

# TCC de l'insomnie en pratique libérale de ville

Exemple d'une collaboration  
entre un médecin somnologue  
et une psychologue dans le département du Tarn

Séverine BRUNE

Co-écrit avec Éric MULLENS (sauf présentation du cas clinique)

Mai 2012



## Table des matières

1. Introduction .....	4
2. Approche théorique de l'insomnie chronique .....	5
2.1 Définition, critères diagnostiques.....	5
2.2 Épidémiologie .....	6
2.3 Physiopathologie .....	7
2.3.1 Caractéristiques associées .....	9
2.4 Formes cliniques .....	9
2.4.1 Insomnie psychophysiologique .....	10
2.4.2 Autres types d'insomnie.....	10
2.5 Traitements.....	12
3. La Thérapie Cognitivo-Comportementale de l'insomnie (TCC-I).....	13
3.1 Recommandations selon l'American Academy of Sleep Medicine (7) .....	13
3.1.1 Standard.....	13
3.1.2 Guideline .....	14
3.1.3 Il n'y a pas suffisamment d'évidence.....	14
3.2 Les règles d'hygiène du sommeil.....	15
3.3 Restriction du temps au lit.....	15
3.4 Thérapie par contrôle du stimulus.....	16
3.5 Thérapie cognitive.....	16
3.6 L'intention paradoxale .....	17
3.7 La désensibilisation systématique .....	17
3.8 Relaxation.....	17
3.8.1 La relaxation musculaire de Jacobson.....	18
3.8.2 Le training autogène de Schultz .....	18
3.8.3 Le biofeedback .....	18
4. Mise en place de la TCC-I de groupe en cabinet de ville à Castres .....	19
4.1 Historique .....	19
4.2 La consultation diagnostique et la séance d'information .....	20
4.2.1 La consultation diagnostique.....	20
4.2.2 La séance d'information.....	21
4.2.3 L'agenda du sommeil.....	21

4.3	Les ateliers de groupe TCC-I .....	22
4.3.1	Séance 1 : la restriction du sommeil.....	22
4.3.2	Séance 2 : le contrôle du stimulus.....	24
4.3.3	Séance 3 : Gérer ses pensées anxieuses.....	25
4.4	L'évaluation et le suivi.....	26
4.4.1	Consultation de bilan.....	26
4.4.2	Séances de suivi (en individuel ou en groupe) optionnelles .....	26
4.4.3	Ateliers « stress et anxiété » et « relaxation » .....	27
4.4.4	Suivi des échelles et des indicateurs du sommeil.....	27
4.5	Description et résultats des 2 premiers groupes de TCC-I.....	28
4.5.1	Caractéristiques générales des groupes .....	28
4.5.2	Description des patients et de leurs objectifs .....	29
4.5.3	Résultats au regard des objectifs .....	30
4.6	Analyse des résultats .....	38
4.6.1	Points positifs .....	38
4.6.2	Problèmes rencontrés .....	40
5.	Présentation détaillé d'un patient du groupe par Séverine Brune .....	41
5.1	Biographie de Marie.....	41
5.2	Histoire de son insomnie .....	41
5.3	Diagnostic.....	43
5.4	Analyse fonctionnelle.....	44
5.5	Méthodes d'évaluations utilisées.....	49
5.6	Déroulement des séances.....	51
5.7	Résultats et Discussion.....	57
6.	Conclusion.....	60
7.	Bibliographie.....	61
8.	Annexes.....	63

## **1. Introduction**

Les troubles du sommeil sont nombreux. La classification internationale des troubles du sommeil distingue l'insomnie, les troubles respiratoires du sommeil, les hypersomnies d'origine centrale, les troubles circadiens, les parasomnies, les mouvements et les troubles psychiatriques et comportementaux. (1)

L'insomnie est le trouble le plus fréquent, elle préoccupe environ 30% des adultes et 10% sous forme chronique. Elle peut être sévère et avoir des répercussions sérieuses sur la santé, la qualité de vie et sur le plan familial, social et professionnel. Elle est méconnue des médecins et du grand public et il est regrettable qu'elle ne soit pas suffisamment enseignée et par conséquent sous diagnostiquée et sous-traitée. (2)

Parmi les personnes souffrant d'insomnie chronique s'accompagnant d'un retentissement diurne, moins d'un tiers (27,5 %) déclarent avoir déjà consulté un médecin pour ces troubles. Alors qu'il est déconseillé d'avoir recours aux hypnotiques et anxiolytiques après la phase aiguë, une personne sur cinq (22 %) prend de façon habituelle des médicaments pour dormir (3).

Le traitement de l'insomnie repose aujourd'hui sur deux approches thérapeutiques validées : la prescription de certains hypnotiques et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

La TCC de l'Insomnie (TCC-I) est une intervention non pharmacologique actuellement bien codifiée et qui a déjà largement prouvée son efficacité. En première intention, elle peut souvent suffire à résoudre le problème (2) et devient l'approche non pharmacologique de choix pour le traitement de l'insomnie primaire chronique.

Cependant, malgré ce constat, il existe peu de thérapeutes formés aux TCC-I en France et les rares médecins du sommeil ont souvent peu de temps à consacrer à ces thérapies.

Devant cette problématique, le Docteur Eric Mullens, qui pratique la médecine du sommeil en libéral à Castres, a souhaité envisager une collaboration avec Séverine Brune, psychologue formée au TCC-I afin d'en appréhender la réelle faisabilité en termes organisationnels et financiers au regard des résultats objectifs obtenus pour les patients.

Ce mémoire a pour objectifs de vous exposer le contenu et les résultats de cette mise en place après avoir décrit le cadre théorique des TCC de l'insomnie en première partie.

Dans un deuxième temps, nous présentons le suivi détaillé d'un des patients du premier groupe de TTC-I.

Enfin, nous discuterons du bilan de cette mise en place en dégageant les points positifs, les difficultés rencontrées et les axes de développement envisagés.

## 2. Approche théorique de l'insomnie chronique

### 2.1 Définition, critères diagnostiques

L'insomnie est décrite dans toutes les nosologies : DSM-IV, ICSD2 (1), CIM-10 et DSM-V (en préparation). En voici les principales caractéristiques :

Critères minimaux de l'insomnie selon les nosologies principales		
DSM-IV-TR (APA, 2000)	ICSD-2 (AASM, 2005)	CIM-10 (OMS, 1992)
<p>Plainte d'une difficulté d'initiation du sommeil ou d'un sommeil non réparateur, pour une durée d'au moins 1 mois.</p> <p>La perturbation du sommeil (ou la fatigue qui lui est associée) cause une détresse cliniquement significative qui nuit au fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie.</p>	<p>Plainte d'une difficulté d'initiation ou de maintien du sommeil ou d'un éveil trop précoce, ou d'un sommeil non réparateur ou de mauvaise qualité</p> <p>La perturbation du sommeil survient malgré une opportunité et des circonstances du sommeil adéquates</p> <p>Au moins une des manifestations négatives suivantes est rapportée par le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatigue ou malaise</li> <li>- Trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire</li> <li>- Dysfonctionnement social ou professionnel ou mauvaises performances scolaires</li> <li>- Trouble de l'humeur ou irritabilité</li> <li>- Somnolence diurne</li> <li>- Diminution de la motivation, de l'énergie ou de l'initiative</li> <li>- Propension aux erreurs ou aux accidents du travail ou au volant</li> <li>- Tension, céphalées, symptômes gastro-intestinaux en réponse au manque de sommeil</li> <li>- Soucis ou inquiétudes au sujet du sommeil</li> </ul>	<p>Plainte d'une difficulté d'initiation ou de maintien du sommeil ou d'un sommeil de mauvaise qualité</p> <p>La perturbation du sommeil survient au moins 3 jours par semaine depuis au moins 1 mois</p> <p>Préoccupation par le manque de sommeil et souci excessif concernant ses conséquences durant la nuit et le jour</p> <p>La quantité et/ou la qualité causent une détresse marquée ou interfèrent avec le fonctionnement social ou professionnel</p>

Trouble d'insomnie (DSM-V) – APA, 2010, en préparation
<p>A. La plainte principale est une insatisfaction concernant la quantité et la qualité du sommeil. Chez une personne âgée ayant un trouble cognitif ou chez l'enfant, la plainte peut être formulée par un aidant ou un autre membre de la famille.</p>
<p>B. Rapport subjectif d'un ou plusieurs des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté à initier le sommeil ; chez l'enfant, ce symptôme peut se manifester par une difficulté à s'endormir sans la présence d'un parent.</li> <li>• Difficulté à maintenir le sommeil, caractérisée par des éveils fréquents ou problème à se rendormir après un éveil nocturne ; chez l'enfant, il s'agit d'un problème à se rendormir sans la présence d'un parent</li> <li>• Réveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir</li> <li>• Sommeil non réparateur</li> <li>• Résistance à aller se coucher (enfant)</li> </ul>
<p>C. La plainte de sommeil est accompagnée d'une détresse importante ou d'une perturbation du fonctionnement diurne avec la présence d'au moins un des symptômes suivants :</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue ou manque d'énergie</li> <li>• Somnolence diurne</li> <li>• Difficultés cognitives (ex. : attention, concentration, mémoire)</li> <li>• Perturbation de l'humeur (ex. : irritabilité, dysphorie)</li> <li>• Problèmes comportementaux (ex. : hyperactivité, impulsivité, agressivité)</li> <li>• Problème occupationnel ou académique</li> <li>• Problème interpersonnel ou social</li> <li>• Impact négatif sur l'aidant naturel ou sur le fonctionnement familial (ex. : fatigue, somnolence)</li> </ul>
D. L'insomnie est présente au moins 3 nuits par semaine
E. L'insomnie est présente au moins pour une durée de 3 mois
F. Les difficultés de sommeil sont présentes en dépit de circonstances adéquates pour dormir
Durée 1. Insomnie aiguë (<1 mois) 2. Insomnie sous-chronique (1-3 mois) 3. Insomnie chronique (>3 mois)  Conditions comorbides : - Trouble psychiatrique (préciser) - Trouble médical (préciser) - Autre trouble (préciser)

## 2.2 Épidémiologie

Les estimations de la prévalence doivent être interprétées avec prudence, car elles varient considérablement d'une étude à l'autre, principalement en raison de la grande hétérogénéité des méthodes utilisées.

Études récentes (4) : 1/3 de la population générale et pour 9 à 12% de la population ces troubles sont réguliers avec des conséquences négatives sur le fonctionnement diurne. Par exemple dans l'enquête réalisée dans le département du Tarn en 1994 : plainte de quantité insuffisante de sommeil : 11,3 %, de mauvaise qualité de sommeil : 7.3% ou des 2 : 13%. Soit 31,62 % de la population. (5). Si l'on applique rigoureusement les critères diagnostiques du DSM-1V : 6% de la population générale.

L'insomnie :

- Représente 84% des cas de troubles du sommeil,
- Augmente avec l'âge.
- Est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Par exemple : 24.31 % des femmes disent mal dormir pour 17.59 % des hommes et 26.8 % des femmes pensent ne pas dormir suffisamment contre 22.64 % des hommes. (5)
- Est plus élevée chez les apparentés de sujets insomniaques. Insomnie chronique : 10 – 15 % de la population.
- Est un facteur de risque pour les troubles psychiatriques : le risque de dépression est multiplié par un facteur de 39.8, celui de l'anxiété par un facteur 6.3 et de consommation d'alcool par un facteur 2.4. Le risque d'accident est multiplié par 4 : accidents de la circulation x 2.5 et du travail x 1.5.

7 à 10% utilisent une médication prescrite pour promouvoir le sommeil (Tarn : chaque jour : 6.7 %, quelques fois : 12.2 %).

Dans le Tarn, nous avons noté une prévalence plus importante de l'insomnie en relation avec le travail à horaires atypiques : 37.8 % de ceux qui travaillent en rythme 3\*8 pensent ne pas bien dormir (5)

### 2.3 Physiopathologie

Les mécanismes ne sont pas élucidés à l'heure actuelle. Ils reposent sur plusieurs hypothèses :

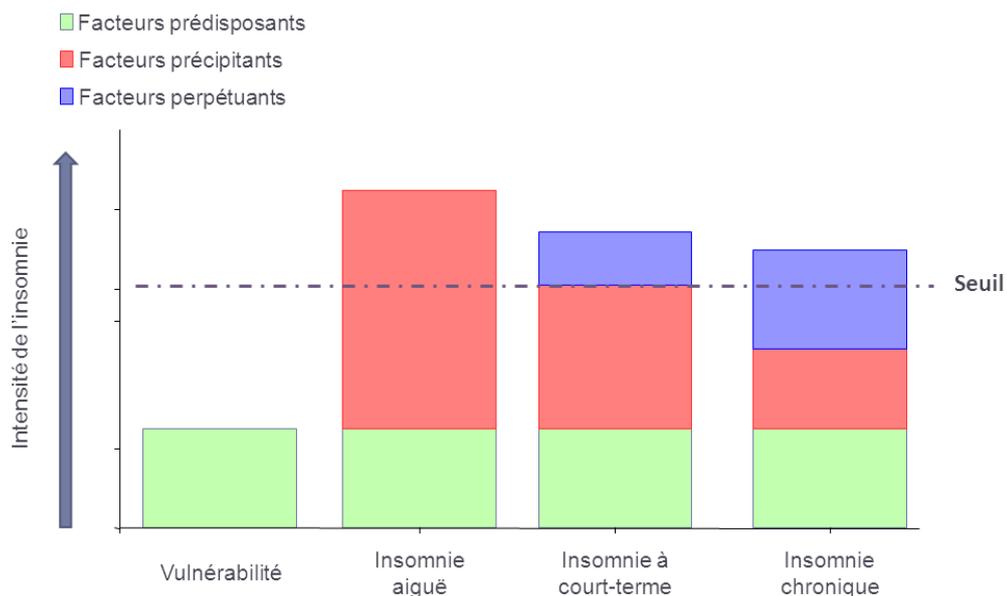
- dérèglement du système veille-sommeil,
- dérèglement des oscillateurs circadiens,
- hyperactivation du système nerveux central (SNC).

De nombreux modèles ont été proposés et la plupart reconnaissent une intrication entre des facteurs biologiques et psychologiques.

