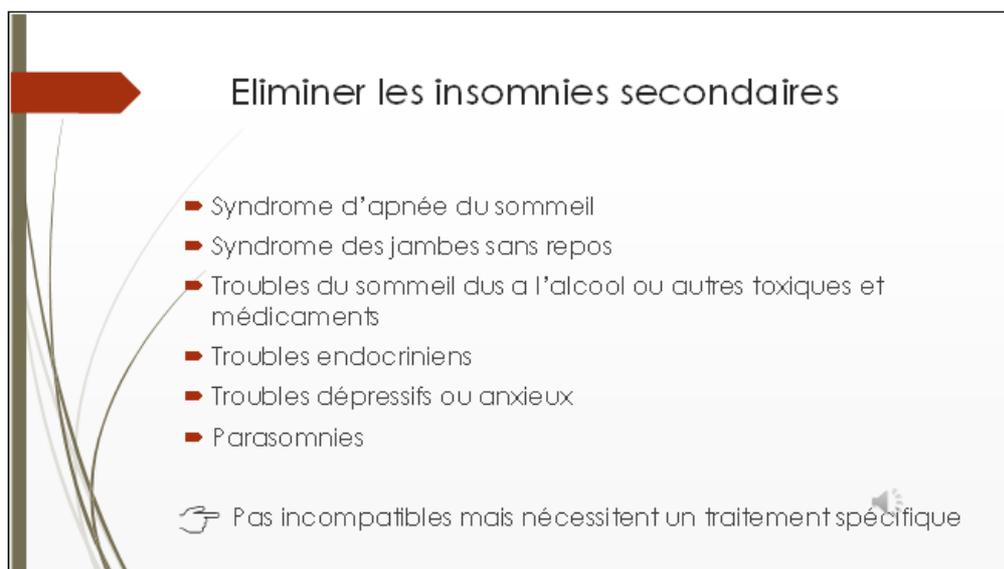
## Diapositive 14



### L'insomnie (chronique)

- **Définition ISCD3** : Association des 4 critères diagnostiques :
- A- Au moins un des trois éléments suivants : difficulté d'endormissement, difficulté de maintien de sommeil, réveils nocturnes, réveil matinal précoce
- B – Retentissement diurne : fatigue, trouble de l'attention, altération de la vie sociale familiale ou professionnelle, trouble de l'humeur ou irritabilité, somnolence diurne, problèmes comportementaux, baisse de la motivation, insatisfaction du sommeil
- C- Au moins trois fois par semaine
- D- Depuis plus de 3 mois