Nous présentons ici, sous forme synthétique, le modèle le plus classique, celui de Spielman et al. (6)

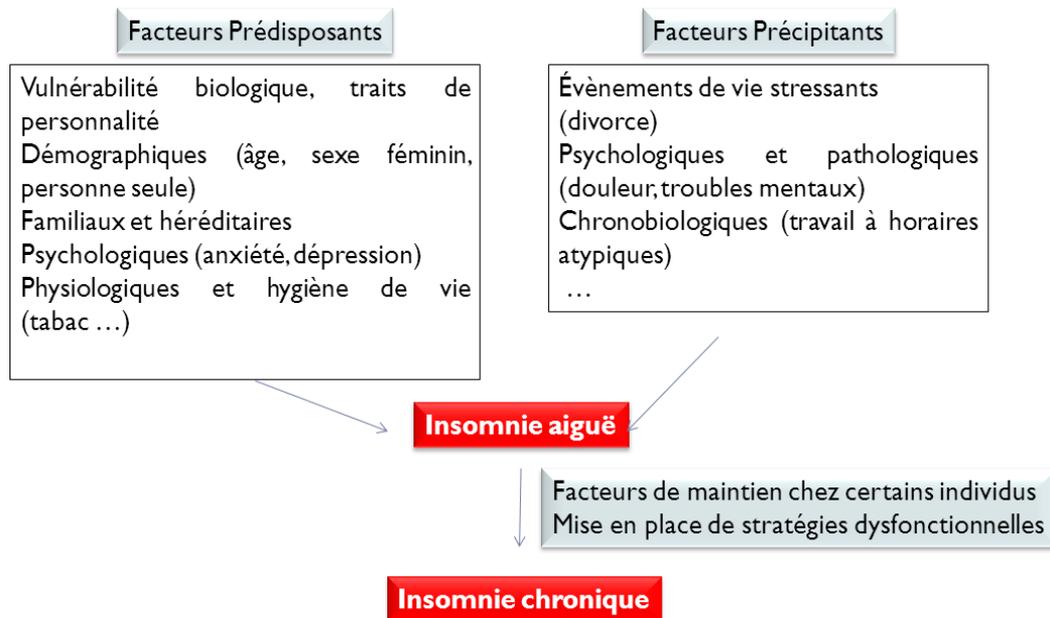
## L'histoire naturelle de l'insomnie

Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB, A behavioral perspective on insomnia treatment. Psychiatr Clin North Am 1987; 10 : 541-54



L'interaction entre des facteurs prédisposant : vulnérabilité biologique, traits de personnalité et précipitant : évènements de vie stressants, sont à l'origine d'une insomnie aiguë.

Chez certains individus probablement plus vulnérables, la mise en place de stratégies dysfonctionnelles pour tenter de récupérer le sommeil et composer avec les conséquences du manque de sommeil agirait comme renforçateur ou facteur d'entretien ou de maintien, développant une insomnie chronique.



La suractivation physiologique, cognitive, émotionnelle et les croyances dysfonctionnelles entraînent une incapacité à contrôler les pensées au moment d'aller au lit et/ou durant les éveils nocturnes.

**Suractivation physiologique** : augmentation de la fréquence cardiaque, de la température corporelle, vasoconstriction périphérique, diminution de la sécrétion de mélatonine hyperactivation du SNC : diminution du stade N3, augmentation du N1 et N2, fragmentation par des éveils et micro-éveils, augmentation des changements de cycles, fréquences EEG rapides (bêta) au moment de l'endormissement.

**Suractivation cognitive** : incapacité à contrôler ses pensées au moment d'aller au lit et/ou lors des éveils nocturnes avec tracas, inquiétudes, ruminations, pensées intrusives, tendance à planifier au lit.

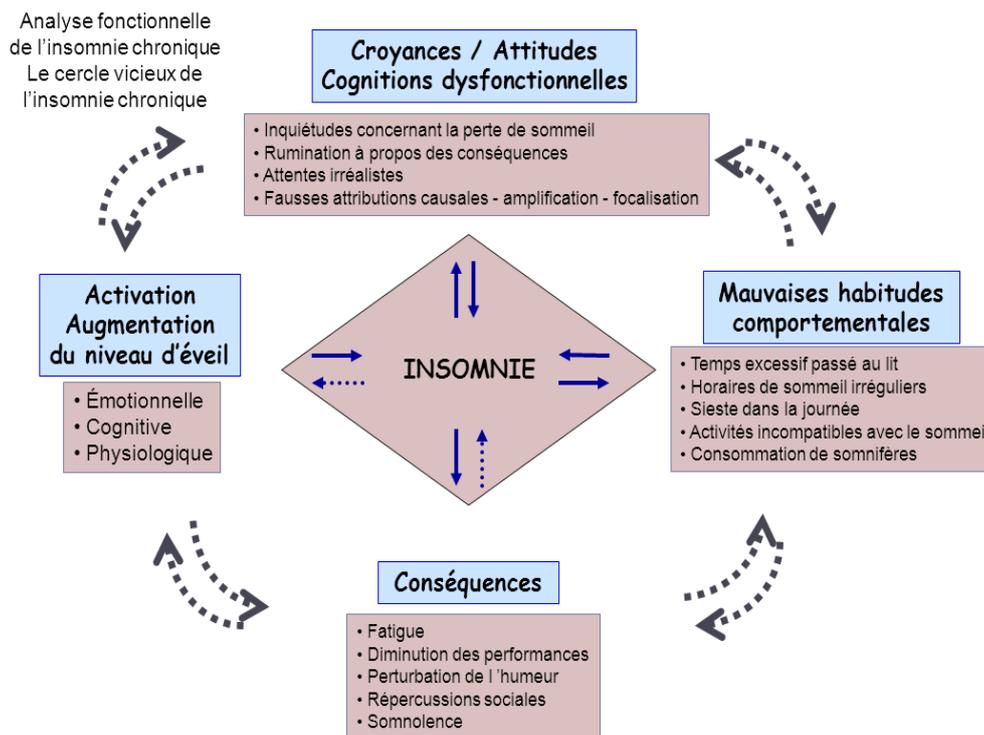
La **suractivation émotionnelle** provoque la difficulté à s'endormir au coucher et/ou lors des réveils nocturnes.

Des **facteurs** vont participer au **maintien** de cette suractivation :

- Rôle important des facteurs cognitifs et comportementaux : catastrophisme, rumination excessive, attention sélective à certains stimuli évoquant le sommeil et l'insomnie.
- Entretien de croyances dysfonctionnelles par rapport au sommeil et aux conséquences de l'insomnie.

L'insomnie sera d'autant plus chronique si le sujet interprète cela comme une perte de contrôle de son sommeil qui menace son intégrité et devient un danger qui majore l'attention qu'il porte à son sommeil et aux conséquences diurnes du manque de sommeil.

Il y a une mise en place de stratégies inadéquates pour récupérer le sommeil qui affaiblissent la pression homéostatique du sommeil : Augmenter le temps passé au lit, aller au lit plus tôt en soirée, prendre des médicaments psychotropes, faire de longues siestes dans la journée ...



### 2.3.1 Caractéristiques associées

**Fatigue** : à la fois mentale et physique, mais paradoxalement il n'y a pas de somnolence diurne objectivée par des tests en laboratoire de sommeil, probablement en raison d'un état de suractivation qui est responsable de l'insomnie, mais aussi de l'incapacité à faire une sieste dans la journée. Il faut donc distinguer la plainte de fatigue mentale et physique de celle de la somnolence plutôt en relation avec des insomnies « organiques » : apnées, douleur chronique...

**Difficultés cognitives** : concentration, mémoire, attention. Mais il y a souvent une discordance entre les évaluations subjectives (agenda de sommeil) et objectives (Polysomnographie).

**L'anxiété et la dépression** sont souvent associées, fréquemment peu sévère et sont plutôt la conséquence du mauvais sommeil que la cause.

**Personnalité** : névrotisme plus élevé, inhibition émotionnelle accrue, difficulté à extérioriser la colère, tempérament anxieux et dépressif.

## 2.4 Formes cliniques

Le DSM-IV (et DSM-V) n'individualisent qu'une seule forme d'insomnie primaire alors que l'ISCD-2 en distingue 3 sous-types :

- Insomnie psychophysiologique
- Insomnie paradoxale
- Insomnie idiopathique

### 2.4.1 Insomnie psychophysiologique

Il s'agit de la forme la plus typique et la plus fréquente de l'insomnie primaire. Elle occupe 20% des consultations spécialisées en centres de sommeil.

Elle est particulièrement redevable d'un traitement par TCC-I.

Voici le résumé de ses caractéristiques (1) :

<b>Insomnie psychophysiologique – ICSD-2 (AASM, 2005)</b>
A. Le patient présente les critères de l'insomnie
B. L'insomnie est présente depuis au moins 1 mois
C. le patient présente des difficultés conditionnées pour s'endormir et/ou des éveils augmentés au lit avec un ou plusieurs des signes suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>i. Une focalisation excessive et une anxiété élevée concernant le sommeil</li><li>ii. Une difficulté pour s'endormir dans son lit au moment désiré ou lors de siestes planifiées, mais l'absence de difficultés pour s'endormir au cours d'autres activités monotones lorsque l'on ne cherche pas à dormir</li><li>iii. Une facilité à mieux dormir ailleurs que chez soi</li><li>iv. Un éveil dans son lit caractérisé par des pensées ou une incapacité pour arrêter ces pensées</li><li>v. Une tension somatisée dans le lit marquée par une incapacité à se relaxer pour permettre la survenue du sommeil</li></ul>
D. La perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble du sommeil, médical, neurologique, mental, médicament ou abus de substance.

### 2.4.2 Autres types d'insomnie

Nous les résumons sous forme d'un tableau.

Les TCC-I sont là aussi indiquées.

<b>Classification des insomnies. ICSD-2 - American Academy of Sleep Medicine, 2005</b>		
Type d'insomnie		
D'ajustement (aiguë)	< 3 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aigüe et transitoire</li> <li>• Associée à un facteur stressant psychologique, environnemental, physique ou psychosocial</li> <li>• Doit cesser avec l'éviction du facteur causal ou si le patient s'adapte au facteur stressant</li> </ul>
Psychophysiologique	> 1 mois	<p>Présence d'un conditionnement avec identification d'un facteur s'opposant à l'endormissement ou induisant un état d'hyperéveil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angoisse de performance pour le sommeil</li> <li>• Incapacité à s'endormir à un horaire planifié mais sans difficultés au cours des situations monotones</li> <li>• Qualité du sommeil améliorée en dehors de la maison</li> <li>• Activité mentale exacerbée au lit</li> <li>• Tension somatique excessive</li> </ul>
Paradoxe	> 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnie chronique avec quelques nuits normales</li> <li>• L'agenda de sommeil met en évidence une insomnie très sévère avec des nuits sans sommeil et paradoxalement une absence de siestes</li> <li>• La patient rapporte un éveil le plus fréquemment induit par des stimuli environnementaux, des pensées intrusives ...</li> <li>• Dysfonctionnement diurne plus modéré que ne le voudrait l'importance de la privation de sommeil</li> </ul>
Idiopathique	Depuis l'enfance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Début de l'insomnie dans l'enfance</li> <li>• Absence de facteur causal identifié</li> <li>• Absence de période de rémission</li> </ul>
Secondaire à une maladie mentale	> 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologie mentale diagnostiquée</li> <li>• L'insomnie peut éventuellement précéder de quelques jours ou semaines l'émergence de la pathologie mentale</li> </ul>
Mauvaise hygiène veille-sommeil	> 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mauvais planning de sommeil : heures de coucher et lever variables, temps passé au lit excessif, siestes ...</li> <li>• Abus d'alcool, nicotine, caféine proche de la période de sommeil</li> <li>• Activités mentales, physiques</li> </ul>
Secondaire à une drogue ou à une substance	> 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abus ou dépendance à une drogue ou à une substance de nature à favoriser la fragmentation du sommeil au cours de la période d'intoxication ou de sevrage</li> <li>• Utilisation d'un médicament ou consommation d'aliments pouvant induire une fragmentation du sommeil chez des individus susceptibles</li> <li>• L'insomnie est associée à la période d'utilisation, d'intoxication ou de sevrage.</li> </ul>
Secondaire à une affection médicale	> 1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une pathologie médicale associée est responsable de la fragmentation du sommeil</li> <li>• La pathologie médicale est directement responsable de l'insomnie. Elle a débutée conjointement à la maladie et fluctue avec celle-ci.</li> </ul>

## 2.5 Traitements

Il convient de traiter la cause sous-jacente (comorbidités), par exemple douleur chronique, dépression, etc.

Les traitements pharmacologiques dont nous disposons sont les suivants :

- Les **hypnotiques benzodiazépiniques** (BDZ) et les agonistes des récepteurs benzodiazépiniques. Effet positifs : endormissement rapide, réduction du nombre et de la durée des éveils nocturnes. Effets négatifs : Perturbation de l'architecture du sommeil : surtout réduction du stade N3, effets résiduels diurnes : somnolence, diminution des performances, troubles cognitifs (mémoire), risque de tolérance et de dépendance, insomnie de rebond à l'arrêt, majoration des apnées du sommeil. Ces effets sont majorés chez le sujet âgé.
- Les **antidépresseurs** surtout sédatifs. Mais il y a peu d'études sur leur efficacité et ils ne sont pas recommandés en première intention pour l'insomnie primaire.
- Les **antihistaminiques** ont des effets résiduels importants : Somnolence, sédation, effets anticholinergiques, effets sur les fonctions cognitives. Leurs effets thérapeutiques sont très limités sur l'insomnie chronique.
- La **mélatonine** a des effets à long terme peu connus. Le CIRCADIN<sup>®</sup> est proposé en France pour l'insomnie primaire du sujet âgé de plus de 50 ans.

### **3. La Thérapie Cognitivo-Comportementale de l'insomnie (TCC-I)**

Le plus souvent il s'agit d'une prise en charge combinée à 3 composantes :

1. Éducative : hygiène du sommeil.
2. Comportementale : contrôle du stimulus, restriction du sommeil.
3. Cognitive : thérapie cognitive.