## Diapositive 15



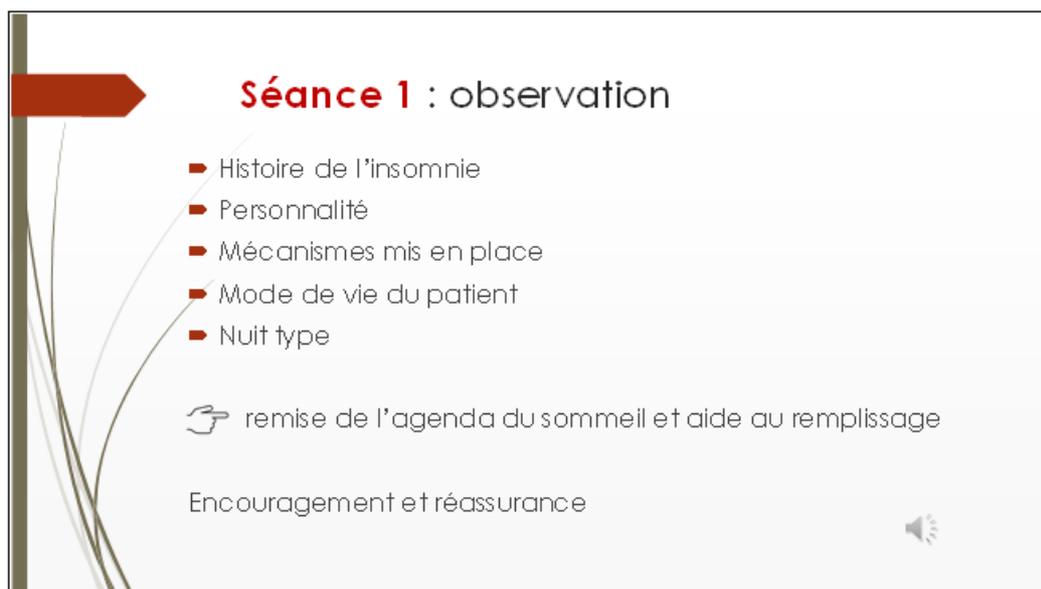
**Eliminer les insomnies secondaires**

- Syndrome d'apnée du sommeil
- Syndrome des jambes sans repos
- Troubles du sommeil dus à l'alcool ou autres toxiques et médicaments
- Troubles endocriniens
- Troubles dépressifs ou anxieux
- Parasomnies

☞ Pas incompatibles mais nécessitent un traitement spécifique

This slide features a decorative vertical bar on the left with a red arrow pointing right. The background has a light gradient and some faint, abstract lines.

## Diapositive 16



**Séance 1 : observation**

- Histoire de l'insomnie
- Personnalité
- Mécanismes mis en place
- Mode de vie du patient
- Nuit type

☞ remise de l'agenda du sommeil et aide au remplissage

Encouragement et réassurance

This slide features a decorative vertical bar on the left with a red arrow pointing right. The background has a light gradient and some faint, abstract lines.



Diapositive 19

DATE	HEURES																				Appréciation par :			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES					
	Nuit du ... au ...																				QUALITÉ DU SOMMEIL	QUALITÉ DU REVEIL	FORME DE LA JOURNÉE						
	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	M	TM	Moy	
EXEMPLE	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																												
7 au 8/12	[Travail]																				M	TM	Moy						
8 au 9/12	[Travail]																				Moy			mal au dos					
9 au 10/12	[Travail]																				Moy			fatigue, mal à la tête					
10 au 11/12	[Travail]																				Moy			(lecture)					
11 au 12/12	[Travail]																				TM			(lecture)					
12 au 13/12	[Travail]																				Moy			vertiges, fatigue					
13 au 14/12	[Travail]																				Moy			mal à la tête					
14 au 15/12	[Travail]																				B								
15 au 16/12	[Travail]																				TR			acouphènes					
16 au 17/12	[Travail]																				TM			crampes					
17 au 18/12	[Travail]																				Moy			sueurs					
18 au 19/12	[Travail]																				M			treillis, maux, cauchemars					
19 au 20/12	[Travail]																							SURERS					
20 au 21/12	[Travail]																				B								
21 au 22/12	[Travail]																				B								
22 au 23/12	[Travail]																												
23 au 24/12	[Travail]																				Moy								
24 au 25/12	[Travail]																				Moy								
25 au 26/12	[Travail]																				P								
26 au 27/12	[Travail]																				Moy								
27 au 28/12	[Travail]																				M								
28 au 29/12	[Travail]																				B			fatigue					
29 au 30/12	[Travail]																				Moy								

Diapositive 20

DATE	NUIT										JOUR										Qualité nuit	Qualité journée	Traitement Remarques particulières				
	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	21	23	1	3	5	7	9				11	13	15	17
11 au 12/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				M	M					
12 au 13/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				M	M					
13 au 14/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				TM	TM					
14 au 15/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				M	TM					
15 au 16/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				B	TB					
16 au 17/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				AB	C					
17 au 18/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				AB	D					
18 au 19/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				TB	TB	chez parents				
19 au 20/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				M	M	changement de chambre				
20 au 21/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				M	AB					
21 au 22/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				TR	B					
22 au 23/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				AB	C					
23 au 24/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				TM						
24 au 25/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				M	M					
25 au 26/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				AB	M					
26 au 27/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				TB	TB	chez parents				
27 au 28/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				TR	TB	chez parents				
28 au 29/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				M	M	mal à la tête				
29 au 30/06	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																										
1 au 2/07	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				AB	M	fatigue dans le journal				
2 au 3/07	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				TB	TB	chez parents				
3 au 4/07	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				B	A					
4 au 5/07	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				B	A					
5 au 6/07	[Diagramme illustrant un cycle de sommeil et de réveil]																				B	C					

## Diapositive 21

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL																																				
DATE	HEURES																				Appréciation par : TB - B - Moy - M - TM			Nom :												
																					QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	Prénom :												
Nuit du ... au...	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20											
EXEMPLE																																				
8 au 9.5	S																													S	S	M	TM	Moy	Pong Pong Lapsis Méd + Jardin	
9 au 10	S																														S	S	M	M	Moy	Auure de vin B.Care "Jardin"
10 au 11	S																														S	S	M	B	B	"Jardin"
11 au 12	S																														S	S	Moy	B	B	Manche 8 km <sup>2</sup>
12 au 13	S																														S	S	Moy	M	B	Pong Pong 2 Heures "Jardin"
13 au 14	S																														S	S	Moy	B	B	
14 au 15	S																														S	S	Moy	B	B	
15 au 16	S																														S	S	Moy	Moy	Moy	Pong Pong 2 Heures
16 au 17	S																														S	S	Moy	Moy	Moy	Velo 15 km <sup>2</sup>
17 au 18	S																														S	S	B	B	B	Velo 20 km <sup>2</sup>
18 au 19	S																														S	S	B	B	B	
19 au 20	S																														S	S	B	B	B	Pong Pong 2 Heures
20 au 21	S																														S	S	Moy	B	B	Manche 12 km <sup>2</sup>
21 au 22	S																														S	S	Moy	B	B	
22 au 23	S																														S	S	B	B	B	Voiture 60 km <sup>2</sup>
23 au 24	S																														S	S	M	M	M	Manche 8 km <sup>2</sup>
24 au 25	S																														S	S	Moy	Moy	Moy	Rien
25 au 26	S																														S	S	Moy	Moy	Moy	Voiture 60 km <sup>2</sup>
26 au 27	S																														S	S	Moy	Moy	Moy	Pong Pong 2 Heures
27 au 28	S																														S	S	Moy	Moy	B	Velo 15 km <sup>2</sup>
28 au 29	S																														S	S	B	B	B	Jardin
29 au 30	S																														S	S	M	M	Moy	R.V. Docteur
30 au 31	S																														S	S	TM	M	Moy	Rien
31 au 1 <sup>er</sup>	S																														S	S	Moy	M	Moy	

## Diapositive 22



### Conseil hygiène du sommeil

- Limiter les boissons excitantes
- Restreindre les repas trop copieux
- Réduire le Tabac et autres toxiques
- Bannir les écrans
- Eviter les sports intenses
- Maintenir des horaires de couchers réguliers
- Favoriser un rituel du coucher

Travail digestif douloureux.

Tabac = excitant.

Plutôt lecture qu'écran, liseuse moins lumineuse.

Sport en journée, pause déjeuner.

Rituel du coucher, méditation, yoga, outil de relaxation, lecture.

## Diapositive 23

### Fatigue Vs Sommeil

**Échelle de fatigue de Pichot**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Parce qu'il faut proposer plusieurs, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant une note entre 0 et 4 :**

0 = Pas du tout ; 1 = Un peu ; 2 = Moyennement ; 3 = Beaucoup ; 4 = Excessivement

Je manque d'énergie	0	1	2	3	4
Tout demande un effort	0	1	2	3	4
Je me sens faible à certains endroits du corps	0	1	2	3	4
J'ai les bras ou les jambes lourdes	0	1	2	3	4
Je me sens fatigué sans raison	0	1	2	3	4
J'ai envie de m'allonger pour me reposer	0	1	2	3	4
J'ai du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
Je me sens fatigué, lassé et triste	0	1	2	3	4

Votre Score :

**En total > à 22 est en faveur d'une fatigue excessive.**

---

**ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH**

**Comment se passer ?**  
Afin de pouvoir mesurer chez vous une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations régulièrement rencontrées. Si vous vous apercevez d'éprouver le risque de vous endormir. Avez-vous déjà été réveillé dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

- 0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir
- 1 = faible chance de s'endormir
- 2 = chance moyenne de s'endormir
- 3 = forte chance de s'endormir