#### **Historique :**

- 1939 : apprentissage de l'hygiène de sommeil.
- Années 70 (Borkovec et al.) : utilisation des techniques de relaxation et d'hygiène veille-sommeil.
- 1972 (Bootzin) : contrôle du stimulus.
- 1983 (Spielman et al.) : la restriction du sommeil, un nouveau traitement de l'insomnie.

#### **Objectifs :**

- Promouvoir une bonne hygiène de sommeil.
- Réduire l'activation physiologique et cognitive au coucher.
- Éliminer certaines habitudes contraires au sommeil.
- Corriger les conceptions erronées par rapport au sommeil et aux conséquences de l'insomnie.
- La TCC-I est plutôt une thérapie brève, mais le choix des techniques et la durée vont dépendre des données de l'analyse fonctionnelle.

#### **Efficacité :**

Les méta-analyses et revues de la littérature montrent une efficacité des TCC-I sur :

- La latence d'endormissement.
- La veille intra sommeil.
- La durée totale du sommeil.
- La qualité du sommeil.
- Les données indiquent un effet bénéfique de la TCC-I chez 70 à 80 % des patients insomniaques, avec un léger avantage de la TCC-I > BDZ pour le délai d'endormissement et la qualité du sommeil et BDZ > TCC-I pour la durée totale du sommeil.

### **3.1 Recommandations selon l'American Academy of Sleep Medicine (7)**

#### **3.1.1 Standard**

- Les prises en charge psychologiques et comportementales sont efficaces et recommandées dans le traitement de l'insomnie primaire.
- Les prises en charge psychologiques et comportementales sont efficaces et recommandées dans le traitement de l'insomnie secondaire.

- Le traitement par contrôle du stimulus est efficace et recommandé dans le traitement de l'insomnie chronique.
- La relaxation est efficace et recommandée dans le traitement de l'insomnie chronique.
- La thérapie comportementale et cognitive, avec ou sans la relaxation, est efficace et recommandée dans le traitement de l'insomnie chronique.
- Les traitements psychologiques ou comportementaux sont efficaces et recommandés dans le traitement de l'insomnie des adultes.
- Les traitements psychologiques ou comportementaux sont efficaces et recommandés dans le traitement de l'insomnie chez les personnes dépendantes aux hypnotiques.

### **3.1.2 Guideline**

- La restriction du sommeil est efficace et recommandée dans le traitement de l'insomnie chronique.
- La thérapie à composante multiple (sans la thérapie cognitive) est efficace et recommandée dans le traitement de l'insomnie chronique.
- L'intention paradoxale est efficace et recommandée dans le traitement de l'insomnie chronique.
- Le biofeedback est efficace et recommandé dans le traitement de l'insomnie chronique.

### **3.1.3 Il n'y a pas suffisamment d'évidence**

- Pour que l'éducation d'hygiène du sommeil soit une option en tant que thérapie isolée. Même si ce traitement est efficace lorsqu'il est ajouté aux autres approches.
- Pour que la visualisation mentale soit une option en tant que thérapie isolée. Même si ce traitement est efficace lorsqu'il est ajouté aux autres approches.
- Pour que la thérapie cognitive soit recommandée comme seul traitement.
- Pour recommander un traitement isolé par rapport à un autre, ou pour recommander un traitement isolé versus l'association de traitements psychologiques ou comportementaux.

### **Décrivons maintenant les différentes composantes des TCC-I :**

- Les règles d'hygiène de sommeil
- La restriction du sommeil
- Le contrôle du stimulus
- La thérapie cognitive
- L'intention paradoxale
- La désensibilisation systématique
- La relaxation

### **3.2 Les règles d'hygiène du sommeil**

Ces mesures visent à corriger un ensemble de comportements ou de situations qui sont non compatibles avec un bon sommeil et une bonne vigilance et conduisent à un affaiblissement de la régulation du système veille-sommeil et à une augmentation du niveau d'éveil.

Elles sont résumées de la façon suivante :

- Dans la journée, sortez au grand air et à la lumière avec 30 minutes d'activité physique même modérée tous les jours. 20 minutes de marche en fin d'après-midi favorisent l'endormissement et augmentent la quantité de sommeil profond.
- Évitez de pratiquer un sport ainsi que toute activité très stimulante au moins 1 h 30 avant d'aller se coucher.
- Évitez le café, le thé ou les sodas à base de caféine à partir de 17 heures (thé, café). Ne consommez pas de tabac et de drogues.
- Dînez léger au moins 1h30 avant le coucher. Évitez le vin, l'alcool, les viandes rouges, plats en sauces.
- Pas de douche très chaude ou un bain chaud avant le coucher.
- Réservez 30 minutes de calme et de détente avant l'heure du coucher. Pratiquez la relaxation.
- Dans la chambre, il fait ni trop chaud, ni trop froid, c'est-à-dire entre 16° et 19°C.
- Développer une routine, un rituel de coucher régulier avant d'aller au lit.
- Faites en sorte que votre chambre soit tranquille et obscure.
- Gardez votre chambre ordonnée, propre et aérée, choisissez un matelas confortable.

### **3.3 Restriction du temps au lit**

De nombreux insomniaques pensent améliorer leur sommeil en augmentant le temps passé au lit. Mais une augmentation du temps passé au lit va fragmenter et alléger le sommeil avec comme conséquence une perpétuation de l'insomnie.

L'objectif de cette technique est de restreindre le temps passé au lit au temps dormi de façon à augmenter l'efficacité du sommeil, c'est-à-dire le rapport entre le temps passé au lit sur le temps dormi. Spielman et al. (8) ont montré une augmentation du temps de sommeil total, une réduction de la latence d'endormissement, une diminution des éveils intra sommeil et donc une amélioration de l'efficacité du sommeil.

En pratique elle consiste à restreindre le temps passé au lit au plus près possible du temps réellement dormi, puis d'augmenter progressivement la fenêtre de sommeil (de 15mn) en restant à une efficacité du sommeil de 85%. En général il est préconisé de maintenir fixe l'heure du lever et modifier l'heure du coucher. Il faut suivre les progrès par un agenda de sommeil.

Cette technique a non seulement un impact comportemental (action sur une stratégie d'adaptation inadaptée) mais aussi sur les mécanismes homéostatiques de régulation du sommeil avec comme résultat une augmentation de la pression du sommeil et donc un endormissement plus rapide, un sommeil plus profond et moins fractionné (9).

Cette recommandation est généralement combinée avec le contrôle du stimulus.

### **3.4 Thérapie par contrôle du stimulus**

Elle fait référence aux bases théoriques du conditionnement classique avec développement d'une association négative entre l'environnement de sommeil et une activation du niveau d'éveil. Cette technique vise à recréer l'association entre les stimuli temporeux et environnementaux et un endormissement rapide.

Le contrôle est atteint par un travail de contre conditionnement (conditionnement opérant) qui permet au stimulus « chambre à coucher » de redevenir un signal pour le sommeil (9).

#### **Les consignes :**

- Réserver au moins une heure de détente avant le coucher.
- Allez au lit uniquement lorsque vous avez sommeil.
- Si vous ne vous endormez pas ou ne vous rendormez pas dans les 15 à 20 minutes, levez-vous et faites une activité tranquille dans une autre pièce et retournez au lit uniquement lorsque vous avez sommeil.
- Levez-vous à la même heure tous les jours, peu importe la quantité de sommeil obtenue.
- N'utilisez pas votre lit autrement que pour dormir: pas de lecture ni de télévision ou de grignotage, ne pas se tracasser. l'activité sexuelle est la seule exception à la règle.
- Ne regardez plus le réveil pendant la nuit.
- Évitez la longue sieste au lit, mais ne négligez pas un court moment de repos et de détente en début d'après-midi (10).

### **3.5 Thérapie cognitive**

La restructuration cognitive repose sur les travaux de Beck. Elle consiste à identifier les croyances et les pensées dysfonctionnelles en rapport au sommeil et les remplacer par des croyances et pensées plus nuancées. Le modèle de Beck repose sur :

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

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

Elle utilise des questionnaires dont celui des croyances et attitudes envers le sommeil (11) qui distingue 4 types de croyances :

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

En 2002, une étude de Harvey (22) montre l'impact de la thérapie cognitive en terme de réduction de l'éveil mais il y a encore peu d'études concernant l'insomnie chronique.

Les sujets âgés peuvent se référer à la vidéo d'une pièce de théâtre qui résume les TCC-I de base et constitue un excellent outil d'éducation à la santé. (12)

### **3.6 L'intention paradoxale**

Cette technique est une forme de restructuration cognitive qui consiste à susciter une injonction paradoxale face à son comportement le plus redouté c'est à dire rester éveillé au lieu d'essayer de dormir.

L'objectif est de réduire l'anxiété de performance face à l'endormissement en détournant l'attention afin de désamorcer la crainte de dormir.

Plusieurs études ont montré que cette technique est efficace pour l'insomnie d'endormissement mais pas autant que le contrôle du stimulus ou la restriction du sommeil.

### **3.7 La désensibilisation systématique**

Le postulat de base repose sur le fait que la situation de coucher est devenue un stimulus aversif provoquant une tension incompatible avec l'endormissement.

Cette technique utilise la relaxation afin de recréer par visualisation l'association coucher-détente. Le patient visualise la situation de coucher et peu à peu, grâce à la relaxation, l'anxiété du coucher diminue. Le coucher est ici identifié comme un « objet phobique ».

Cette technique n'a pas été validée comme suffisamment efficace en monothérapie (13)

### **3.8 Relaxation**

Cette technique vise à réduire la tension liée à l'anxiété du coucher en apprenant au patient à associer coucher et détente.

Elle permet :

- D'abaisser l'état d'hyperéveil.
- De contrôler les tensions engendrées par le stress et l'anxiété (tensions physiques et psychiques, contrôle émotionnel, contrôle respiratoire).
- D'améliorer la qualité du sommeil lent profond et le sentiment de repos.

Le contrôle de la respiration est un élément important dans l'application de cette pratique.

Morin confirme dans ses études l'efficacité des techniques de relaxation avec une supériorité de la relaxation « cognitive » versus relaxation « somatique » (14).

L'application des techniques de relaxation de manière pluriquotidienne permet d'abaisser l'état d'hyper éveil et de contrôler ses tensions physiques et psychiques selon les études de Gustafson et al (9).

Il existe plusieurs techniques :

### **3.8.1 La relaxation musculaire de Jacobson**

L'objectif est d'obtenir la relaxation musculaire par une succession d'exercices de contraction et de relâchement de différents groupes musculaires.

Elle permet à l'insomniaque d'identifier ses signes de tension par sa connaissance des signes de détente.

Les bienfaits se retrouvent surtout au niveau de la qualité du sommeil (15)

### **3.8.2 Le training autogène de Schultz**

L'objectif de cette technique est d'induire une détente physique par le mécanisme de l'imagerie mentale (sensation de lourdeur, de chaleur...). Les contractions et détentes musculaires sont donc remplacées par des images attribuées à différentes parties du corps.

Cela permet de réduire les préoccupations mentales liées au sommeil et de diminuer ainsi les pensées intrusives néfastes à l'endormissement.

Cette détente mentale se généraliserait au niveau somatique.

### **3.8.3 Le biofeedback**

Il permet de mieux contrôler son état de tension musculaire et psychique par un processus de rétroaction biologique. Cette technique repose sur l'application du conditionnement opérant pour l'apprentissage du contrôle des fonctions autonomes.

## **4. Mise en place de la TCC-I de groupe en cabinet de ville à Castres**

### **4.1 Historique**

- Octobre 2010 : **Rencontre** d'Éric Mullens (EM), médecin somnologue libéral, et de Séverine Brune (SB), psychologue, au D.U. «Thérapie Comportementale et Cognitive » à Toulouse.
- Mars 2011 : Le médecin, dont l'activité de somnologue ne lui laisse pas assez de temps à consacrer à des TCC-I, recherche une psychologue qui soit formée au TCC et propose une **collaboration** à SB.
- Juillet 2011 : SB se forme sur le terrain et assiste aux consultations d'insomnie de EM à son cabinet de Castres. Il en résulte un **projet d'ateliers de groupe TCC-I** avec création d'une première plaquette d'information, centrée sur 5 séances et destinée aux patients et aux médecins généralistes.
- Août 2011 : SB poursuit sa **formation sur le sommeil** par la lecture d'ouvrages. Elle contacte des équipes qui ont une pratique de groupes de TCC-I, notamment l'unité de sommeil du CHU de Lille et les psychologues du réseau morphée à Paris (16).
- Septembre 2011 : **Structuration des séances** et décision de diminuer à 4 le nombre de séances et d'y associer une approche individualisée.
- SB assiste à une formation d'un groupe de médecins du travail à Toulouse, intitulée *de la physiologie du sommeil à la gestion des horaires atypiques*. Cette formation animée par EM, décrit les TCC-I de l'insomnie en relation avec la problématique des horaires postés.
- Octobre 2011 : Décision de proposer une **réunion d'information gratuite préalable**. Structuration du contenu et des supports. Rencontre avec les responsables du **réseau Tarnais de médecine générale** pour leur présenter ce projet, notamment Marc Vidal, professeur de médecine générale et Marguerite Bayart, médecin généraliste, responsable d'un réseau de formation.
- Novembre et décembre 2011 : structuration des séances de TCC-I, conception de supports (patients et thérapeute) et de diaporamas.
- Janvier 2012 : SB commence sa collaboration hebdomadaire avec EM, le lundi. Début des réunions d'information et des rendez-vous individuels.
- 30 janvier 2012 au 19 mars 2012 : **1er groupe** de TCC-I constitué de 4 personnes.
- 3 Mars 2012 : **Conférence** de EM et SB à la 2ème journée Tarnaise de Médecine Générale, intitulée *Prise en charge de l'insomnie chronique*.
- Décision d'ateliers de TCC-I de trois séances, création de deux séances de TCC optionnelles et modification de la plaquette d'information.
- 26 Mars au 23 avril 2012 : **2e groupe de TCC-I** avec 4 personnes.