Situation	Chance de s'endormir
Assis en train de lire	0 1 2 3
En train de regarder la télévision	0 1 2 3
Assis, assis dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0 1 2 3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0 1 2 3
Après l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0 1 2 3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0 1 2 3
Assis au volant après un déjeuner sans alcool	0 1 2 3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0 1 2 3

**TOTAL :**

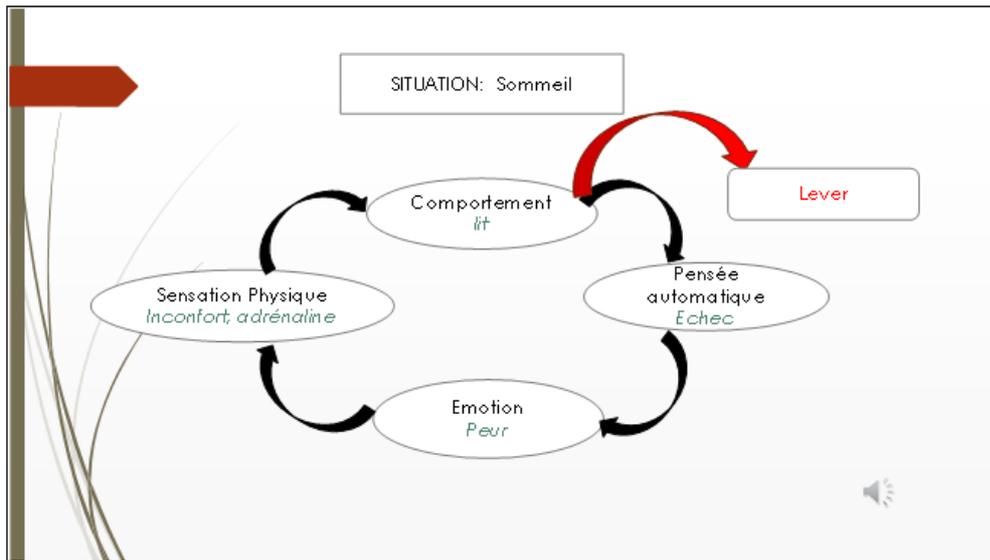
## Diapositive 24

### Outils de TCC

- Questionnement sur les comportements
- Contrôle de stimulus : lit = sommeil (reflexe pavlovien) limiter le temps au lit
- Restriction du sommeil : limiter le temps de sommeil (intention paradoxale)

*« Une demi-heure après, la pensée qu'il était temps de chercher le sommeil m'éveillait » Proust, Du côté de chez Swann, 1913*

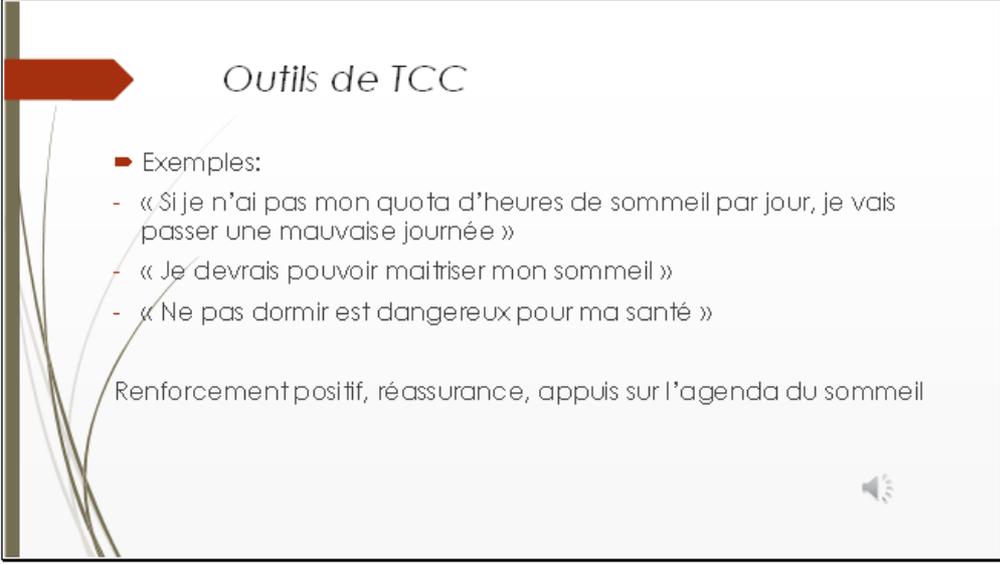
## Diapositive 25



## Diapositive 26

### Séance 3 : phase cognitive

- Reprise de l'agenda du sommeil, encourager les modifications des comportements et interprétations
- Identification des pensées sur le sommeil
- Remplacer et positiver = restructuration cognitive
- Outils de lâcher prise



**Outils de TCC**

■ Exemples:

- « Si je n'ai pas mon quota d'heures de sommeil par jour, je vais passer une mauvaise journée »
- « Je devrais pouvoir maîtriser mon sommeil »
- « Ne pas dormir est dangereux pour ma santé »

Renforcement positif, réassurance, appuis sur l'agenda du sommeil

Il existe des gens qui dorment peu et qui sont heureux et productifs. Appuis sur l'agenda du sommeil. Tentatives de compensation : rester longtemps au lit, sieste, contre-productif.

Le sommeil, comme la digestion ou la respiration, sont des mécanismes automatiques. Les tentatives de contrôle volontaire ou une tendance à accorder une importance démesurée au contrôle de ces fonctions donnent généralement lieu à un dérèglement.

Le sommeil vient plus facilement lorsqu'on arrive à lâcher prise sur le contrôle

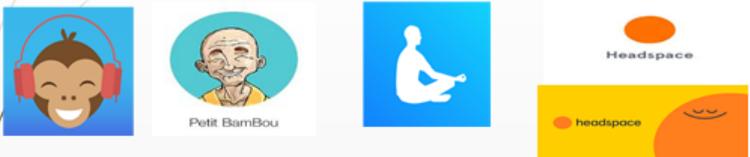
Personne n'est mort d'insomnie. Le sommeil est essentiel à la vie, mais on est totalement incapable de ne pas dormir le minimum vital. En plus, si je m'en fais avec mon sommeil, ça ne fera que l'empirer.

## Diapositive 28

### Exemple de Relaxation

- Respiration, sophrologie, Bodyscan, Cohérence cardiaque

Ex: Namatata, Petit bambou, Pleine conscience, Headspace



→ gymnastique attentionnelle, exercice sensoriel, absence de jugement, pause dans les pensées intempestives/ruminations

Outils de relaxation si besoin en cas de réveil nocturne ou au moment du coucher.

## Diapositive 29

### Séance 4 : bilan

- Reprise de l'agenda du sommeil
- Temps et qualité du sommeil et de la journée
- Bilan des comportements et mode de vie
- Bilan des pensées et interprétations
- Bilan des mécanismes mis en place
- Bilan de la qualité de vie

→ Mieux vivre l'insomnie (patient et médecin)  
Féliciter, Renforcement positif



**Conclusions**

Les TCCI : - c'est facile et abordable  
- c'est court  
- ça peut être réalisé par tout soignant  
- ça marche!

↳ Les TCCI c'est le premier traitement de l'insomnie chronique.

*Bibliographie de la vidéo :*

*Illustration des stades électrophysiologiques du sommeil issus de l'Inserm : Faire la lumière sur notre activité nocturne, septembre 2017*

*Illustration de la Régulation homéostatique du sommeil (Processus S) et rythmes circadiens (Processus C), adapté d'après Borbely AA. A Two Process Model of Sleep Regulation. Human Neurobiol. 1982;1:195-204.*

*Illustration issue de Vallières A, Guay B. Au-delà de l'ABC du traitement cognitivocomportemental de l'insomnie. Le Médecin du Québec. 1 avr 2014;49:81-5.*

*Arbre décisionnel issu du VIDAL [Internet]. [cité 30 mars 2022]. Recommandations Insomnie de l'adulte. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/insomnie-de-l-adulte-1619.html>*

*Illustration issue de La TCC : thérapie cognitive et comportementale – Sophie Morin Conseils [Internet]. [cité 8 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.sophiemorinconseils.com/accompagnement/la-tcc-therapie-cognitive-et-comportementale/>*

ANNEXE 4 :

Nom : ..... Prénom : .....