À l'heure actuelle, nous organisons la prise en charge en trois étapes de la façon suivante :

Étape n°	Quoi ?	Qui ?
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic : entretien médical</li> <li>• Information gratuite</li> </ul>	EM SB
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement par les 3 séances de TCC-I</li> </ul>	SB
3	Suivi et évaluation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation de suivi</li> <li>• Séances de suivi TCC-I optionnelles</li> <li>• Ateliers optionnels               <ul style="list-style-type: none"> <li>- stress et anxiété</li> <li>- relaxation.</li> </ul> </li> </ul>	EM SB SB
	Suivi des indicateurs et des échelles	Envoi de questionnaires

## 4.2 La consultation diagnostique et la séance d'information

### 4.2.1 La consultation diagnostique

Le médecin référant adresse un patient au médecin somnologue dans le cadre du parcours de soin. Tout type de patients, de tout âge, même des bébés, sont susceptibles d'avoir une consultation, ce qui rend les motifs de consultations extrêmement variés. Le médecin du sommeil réalise un entretien médical diagnostique, souvent long, pour identifier les différentes composantes de l'insomnie selon les critères ICSD2 (1). Il faut en effet bien considérer qu'un patient peut généralement présenter plusieurs composantes à son insomnie, par exemple : insomnie psychophysiologique, dépendance aux hypnotiques, insuffisance de sommeil d'origine comportementale.

Selon le cas, le patient peut remplir certaines échelles d'évaluation :

- Questionnaire du sommeil du réseau morphée (voir annexe 2)
- Questionnaire de typologie circadienne (voir annexe 3)
- Échelle de sévérité de l'insomnie (voir annexe 4)
- Échelle de somnolence d'Epworth (voir annexe 5)
- Échelle de fatigue de Pichot (voir annexe 6)
- Échelle de dépression de Beck (BDI) (voir annexe 7)
- Échelle d'anxiété STAI de Spielberger (voir annexe 8)
- Échelle de croyances et Attitudes concernant le sommeil (CAS -16) (voir annexe 9)

En présence d'une insomnie chronique, il conseille une TCC-I et remet au patient une plaquette d'information (voir annexe 1) en lui proposant tout d'abord une séance d'information gratuite réalisée par la psychologue.

## 4.2.2 La séance d'information

Cette séance, qui dure environ 30 minutes, a pour objectifs :

- De présenter les **modalités pratiques** des TCC-I : public concerné, durée, nombre, coût et description du contenu des séances.
- De remettre une fiche décrivant les conseils de base d'**hygiène du sommeil**. Le patient va déjà déterminer les premiers conseils qu'il peut modifier (voir annexe 10).
- De remettre et d'expliquer l'**agenda du sommeil** à la personne qui souhaite intégrer les groupes de TCC-I. Celui-ci doit alors être débuté au moins 15 jours avant la première séance (voir annexe 11).

## 4.2.3 L'agenda du sommeil

Il constitue l'outil indispensable d'auto-observation d'une TCC-I.

Il visualise, de façon quotidienne, des données concernant les habitudes de sommeil sur une longue période.

Il objective le rythme veille-sommeil et permet, d'un seul coup d'œil, au thérapeute et au patient de se rendre compte des difficultés rencontrées.

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

Il donne une bonne idée de l'intensité et de la fréquence de l'insomnie.

L'agenda que nous utilisons permet au patient de noter :

- L'heure de coucher, l'heure de lever
- La durée estimée de son sommeil
- Le temps passé au lit
- Le nombre et la durée des réveils nocturnes
- Le nombre de siestes, les moments de somnolence diurne
- Les prises de café et de médicaments
- L'évaluation de la qualité de la nuit et la journée notée de 1 (médiocre) à 10 (excellente).

Ces informations essentielles pour la première séance de TCC-I, permettent de calculer les indicateurs du sommeil regroupés dans un tableau de bord (voir descriptif de la séance 1 et annexe 12 « mon tableau de bord du sommeil »)

Cette séance d'information est en réalité une pré-séance thérapeutique essentielle pour le début du traitement.

### 4.3 Les ateliers de groupe TCC-I

Les séances sont limitées à quatre personnes maximum (car nos locaux ne sont pas adaptés pour recevoir un nombre plus important de personnes en groupe). Elles durent 1h30.

Les groupes sont fermés, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'entrées et sorties de participants sur les différentes séances. Les participants s'engagent à suivre les trois séances.

Le programme dure un mois et demi à partir de la séance d'information : Les deux premières séances sont espacées d'une semaine, les deux dernières de 15 jours.

Ces ateliers ont comme objectifs de :

- Régulariser l'horaire de sommeil.
- Modifier les mauvaises habitudes de sommeil.
- Corriger les croyances erronées et idées reçues.
- Informer sur une bonne hygiène du sommeil.
- Réduire l'activation physiologique et cognitive.
- Minimiser l'utilisation des somnifères

Ils se répartissent en 3 séances qui ont chacune un but précis :

- Séance 1 : La restriction du sommeil.
- Séance 2 : Le contrôle du stimulus.
- Séance 3 : Gérer ses pensées anxieuses : l'abord cognitif

#### 4.3.1 Séance 1 : la restriction du sommeil

**Rappel des objectifs** précisés lors de la séance d'information.

Définition des « **règles du groupe** » : respect et confidentialité de la parole des autres participants, est-ce que l'on peut s'appeler par le prénom, tutoiement ou non, gestion des retards et des absences, nous précisons que la présence aux trois séances est obligatoire.

**Présentation rapide des participants** : Nom, Prénom, âge, profession s'ils le désirent. Ils ne parlent pas lors de cette première séance de l'histoire de leur insomnie, ils auront l'occasion d'en parler sur les autres séances. Cela fait gagner du temps et de l'efficacité au groupe (Cf. expérience des groupes de TCC-I du réseau Morphée à Paris)

Nous apprenons ensuite aux participants à calculer **les indicateurs du sommeil** à partir de leur agenda du sommeil qu'ils reportent sur leur livret de traitement p 2 et 3 (voir annexe 12). Ils permettent de suivre les progrès et sont exprimés en moyenne par semaine :

- **Délai d'endormissement** : temps passé entre l'extinction des lumières et le premier carré hachuré.
- **Durée du sommeil** : moyenne du nombre de carrés hachurés.
- **Temps passé au lit** : temps écoulé entre l'heure du coucher et l'heure du lever.
- **Nombre de réveils nocturnes** : rapport entre le nombre de réveils de la semaine et le nombre de nuits.

- **Durée des réveils nocturnes** : temps passé lors des réveils en milieu de nuit (carrés blancs) divisée par le nombre de nuits.
- **Indice d'efficacité du sommeil** ou index d'efficacité du sommeil: rapport entre le temps passé au lit et le temps dormi.

Nous définissons ensuite les **objectifs de traitement** des participants (voir annexe 12 p. 4 du livret de traitement). Ils dépendent de l'analyse de leur agenda de sommeil ainsi que de leurs attentes. Nous veillons à ce que les patients déterminent des objectifs réalistes, par exemples :

- *J'aimerais avoir un sommeil plus efficient (index d'efficacité d'au moins 85%), au moins 5 fois par semaine*
- *J'aimerais m'endormir en moins de 30 minutes.*
- *Si je me réveille encore pendant la nuit, je ne voudrais pas me réveiller plus d'1 fois.*
- *Si je me réveille encore pendant la nuit, j'aimerais ne pas être réveillé pendant plus de 30 minutes.*
- *Si je me réveille encore trop tôt le matin, j'aimerais me réveiller pas plus de 30 minutes avant l'heure désiré*
- *J'aimerais avoir un sommeil plus satisfaisant : qualité du sommeil supérieure à 7 (de 1 à 10)*
- *J'aimerais avoir un sommeil plus récupérateur : forme de la journée supérieure à 7 (de 1 à 10).*
- *J'aimerais réduire le nombre de médicaments pour dormir à .....pas plus de ....nuits par semaine.*

Nous abordons ensuite la **psycho-éducation** qui consiste à expliquer le sommeil normal (17) (18) (19)

Les participants remplissent le « quiz sur le sommeil » (annexe 12 du livret de traitement p.5) qui nous sert de base pour leur donner des informations sur le sommeil normal :

- Les fonctions du sommeil.
- L'organisation de la nuit de sommeil sous forme de cycles : le train du sommeil (17)
- Le rythme veille-sommeil.
- La typologie circadienne : du matin ou du soir. Le comportement de court ou de long dormeur.
- Il est important de bien différencier ce qui est de l'ordre du stress ou de l'insomnie dans la gestion des problématiques quotidiennes : « repérer les situations de stress au quotidien qui pourraient affecter votre sommeil » (annexe 12 p 6 du livret de traitement)

Nous expliquons ensuite la **technique de restriction du sommeil** (Voir fiche support annexe 13 )

- Sur la base du calcul de leur index d'efficacité de sommeil et des indicateurs de sommeil, nous définissons pour chaque participant : Une heure fixe de coucher et une heure fixe de lever (en accord avec leur activité professionnelle).
- Par exemple, si le patient a une durée moyenne du sommeil de 6 heures et qu'il doit se lever à 6h30 le matin pour aller travailler, il devra se coucher à 00h30 le soir et cela 7

jours sur 7 jusqu'à ce que l'index d'efficacité atteigne 85%, associé à une meilleure qualité de journée.

- Quand l'index atteint 85%, le patient peut augmenter graduellement l'heure du coucher de 15 minutes.

Nous terminons la séance par les **consignes à mettre en pratique pour la séance 2** :

- Continuer de remplir l'agenda du sommeil et le tableau de bord.
- Remplir le tableau concernant les situations de stress (P. 6 du livret de traitement).
- Mettre en pratique les consignes de « restriction du sommeil » .

**Passation des questionnaires** du livret d'évaluation TCC-I de groupe : échelle de sévérité de l'insomnie, échelle de somnolence et échelle de fatigue (voir annexes 4,5 et 6).

**Remise de la fiche pratique** de support n° 4 (annexe 13).

#### **4.3.2 Séance 2 : le contrôle du stimulus**

La séance débute par un **tour de table** : discussions autour de la mise en pratique des consignes de la précédente séance.

**Psycho éducation : L'insomnie** (20) (21) (22) (19)

- Description des types d'insomnie
- De l'insomnie occasionnelle à l'insomnie chronique (voir annexe 14),
- Les facteurs prédisposants, précipitants et de maintien.
- Le cercle vicieux de l'insomnie, les conséquences de l'insomnie...

**La technique du contrôle du stimulus** (voir fiche pratique annexe 15)

Nous leur expliquons qu'ils ont développé au cours de leur insomnie une association négative entre l'environnement du coucher et la difficulté à s'endormir. Dans ces conditions, la chambre à coucher et le lit sont devenus des stimuli contribuant à rester éveillé.

Grâce aux différentes consignes, ils pourront retrouver une efficacité de la commande des signaux du sommeil et de l'éveil en réduisant tout ce qui s'oppose à l'endormissement.

Introduction aux **pensées relatives au sommeil** :

Nous donnons des exemples pour qu'ils comprennent le lien entre comportement/pensée/émotion (voir annexe 12 livret de traitement p 7 : « vos pensées relatives au sommeil »), nous remplissons avec eux le tableau 3 colonnes de Beck.

Exemple:

Situation	Émotion	Degré de 1 à 10	Pensées associées
Ex : le soir en regardant la télé	Anxiété/angoisse	8	<i>Je ne vais jamais arriver à dormir ce soir.</i>

Nous terminons par la description des **consignes pour la prochaine séance** :

- Continuer la tenue de l'agenda du sommeil et du tableau de Bord.
- Poursuivre la restriction du sommeil.
- Mettre en pratique les consignes du contrôle du stimulus.
- Identifier les pensées relatives au sommeil à l'aide du tableau p 7.

Nous remettons **les fiches pratiques de support** (annexes 14 et 15).

#### 4.3.3 Séance 3 : Gérer ses pensées anxieuses

Comme lors de la séance 2, nous commençons la séance par un **tour de table** : discussions autour de la mise en pratique des consignes de la précédente séance.

Ils remplissent le **questionnaire des pensées de Glasgow** (23) (voir annexe 12) afin d'identifier leurs types de pensées :

- **Pensées remémoratives** : liées à la journée qui vient de se passer ou à des événements récents ou passés.
- **Pensées anticipatrices** : liées aux événements futurs, résolutions de problèmes, penser à dormir ou au fait que l'on ne dort pas.
- **Écouter leur corps** : écouter les battements de son cœur, sensation de chaud, de froid, penser à sa santé ...
- **Penser à ses pensées** : fixation sur des pensées triviales, insignifiantes qui nous maintiennent éveillés ...

Nous expliquons des **techniques de gestion d'hyperactivité mentale** spécifiques à leurs différentes pensées (23) (voir fiche pratique annexe 16) :

- Technique de « **mise au repos de sa journée** » pour les pensées remémoratives et anticipatrices
- Technique du « **blocage des pensées** » pour les pensées insignifiantes
- Technique de **l'intention paradoxale** pour arrêter d'essayer de dormir
- Restructuration cognitive pour les pensées liées au sommeil (annexe 12 p 8): nous prenons les exemples des patients.

Exemple de tableau de restructuration cognitive :

Situation	Emotion + degré	Pensée associée	Pensées alternatives (degré de croyance)	Émotion après + Degré de 1 à 10
Ex : réveil nocturne avec difficulté de me rendormir	Anxiété, déception 8	« je ne vais pas arriver à travailler demain, je vais être fatiguée »	« je sais que je dramatiserai, j'arriverai à composer avec cette fatigue, les études montrent que la performance est presque intacte » / 8	Anxiété /4  Rassurer /7

Enfin, nous effectuons le **bilan du programme** :

- Bilan des indicateurs du sommeil et des objectifs : (p 4 annexe 12)
- Bilan des échelles : passation des échelles de sévérité de l'insomnie, de somnolence, de fatigue (annexes 4, 5, 6, 9)
- Bilan personnel, discussions et échanges autour de leur ressenti concernant le programme.

#### 4.4 L'évaluation et le suivi

##### 4.4.1 Consultation de bilan

Le médecin somnologue rédige un courrier de synthèse à adresser au médecin prescripteur :

- Diagnostic initial
- Objectifs individualisés du traitement
- Traitement suivi (nombre de séances...)
- Résultats du traitement
- Consignes de suivi

##### 4.4.2 Séances de suivi (en individuel ou en groupe) optionnelles

Elles sont effectuées par la psychologue en fonction des besoins des patients et durent 1h.

Le suivi est effectué à la demande du ou des patients quelques mois après les 3 séances de TCC-I

Ces accompagnements permettent :

- De suivre les indicateurs du sommeil
- De renforcer les progrès
- D'apporter des informations ou des techniques en fonction des besoins.

#### **4.4.3 Ateliers « stress et anxiété » et « relaxation »**

Nous proposons 2 ateliers thématiques supplémentaires et optionnels d'une durée d'1h30.

Les patients peuvent les suivre avant ou après les séances de TCC -I

**Contenu de l'atelier « stress et anxiété » (24) (25) (14) :**

- Le stress :
  - Définition, différence avec l'anxiété
  - Type de stress
  - Niveau de stress (questionnaire)
- L'anxiété
  - Type d'anxiété
  - Niveau d'anxiété (questionnaire)
- Stress – anxiété – sommeil
  - Comprendre le cercle vicieux
- Stratégies d'adaptations : la notion de coping

**Contenu de l'atelier relaxation (26) (24) (14)**

- Objectifs de la relaxation
  - Abaisser l'état d'hyper éveil
  - Contrôler les tensions engendrées par le stress et l'anxiété
  - Améliorer la qualité du sommeil profond, favorise l'induction et le maintien du sommeil
- Maîtriser sa respiration (mise en pratique en séance)
  - La respiration abdominale
- Techniques de relaxation
  - La relaxation progressive de Jacobson (mise en pratique en séance)
  - Le training autogène de Schultz (mise en pratique en séance)
  - La technique d'imagerie mentale.

#### **4.4.4 Suivi des échelles et des indicateurs du sommeil**

Un questionnaire de suivi est envoyé aux patients à 3 mois, 6 mois et 1 an après le programme.

Il concerne :

- Les indicateurs du sommeil
- l'échelle de sévérité de l'insomnie
- L'échelle de somnolence
- L'échelle de fatigue.

## 4.5 Description et résultats des 2 premiers groupes de TCC-I

2 groupes de TCC-I ont été effectués depuis Janvier 2012 jusqu'à la remise de ce mémoire. Afin de présenter de manière la plus exhaustive possible les premières conclusions de la mise en place des TCC-I sur Castres, nous avons choisi de vous présenter l'ensemble des résultats de ces 2 groupes.

### 4.5.1 Caractéristiques générales des groupes

	Groupe 1	Groupe 2
<b>Nombre de personnes</b>	4	4
<b>Nombre de séances</b>	4	3
<b>Nombre de semaines de traitement</b>	7	4
<b>Diagnostics des patients</b>	Insomnie chronique psychophysiologique	
<b>Indicateurs de sommeil évalués</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- délai d'endormissement</li><li>- temps de sommeil</li><li>- temps passé au lit</li><li>- index d'efficacité du sommeil</li><li>- nombre et durée des réveils nocturnes</li><li>- qualité du sommeil et de la journée ( de 1 à 10)</li><li>- nombre de médicaments pris pour dormir</li><li>- niveau de sévérité de l'insomnie (échelle)</li><li>- niveau de somnolence (échelle)</li><li>- niveau de fatigue (échelle)</li><li>- croyances et pensées qui interfèrent avec le sommeil (échelle).</li></ul>	

## 4.5.2 Description des patients et de leurs objectifs

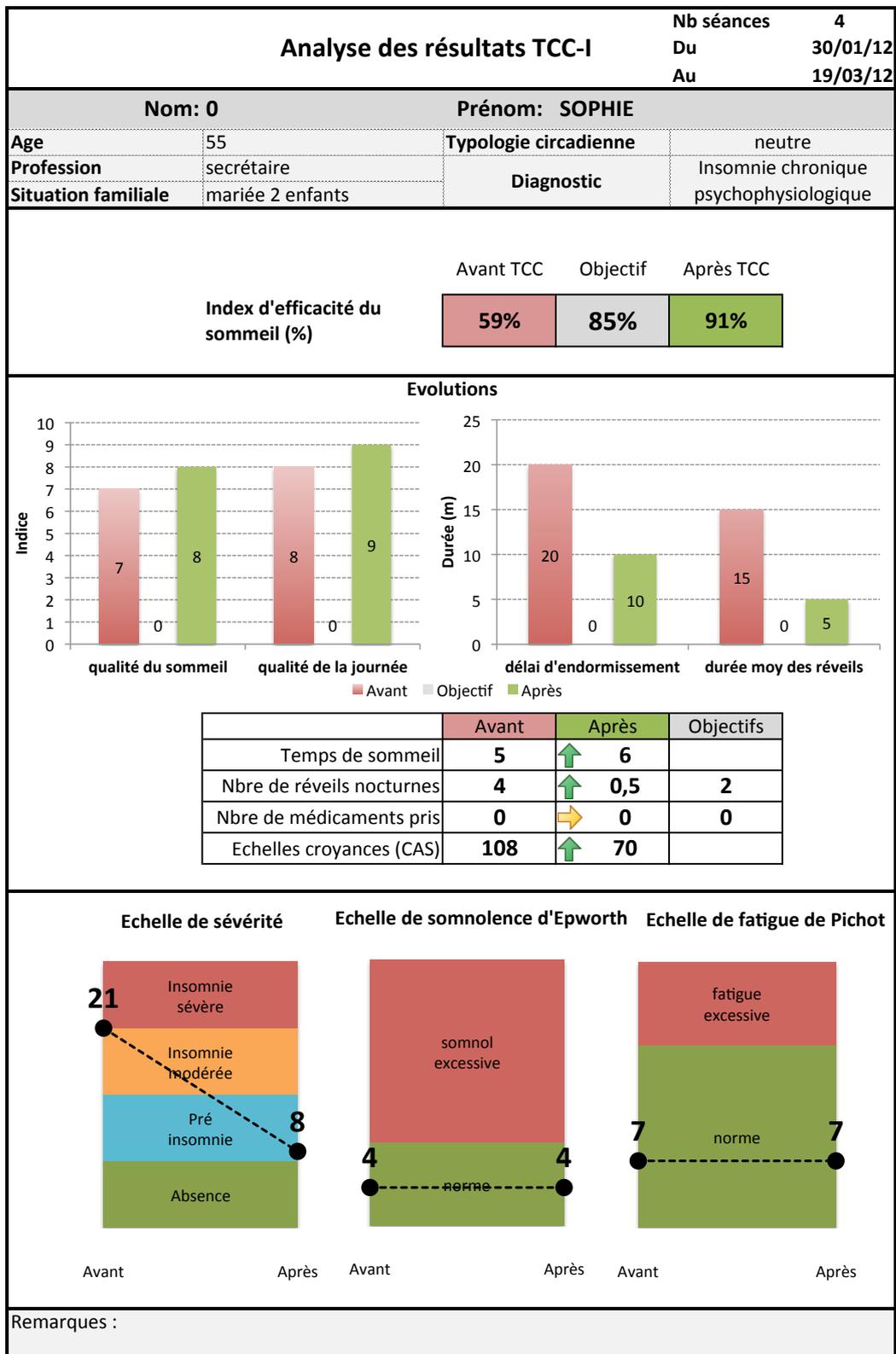
<b>Groupe 1</b>	<b>Sophie</b>	<b>Laure</b>	<b>André</b>	<b>Marie</b>
<b>Âge</b>	55	38	66	48
<b>Profession</b>	secrétaire	Mère au foyer	Retraité	Travail associatif
<b>Situation familiale</b>	Mariée 2 enfants	Mariée 4 enfants	En couple 2 enfants (+ 2 de sa compagne)	Mariée 3 enfants
<b>Typologie circadienne</b>	neutre	matin modéré	neutre	neutre
<b>Attentes et objectifs</b>	Index d'efficacité à 85%. Réduire le nombre de réveils à 2	Avoir un sommeil plus récupérateur (forme de la journée > 7)	Index d'efficacité à 85% Endormissement en moins de 30 minutes Si je me réveille encore pendant la nuit, j'aimerais ne pas être réveillé pendant plus de 30 minutes.	Index d'efficacité à 85%. Endormissement en moins de 30 minutes. Si je me réveille encore pendant la nuit, j'aimerais ne pas être réveillé pendant plus de 30 mn. Qualité de nuit et de journée > 7

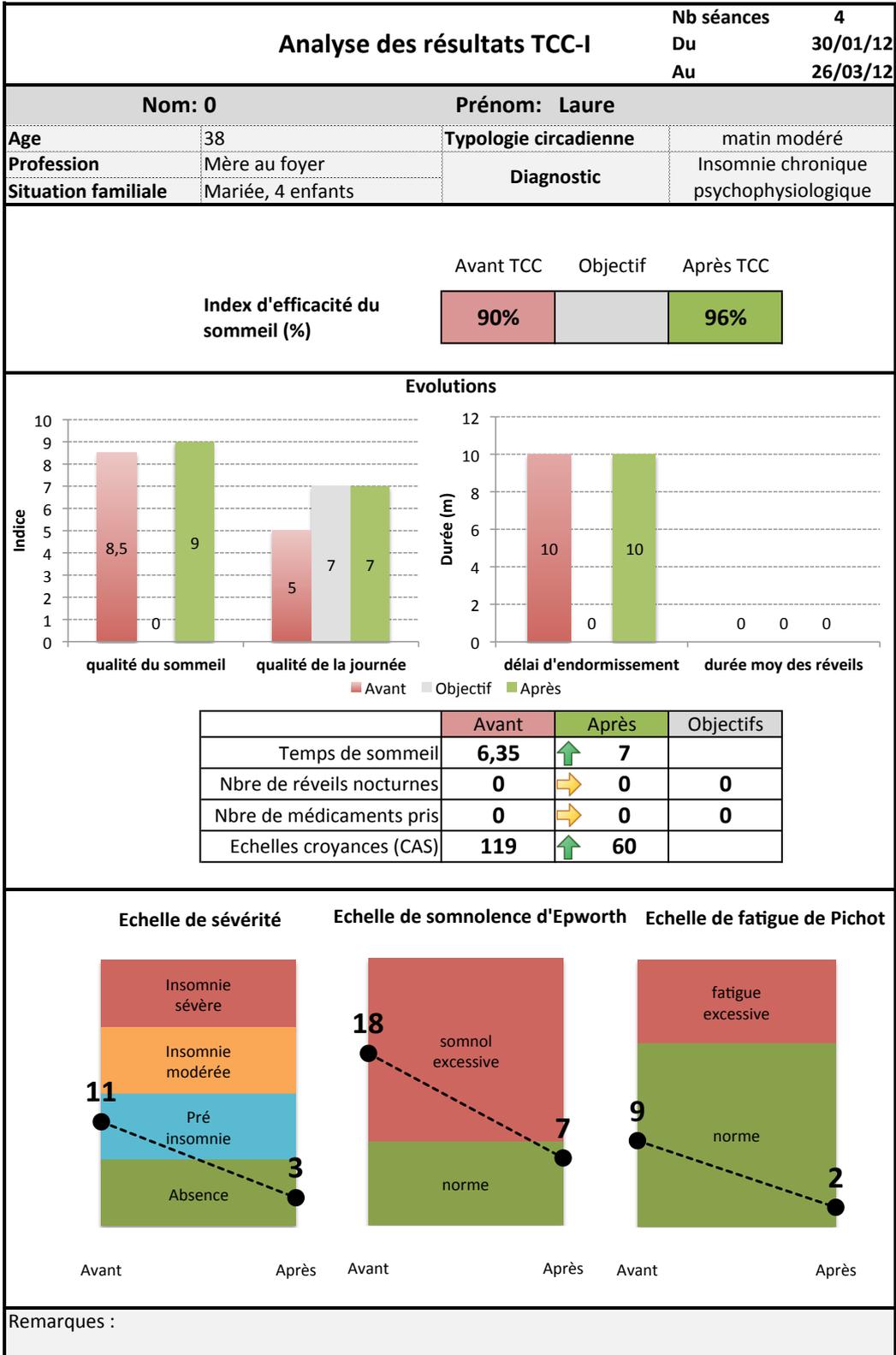
<b>Groupe 2</b>	<b>Didier</b>	<b>Robert</b>	<b>Louis</b>	<b>Christine</b>
<b>Age</b>	45	58	71	53
<b>Profession</b>	Enseignant	retraité	retraité	Agent de restauration
<b>Situation familiale</b>	Marié 2 enfants	Marié 2 enfants	Marié 2 enfants	Mariée 2 enfants
<b>Typologie circadienne</b>	matin modéré	soir	neutre	neutre
<b>Attentes et objectifs</b>	Index d'efficacité à 85% Si je me réveille encore pendant la nuit, j'aimerais ne pas être réveillé pendant plus de 30 minutes. Réduire le Stilnox à 1/4.	Index d'efficacité à 85% Endormissement en moins de 30 minutes. Ne pas me réveiller plus de 2 fois Avoir un sommeil plus satisfaisant et plus récupérateur >7.	Index d'efficacité à 85% Endormissement en moins de 30 minutes Ne pas me réveiller plus de 2 fois. Avoir un sommeil plus satisfaisant et plus récupérateur >7. Réduire le Norset ½ 4j/7 et réduire l'Havlane à 0,5 cp.	Index d'efficacité à 85%. Réduire le nombre de réveil à 1 de moins de 30 minutes. Avoir un sommeil plus satisfaisant (>7). Arrêter Seroplex.