Date : .....

## ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

**Consigne de passation :**

Afin de pouvoir mesurer chez vous une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant **le chiffre le plus approprié** pour chaque situation :

- 0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir**
- 1 = faible chance de s'endormir**
- 2 = chance moyenne de s'endormir**
- 3 = forte chance de s'endormir**

Situation	Chance de s'endormir
Assis en train de lire	0 1 2 3
En train de regarder la télévision	0 1 2 3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0 1 2 3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0 1 2 3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0 1 2 3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0 1 2 3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0 1 2 3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0 1 2 3

**TOTAL :**

## **Échelle de fatigue de Pichot** (pour l'évaluation de la Fatigue)

(Ref. « Echelles et outils d'évaluation en médecine générale » J. Gardenas et Coll. -Le Généraliste- Supplément du N° 2187; Mars 2002).

**La fatigue est une sensation d'affaiblissement physique ou psychique qui survient normalement à la suite d'un effort soutenu, et qui impose la mise au repos.**

**On parle de fatigue pathologique lorsque la personne se sent handicapée par rapport à son niveau de forme habituel pour effectuer ses activités quotidiennes.**

L'échelle subjective de Pichot a été proposée pour mesurer l'importance de ce handicap.

Prénom : .....	Nom : .....	Date de naissance:.....
Date du test :.....	Traitement en cours .....	

**Parmi les huit propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant chaque item d'une note entre 0 et 4:**

(0 = pas du tout; 1= un peu, 2 = moyennement, 3= beaucoup, 4 = extrêmement)

- Je manque d'énergie..... 0 1 2 3 4
- Tout demande un effort..... 0 1 2 3 4
- Je me sens faible à certains endroits du corps..... 0 1 2 3 4
- J'ai les bras ou les jambes lourdes ..... 0 1 2 3 4
- Je me sens fatigué sans raison..... 0 1 2 3 4
- J'ai envie de m'allonger pour me reposer..... 0 1 2 3 4
- J'ai du mal à me concentrer ..... 0 1 2 3 4
- Je me sens fatigué, lourd et raide ..... 0 1 2 3 4

Total (sur 32) :.....

**Un total supérieur à 22 est en faveur d'une fatigue excessive, vous souffrez peut être d'un sommeil inefficace.**

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre niveau général de Fatigue et n'établit pas de diagnostic. Apportez le à votre médecin pour discuter des causes et des conséquences de cette fatigue dans votre vie.

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

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

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

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

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

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

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

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

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

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

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

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

**Échelle de correction/interprétation:**

**Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = \_\_\_\_\_**

**Le score total varie entre 0 et 28**

**0-7 = Absence d'insomnie**

**8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)**

**15-21 = Insomnie clinique (modérée)**

**22-28 = Insomnie clinique (sévère)**

## RUD (Risque Urgence Dangerosité)

• Faible : pense au suicide, pas de scénario précis ; désire parler et est à la recherche de communication, cherche des solutions à ses problèmes ; pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; n'est pas anormalement troublée, mais psychologiquement souffrante ; a établi un lien de confiance avec un praticien.

• Moyen : scénario envisagé, mais reporté ; a un équilibre émotionnel fragile ; ne voit d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir ; a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.

• Élevé : planification claire, passage à l'acte prévu dans les jours à venir ; est coupée de ses émotions, elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée ; se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation ; dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ; a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc. ; a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; est très isolée.