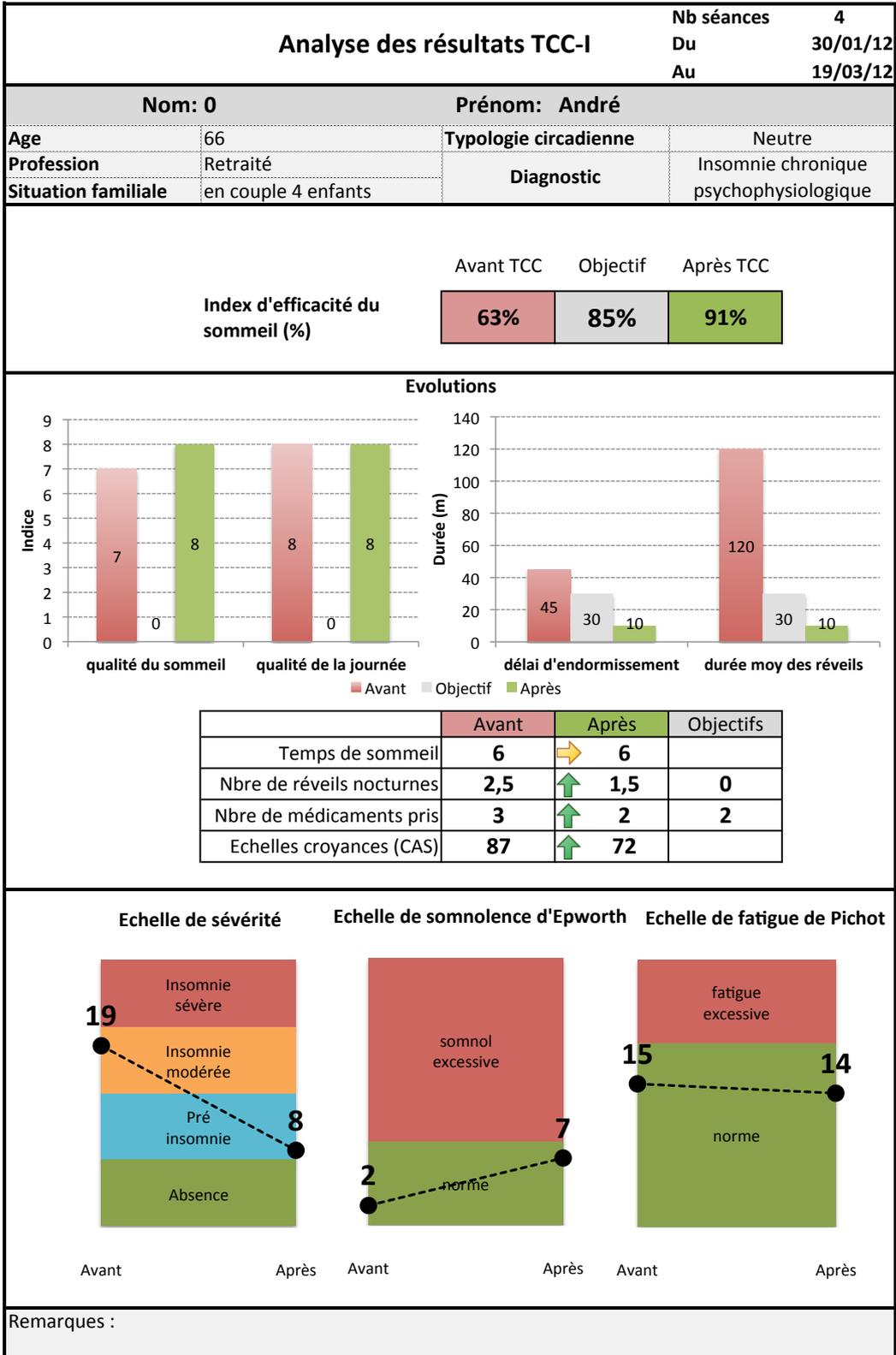
Le descriptif du parcours de Marie sera présenté plus en détail en deuxième partie

### 4.5.3 Résultats au regard des objectifs

Nous avons représenté les résultats sous une forme synthétique .



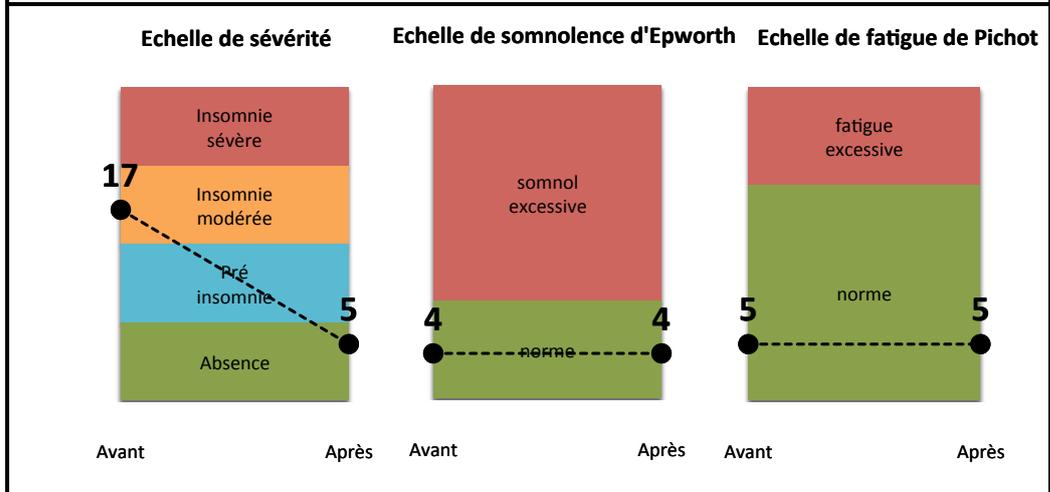
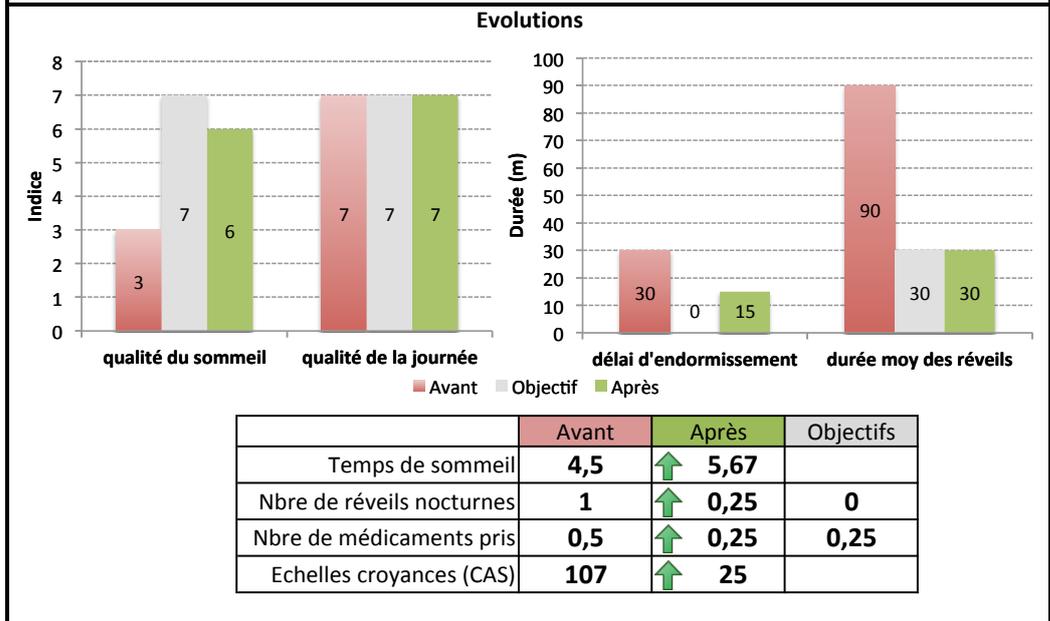




<b>Analyse des résultats TCC-I</b>		Nb séances	3
		Du	26/03/12
		Au	23/04/12

<b>Nom: 0</b>		<b>Prénom: Didier</b>	
Age	45	Typologie circadienne	matin modéré
Profession	enseignant	Diagnostic	Insomnie chronique psychophysiologique
Situation familiale	Marié 2 enfants		

	Avant TCC	Objectif	Après TCC
<b>Index d'efficacité du sommeil (%)</b>	<b>60%</b>	<b>85%</b>	<b>88%</b>

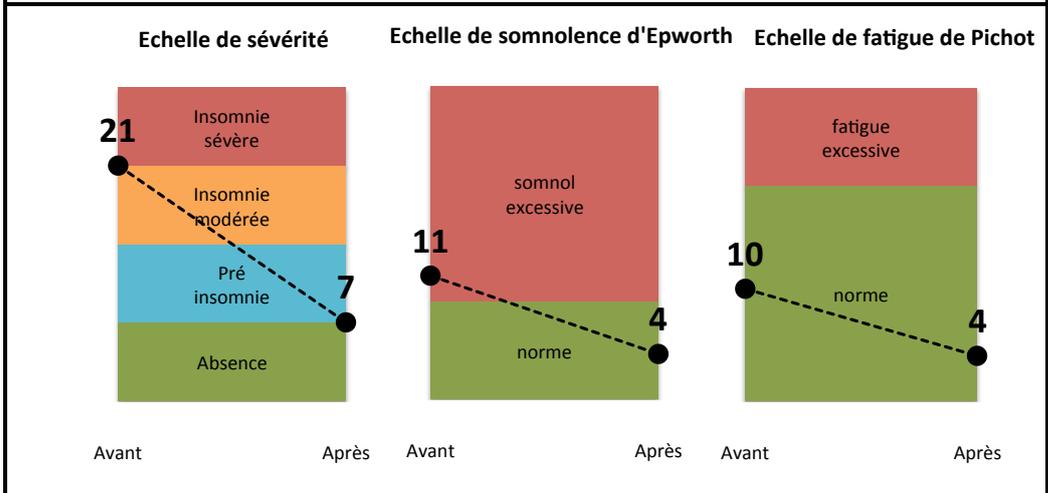
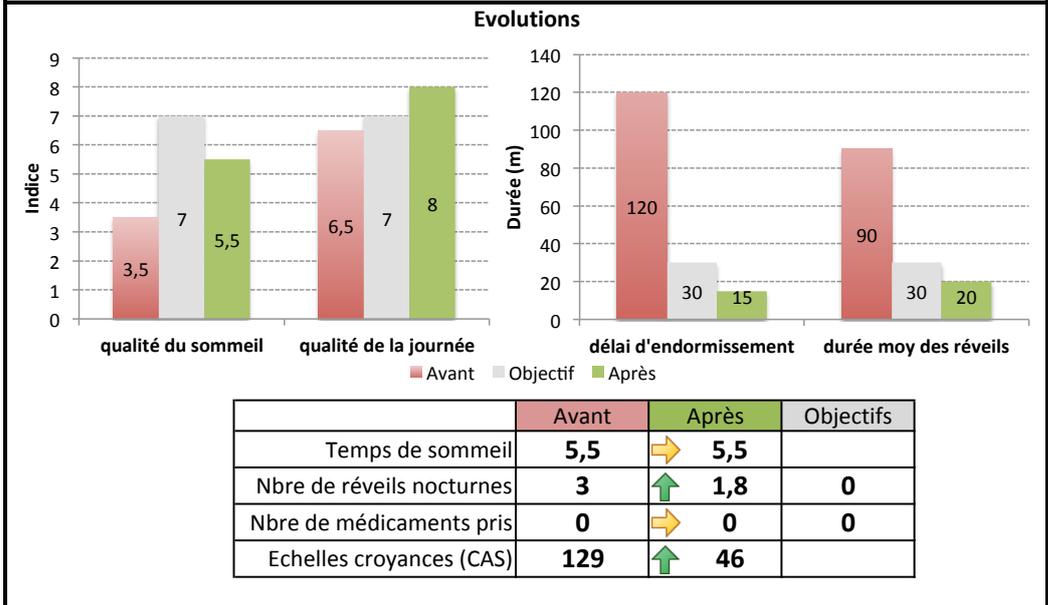


Remarques :

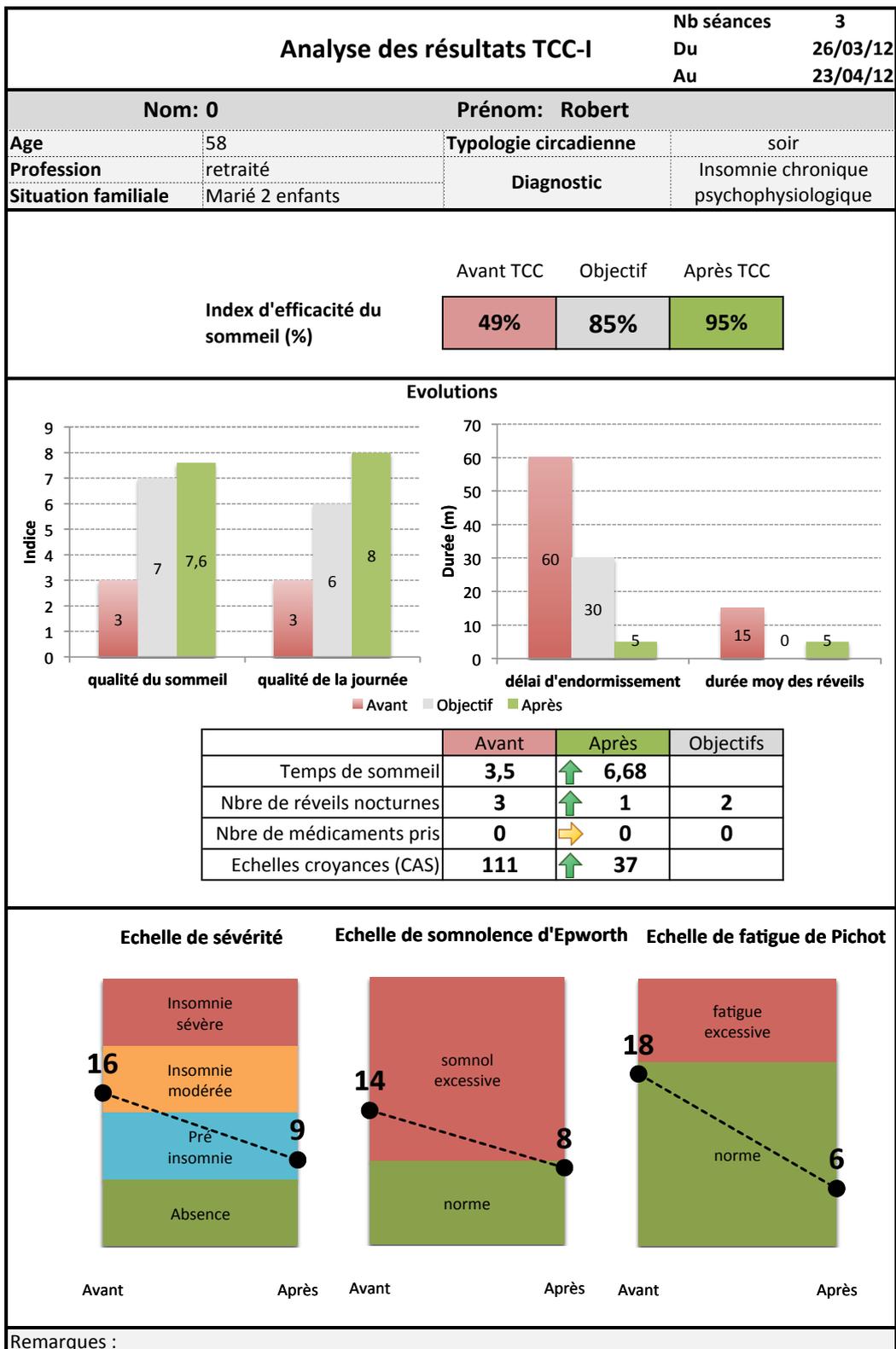
<b>Analyse des résultats TCC-I</b>		Nb séances	7
		Du	16/01/12
		Au	16/04/12