RISQUES		
<b>FACTEURS DE RISQUES PRIMAIRES (1)</b> <i>Ce sont les facteurs les plus importants. Ils ont valeur d'alarme et ne sont pas présents en temps normal. Ils ont un intérêt de manière individuelle ou mis en lien avec les autres facteurs et sont influencés par la prise en charge..</i>	<b>FACTEURS DE RISQUES SECONDAIRES (2)</b> <i>Ce sont des éléments naturels qui ont démontré statistiquement leur influence sur la fréquence des crises suicidaires. Ils sont peu influencés par la prise en charge et ont un intérêt surtout en association des facteurs 1.</i>	<b>FACTEURS DE RISQUES TERTIAIRES (3)</b> <i>Ce sont des événements naturels auxquels on n'échappe pas. En l'absence des facteurs 1 et 2, ils n'ont pas d'incidence.</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>✔ Trouble psychiatrique aigu : dépression, intoxication alcoolique, etc.</li><li>✔ Communication d'une intention suicidaire</li><li>✔ Antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires</li><li>✔ Propension à l'impulsivité, l'agressivité, ou la violence</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✔ Pertes parentales précoces</li><li>✔ Traumatismes et abus durant l'enfance</li><li>✔ Isolement social, affectif</li><li>✔ Problèmes financiers</li><li>✔ Évènements de vie négatifs significatifs</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✔ Sexe masculin</li><li>✔ Sénescence</li><li>✔ Saison de l'été</li></ul>

URGENCE
<b>=&gt; Avez-vous des idéations suicidaires ?</b>
<input type="checkbox"/> Fréquence : combien de fois y avez-vous pensé ?
<input type="checkbox"/> Durée : lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?
<input type="checkbox"/> Éléments dissuasifs : y a-t-il des choses qui vous ont empêché de penser / de mettre à exécution vos pensées ?
<input type="checkbox"/> Où, quand, comment envisagez-vous de vous suicider ?

DANGEROSITÉ
<b>=&gt; Avez-vous accès à un moyen léthal ?</b>
<input type="checkbox"/> Accessibilité du moyen envisagé : <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Léthalité du moyen: <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



## RESUME

**INTRODUCTION :** L'insomnie est un problème de santé publique par les comorbidités qu'elle entraîne ainsi que par les prescriptions excessives d'hypnotiques et benzodiazépines qu'elle motive. Les TCC sont le premier traitement de l'insomnie chronique selon les recommandations de la HAS. Ce travail de thèse propose d'étudier la pertinence d'un protocole de TCCI en médecine générale après formation des médecins généralistes via une vidéo diffusée sur un réseau social.

**MATERIEL ET METHODE :** La vidéo a été effectuée à l'aide du logiciel Power Point. Intégration de la vidéo dans un questionnaire Google Form avec un questionnaire pré et post vidéo. La publication de la vidéo et de son questionnaire a été réalisée sur un réseau social (Facebook) dans un groupe réservé aux médecins avec introduction du RPPS à l'admission. La vidéo comportait des rappels sur le sommeil et un protocole de TCCI en 4 séances détaillées. N'étaient inclus dans l'étude que les médecins généralistes installés ou collaborateurs, qui possèdent une patientèle régulière. Les données collectées ont été analysées sous forme de graphiques issus de tableaux dynamiques bi-variés.

**RESULTATS :** 31 médecins ont répondu, 30 répondaient aux critères d'inclusion. Tous ont apprécié la formation vidéo et son mode de diffusion. Tous les médecins ont appris des choses et 90% d'entre eux attestent être plus à l'aise lors d'une consultation d'insomnie après la vidéo. 96% d'entre eux estiment que les TCC ont leur place en médecine générale. 83% trouvent le protocole de TCCI adapté à la pratique de médecine générale. 55% veulent appliquer ce protocole en consultation.

**DISCUSSION ET CONCLUSION :** L'étude a montré quelques limites méthodologiques devant un échantillon peu représentatif et de faible puissance. L'absence de formation aux TCC, l'isolement professionnel et un nombre de consultations élevé par jour semblaient favoriser la prescription médicamenteuse aux thérapies. Le manque de temps était l'unique frein évoqué par les généralistes pour ne pas appliquer ce protocole de TCCI. Une cotation spécifique ainsi que des consultations dédiées pourraient être une alternative à cette restriction. Par ailleurs, les IDE ASALEE sont intéressées par ce protocole et souhaiteraient l'intégrer à leur cursus en vue d'une délégation de ce soin à ces IDE spécialisées dans l'éducation et la prévention.

**MOTS CLES :** insomnie, médecine générale, médecins généralistes, TCC, protocole de TCCI, formation vidéo, IDE ASALEE