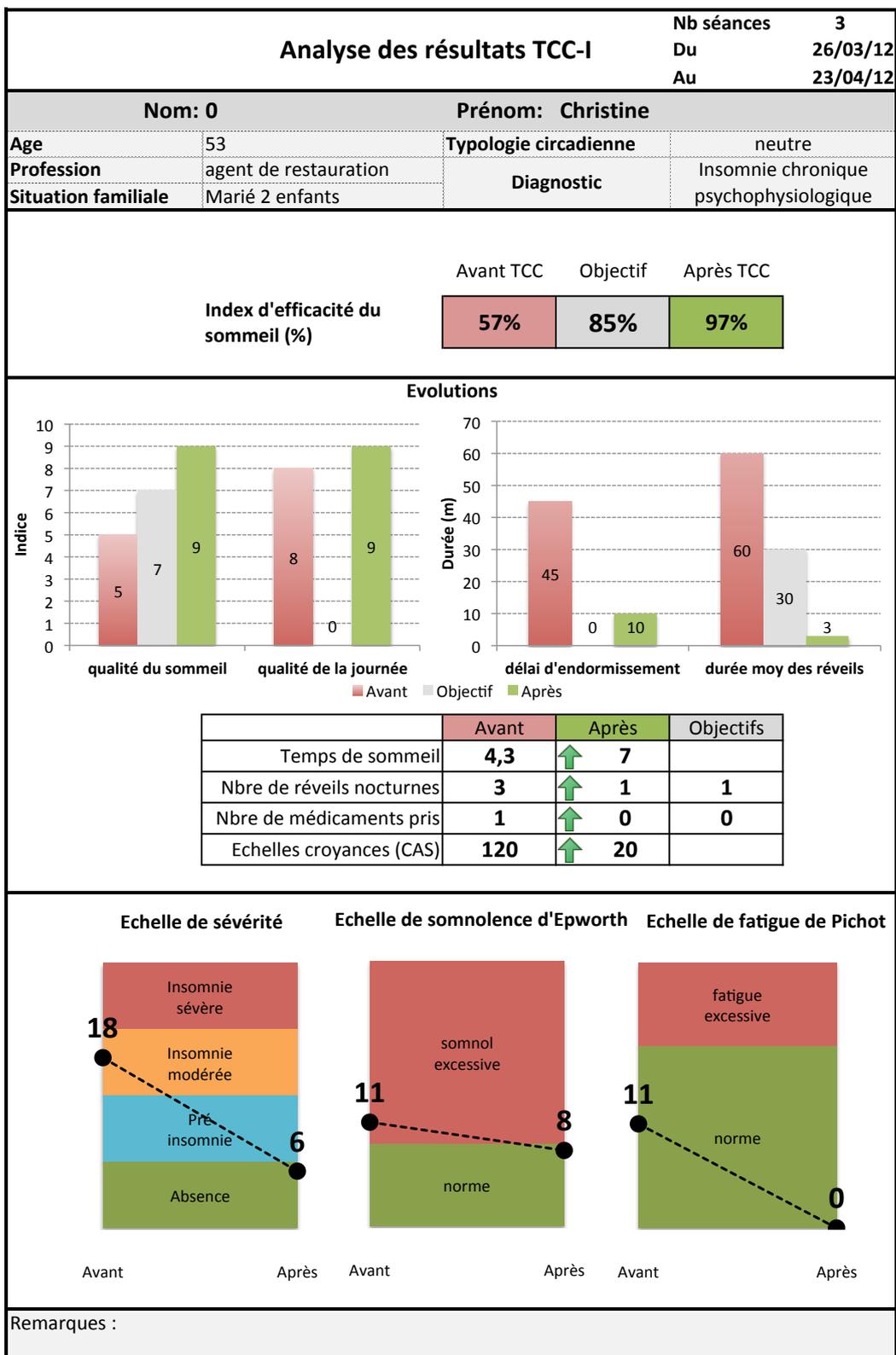
<b>Nom: 0</b>		<b>Prénom: Marie</b>	
Age	48	Typologie circadienne	Neutre
Profession	Travail en association	<b>Diagnostic</b>	Insomnie chronique psychophysiologique
Situation familiale	Mariée, 3 enfants		

	Avant TCC	Objectif	Après TCC
<b>Index d'efficacité du sommeil (%)</b>	<b>48%</b>	<b>85%</b>	<b>89%</b>



Remarques :





<b>Analyse des résultats TCC-I</b>		Nb séances <b>3</b>	
		Du <b>26/03/12</b>	
		Au <b>23/04/12</b>	
<b>Nom: 0</b>		<b>Prénom: Louis</b>	
Age	71	Typologie circadienne	neutre
Profession	Retraité	<b>Diagnostic</b>	Insomnie chronique psychophysiological
Situation familiale	Marié 2 enfants		

	Avant TCC	Objectif	Après TCC
<b>Index d'efficacité du sommeil (%)</b>	<b>73%</b>	<b>85%</b>	<b>80%</b>

### Evolutions

Indice	Avant	Objectif	Après
qualité du sommeil	5	8	5,5
qualité de la journée	6	7	6,5

Durée (m)	Avant	Objectif	Après
délai d'endormissement	30	0	30
durée moy des réveils	20	0	30

	Avant	Après	Objectifs
Temps de sommeil	6	↓ 5,5	
Nbre de réveils nocturnes	4	↑ 1,8	2
Nbre de médicaments pris	1,5	↑ 0,75	0,75
Echelles croyances (CAS)	106	↑ 76	

#### Echelle de sévérité

Avant: 21 | Après: 12

#### Echelle de somnolence d'Epworth

Avant: 11 | Après: 4

#### Echelle de fatigue de Pichot

Avant: 16 | Après: 7

Remarques : la partie cognitive est encore à travailler

## 4.6 Analyse des résultats

### 4.6.1 Points positifs

Les points positifs concernent tout d'abord les résultats objectifs issus des 2 groupes (voir graphiques ci dessous).

En effet, nous constatons une amélioration de l'ensemble des indicateurs sur cet échantillon de 8 patients :

- **L'index d'efficacité du sommeil**

Il est amélioré de 30% pour l'ensemble des patients : la moyenne des index d'efficacité du sommeil passe de 62% avant le traitement à 91%. Seule 1 personne n'a pas atteint 85% d'efficacité de sommeil à la troisième séance.

- **La durée du sommeil**

Elle se prolonge de 1 heure en moyenne.

- **Délais d'endormissement**

Il baisse en moyenne de 30 minutes pour passer de 41 à 13 minutes. 100% des patients ont atteint un délai d'endormissement inférieur à 30 minutes.

- **Nombre des réveils nocturnes**

Il passe de 2,6 à 1 réveil en moyenne.

- **La durée des réveils nocturnes**

Elle baisse pour l'ensemble des patients d'environ 40 mn (de 51 minutes en moyenne avant traitement à 13 minutes après le traitement). Aucun patient ne dépasse 30 minutes d'éveil nocturne après le traitement.

- **La qualité du sommeil et la qualité des journées**

Elle s'améliore pour l'ensemble des patients : moyenne de 5,5/10 à 7,5/10 pour la qualité de sommeil, moyenne de 6/10 à 8,5/10 pour la qualité de journée

- **La prise de médicaments**

Elle diminue de 50%. Le nombre de médicaments à visée hypnotique passe de 1,5 à 0,75.

- Les résultats globaux des échelles indiquent également une nette diminution des indicateurs (voir graphiques)

Nous n'avons pas remarqué de différence significative entre les deux groupes bien que le groupe 1 ait bénéficié d'une séance supplémentaire.

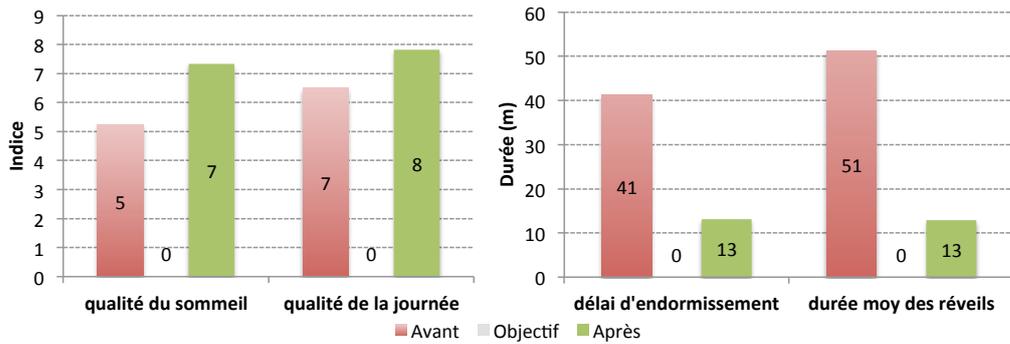
Ces résultats demandent évidemment d'être confirmés par un nombre plus important de patients.

## Moyenne des résultats TCC-I des 2 groupes (8 personnes)

Index d'efficacité du sommeil (%)

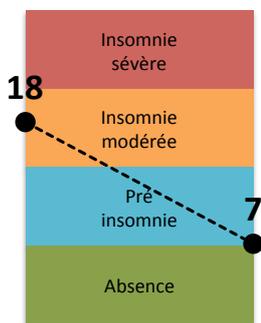
moyennes	Objectif	Après TCC
62%	85%	91%

### Evolutions



	Avant	Après	Objectifs
Temps de sommeil	5	↑ 6	0
Nbre de réveils nocturnes	3	↑ 1	0
Nbre de médicaments pris	1	↑ 0	0
Echelles croyances (CAS)	111	↑ 51	

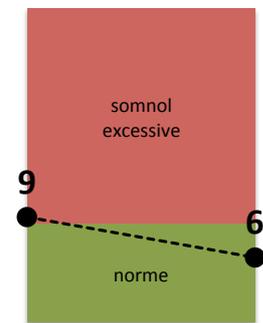
#### Echelle de sévérité



Avant

Après

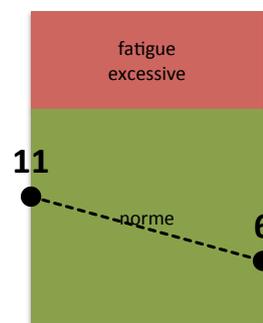
#### Echelle de somnolence d'Epworth



Avant

Après

#### Echelle de fatigue de Pichot



Avant

Après

Remarques :

## **4.6.2 Problèmes rencontrés**

### **L'adhésion au programme TCC-I**

Elle constitue la principale difficulté rencontrée, cela pour trois raisons :

- De nombreux patients qui consultent un spécialiste du sommeil pour un problème d'insomnie ne savent pas encore qu'il existe d'autres alternatives thérapeutiques aux médicaments. Ils affirment même bien souvent avoir tout essayé (acupuncture, phytothérapie, etc). Le somnologue doit prendre du temps pour expliquer et amener le patient à considérer cette technique de traitement. En dépit des informations données, certains patients ne s'inscriront cependant pas au programme. Carine PUECH qui réalise sa thèse de médecine sur ce thème de la mise en place des TCC-I en pratique libérale de ville va notamment analyser les causes de cette non-adhésion.
- Les patients sont bloqués ou surpris de devoir rencontrer une psychologue pour un problème de sommeil. Ils pensent ne pas être redevables de la psychiatrie.
- La dernière raison est économique. Lorsqu'ils apprennent que les actes de psychologie ne sont pas pris en charge en libéral par la sécurité sociale, les patients hésitent à suivre cette thérapie. Pour limiter cela, nous avons pensé que la mise en place des groupes avec un coût individuel réduit permettra de contourner cet aspect financier.

Ces problèmes nous ont progressivement amené à modifier la structuration du programme TCC-I sur plusieurs points :

- Réduction du nombre de séances de traitement à 3 : nous avons constaté que de proposer un nombre trop important de séances était un frein à l'adhésion au programme. Nous sommes passés de 5 à 4 séances pour le premier groupe puis à 3 séances + 2 optionnelles pour le deuxième groupe. La littérature scientifique ayant démontré l'efficacité des thérapies brèves de TCC-I, il semblait que cette formule convenait pour une pratique libérale.
- Nous avons cependant constaté que tous les patients du second groupe se sont inscrits aux ateliers optionnels et ont souhaité une séance de suivi de groupe en septembre prochain.
- L'horaire des séances a aussi été modifié afin de convenir à tous. Le premier groupe avait lieu de 11h à 12h30 et le second de 17h à 18h30.
- Enfin reste le problème du jour des séances qui n'est possible que le lundi est probablement un frein pour certains patients.

### **La motivation des patients**

Le programme de TCC-I exige des patients impliqués et motivés. Il est contraignant, car il demande de tenir à jour un agenda du sommeil. Il fait aussi appel à des techniques thérapeutiques comme la restriction du sommeil source possible de réticences et d'anxiété en raison d'un effort de changement et d'adaptation assez important.

Si le groupe est un moteur formidable qui mobilise davantage les patients et les motive en observant les progrès chez les autres, favoriser la confiance et l'alliance thérapeutique sont des éléments fondamentaux pour les TCC-I en pratique libérale pour surmonter tous les problèmes.

## **5. Présentation détaillé d'un patient du groupe par Séverine Brune**

Dans le cadre de la collaboration mise en place avec le Dr Mullens, je reçois **Marie** en janvier 2012 pour une prise en charge TTC-I, qui présente une insomnie psychophysiologique.

Marie suivra 7 séances de Thérapie Comportementale et Cognitive de l'Insomnie dont 4 séances en groupe (1<sup>er</sup> groupe de TCC-I).

### **5.1 Biographie de Marie**

Marie est âgée de 48 ans. Elle vit en couple avec Daniel avec qui elle a eu 3 enfants (1 fille et des jumeaux). Marie a élevé ses enfants tout en étant très active en milieu associatif (création d'une association).

Sa mère est décédée d'un cancer généralisé il y a 15 ans. Suite à ce décès, Marie a fait une dépression qui a duré presque 1 an (traitée par anti dépresseurs). Elle n'a pas connu son père.

Marie a 2 demi-sœurs (père différent) avec qui elle est en contact régulièrement.

A 18 ans, après un Bac scientifique, elle entreprend tout d'abord des études de médecine qu'elle abandonnera suite à un accident de voiture (dont elle n'est pas responsable). Elle reste 6 semaines dans le coma avec des polytraumatismes. Marie a 20 ans, elle devra s'aider d'une canne pour marcher toute sa vie et souvent se reposer les jambes qui lui sont douloureuses quand elle reste debout trop longtemps.

Elle obtient ensuite un DEUG d'histoire puis une Maîtrise en neuropsychologie. Elle adore «être stimulée intellectuellement».

A la naissance de ses enfants, elle arrête toutes ses études pour se consacrer à leur éducation. Elle reste cependant active en créant une association.

### **5.2 Histoire de son insomnie**

#### *Début et évolution du trouble*

Marie déclare avoir toujours eu un sommeil léger et quelques difficultés pour s'endormir «j'étais souvent très éveillée, je n'avais jamais sommeil» mais sans conséquences notables dans la journée. Enfant et adolescente, elle dormait peu mais s'en est toujours accommodé.

De 20 à 30 ans, elle a des insomnies aigües régulièrement dues à son accident avec des douleurs nocturnes en alternance avec un sommeil acceptable.

Le début de son insomnie chronique remonterait à la naissance de ses enfants. Elle exprime que ce changement de vie a bouleversé ses habitudes et son rythme, surtout à la naissance des jumeaux lorsqu'elle a 32 ans.

Les troubles deviennent de plus en plus incommodants caractérisés par des difficultés d'endormissements sévères et des réveils nocturnes très longs. Elle «fait avec» pendant

quelques années mais commence à avoir des impacts diurnes importants ce qui la pousse à consulter.

Marie ne note pas de modification de l'insomnie pendant les week-end ou les vacances mais précise s'endormir plus vite quand elle est en déplacement. Cependant son insomnie s'aggrave quand elle doit prendre l'avion très tôt le matin et qu'elle a une journée importante par la suite.

De manière générale, son insomnie est aggravée quand elle a des horaires de travail atypiques (prendre l'avion très tôt...) et dans les contextes de stress professionnel ou elle doit «rendre des comptes» et/ou «ne doit pas décevoir» (souvent des réunions).

## **Description de ses habitudes de sommeil actuelles**

### *Activités et routines avant le coucher :*

Marie fait souvent du sport dans la journée mais rarement le soir et jamais après 20h.

Elle dîne en famille vers 20h un repas léger et équilibré, elle ne boit pas de café, ni d'alcool.

De manière générale, Marie fait très attention à son hygiène de vie, mange très équilibrée, ne fume pas, ne boit jamais d'alcool et fait beaucoup de sport malgré son handicap.

Vers 20h30, elle monte dans sa chambre avec son mari et n'en ressort que le lendemain matin. Il lui tarde d'aller dans sa chambre car elle a les jambes fatiguées.

Elle se met dans son lit et commence à travailler. Elle prend l'ordinateur portable sur le lit, travaille, envoie des mails puis regarde la télé de temps en temps. Son mari fait de même.

Parfois elle s'endort une demi heure devant la télé.

### *Période d'endormissement et de maintien du sommeil*

Vers 22h30, elle éteint la lumière mais n'a pas spécialement sommeil.

Elle se force à dormir pendant quelques minutes puis elle pense à la journée qui vient de s'écouler ou à sa réunion de demain. «je pense beaucoup alors j'essaie de ne plus penser mais c'est pire... je ne dois vraiment pas être normale...», «Quelle perte de temps !!!».

Souvent elle rallume la lumière et continue à travailler. Cela ne gêne pas son mari qui dort dit elle «comme une masse !»

Au bout d'un certain temps (1h, 1h30), elle s'endort puis se réveille environ 1h30 après au moins 2 ou 3 fois dans la nuit. Elle a l'impression que cela dure une éternité. Elle regarde le réveil, s'énerve et reste au lit en espérant se rendormir. Parfois elle travaille de nouveau « pour ne pas perdre de temps ».

### *Réveil et lever*

Marie se réveille souvent assez tard quand elle n'a pas d'activité professionnelle. Elle reste souvent dans son lit pour regarder ses mails, parfois elle se rendort. Puis elle descend prendre sa douche et prend au grand petit déjeuner. Elle se sent assez en forme à ce moment de la journée

### *Fonctionnement diurne*

Marie se sent bien quand elle est active, lors de ses réunions le matin mais se plaint de somnolence et de fatigue en début d'après midi. Elle dit avoir du mal à se concentrer. Elle ressent une fatigue physique et psychique importante ainsi que des troubles mnésiques.

Elle ne fait jamais de sieste car c'est pour elle une perte de temps.

## **5.3 Diagnostic**

La plainte principale de Marie concerne une altération du sommeil avec des difficultés d'endormissement et de maintien du sommeil associés à des difficultés de fonctionnement diurnes (fatigue, somnolence, difficultés de concentration, troubles de la mémoire, irritabilité).

La lecture de son agenda de sommeil permet de confirmer cette plainte. On note une moyenne de temps d'endormissement de 2h avec des réveils nocturnes assez long (environ 1h30).

On note également une tendance à la somnolence la journée.

Les informations recueillies ne permettent pas d'envisager un diagnostic de syndrome de retard de phase, ni une pathologie organique associée au sommeil que se soit un syndrome d'impatience des membres inférieurs, de mouvements périodiques des membres ou un syndrome d'apnées du sommeil (informations issues de l'entretien diagnostique du Dr Mullens).

Marie ne présente pas de trouble anxieux, ni de symptomatologie dépressive au sens de la classification du DSM IV. Les résultats de l'échelle d'anxiété trait et état de Spielberger montre une absence d'état et de tempérament anxieux (annexe 17). L'échelle de dépression de Beck montre une absence de dépression (annexe 18).

### **Synthèse du diagnostic :**

Axe1 : Trouble clinique : trouble d'insomnie chronique initiale et de maintien

Axe 2 : Trouble de la personnalité : néant

Axe 3 : Affection médicale générale : néant

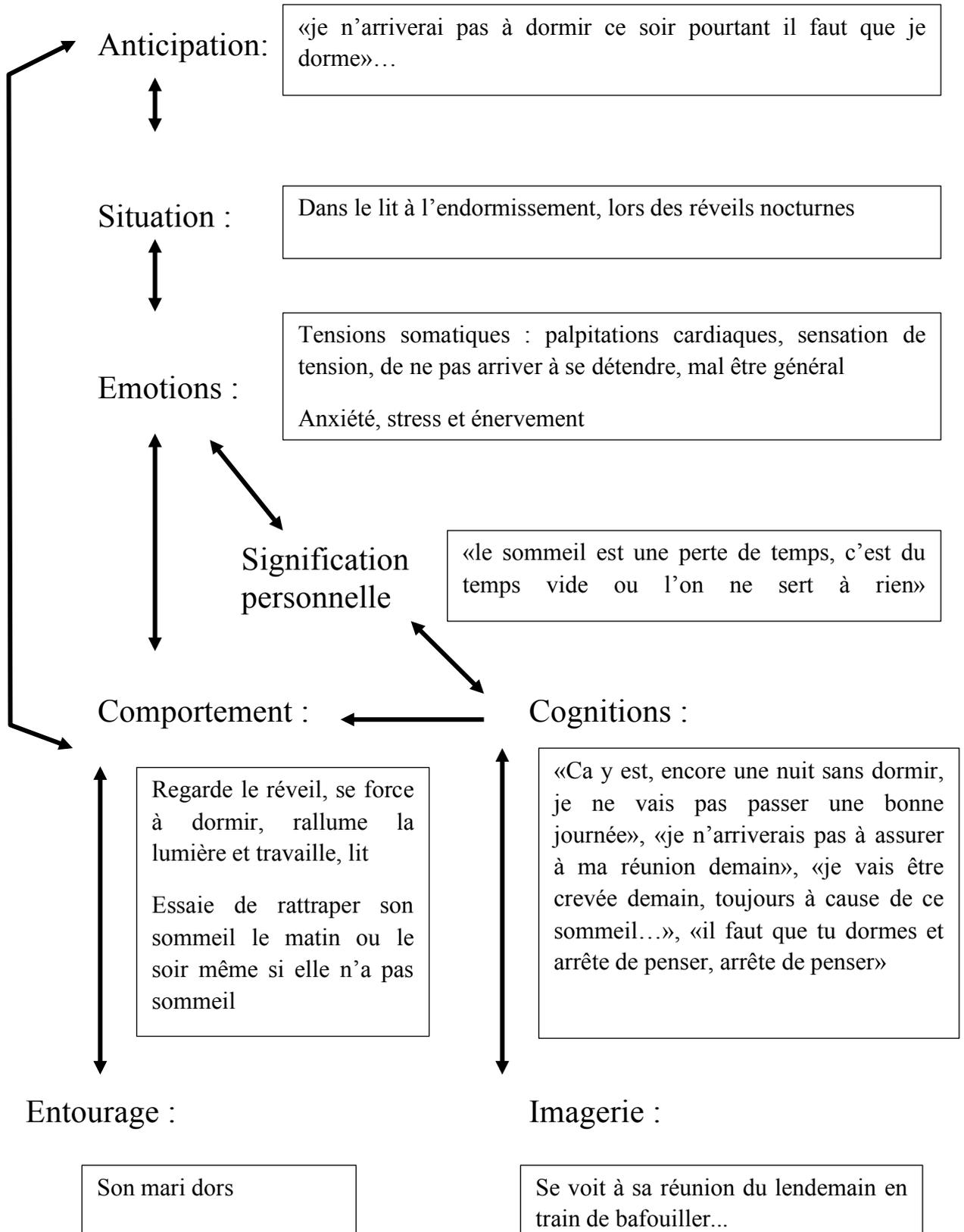
Axe 4 : Problèmes psychosociaux et environnementaux : néant

Axe 5 : Evaluation globale du fonctionnement : 60

## 5.4 Analyse fonctionnelle

Nous avons choisi d'utiliser le modèle SECCA de Cottraux pour l'analyse fonctionnelle du **problème cible de Marie** : son insomnie chronique initiale et de maintien.

**SYNCHRONIE :**



## DIACHRONIE :

### Données structurales possibles:

#### a) Facteurs biologiques et antécédents familiaux

- Sa mère souffrait également d'insomnie, elle prenait régulièrement des somnifères. Elle la décrit comme une personne très anxieuse,
- On peut imaginer une probable hyper activation constitutionnelle de son système d'éveil dans la mesure où Marie a toujours eu du mal à s'endormir « je n'avais jamais sommeil » (mais cela reste une hypothèse)... De plus, Marie génère une hyper activation permanente des processus d'éveil cognitif et somatique (elle dit ne jamais arriver à se détendre ni intellectuellement ni physiquement),
- Enfin, le fait qu'elle soit du sexe féminin et son âge correspondent également aux facteurs biologiques prédisposants (cf Spielman).

#### b) Personnalité

##### Traits de caractères

- Marie se présente comme quelqu'un de très active, très vive et parle avec beaucoup d'enthousiasme. Cette image est très importante pour elle. Elle ne veut pas montrer d'elle l'image d'une femme « diminuée » (malgré son handicap),
- Elle dit être toujours débordée par ses activités,
- Marie se présente donc comme une femme tournée vers les besoins des autres en dépit de ses propres besoins,
- Marie est assez affirmée en général mais cette affirmation de soi est plutôt centrée sur la gestion des problématiques professionnelles ou quand elle défend l'intérêt de son association. Elle dit vouloir « contrôler » les choses. Elle gère son stress par le contrôle par l'action, le contrôle cognitif et émotionnel et ne laisse rien paraître aux autres. En ce qui la concerne, elle intériorise ses problèmes, ses émotions et n'en parle jamais, «surtout ne rien laisser paraître»...,
- Elle exprime quand même qu'elle a de temps en temps des moments de « déprime » et de tristesse qui ne durent pas longtemps en général.

##### Facteurs et antécédents psychologiques

- Dépression à 33 ans due au décès de sa mère,
- Hyper vigilance et l'hyper éveil de part ses stratégies de coping centrés sur l'internalisation des émotions et l'hyper contrôle,,
- En effet, Marie ayant besoin de maîtrise et de contrôle, les situations d'incertitudes ou qui peuvent provoquer une perte de contrôle sont des facteurs de stress et d'anxiété qui font partie de son fonctionnement
- Tendance aux ruminations et pensées au coucher depuis l'enfance.

### **Facteurs historiques de maintien :**

- Sommeil fortement perturbé pendant 3 ans dû aux éveils des enfants (surtout des jumeaux),
- Beaucoup de déplacements professionnels depuis une dizaine d'années l'obligeant à prendre l'avion dans la nuit ou à rentrer très tard le soir qui ont favorisé un terrain favorable à la chronicité de son insomnie,
- Son accident (coma de 6 semaines) à 20 ans a probablement eu un impact en terme de conditionnement vis à vis du sommeil. Ses douleurs nocturnes aux jambes accompagnées d'éveils pendant quelques années ont sans doute au fil des répétitions conditionnées le lit et la chambre à coucher à l'éveil,
- De plus, ses jambes fatiguées l'obligent à rester souvent allongé dans son lit actuellement. Son mari monte avec elle dans la chambre juste après manger : leur chambre est devenu également leur salon et leur bureau.

### **Facteurs déclenchant initiaux invoqués :**

- Naissance de ses enfants : changements de rythme dans sa vie

### **Evènements précipitant les troubles:**

- Accumulation de fatigue jusqu'à l'atteinte d'un seuil impactant le fonctionnement diurne (sommolence, concentration, mémoire...)

### **Traitements antérieurs**

- Marie n'a jamais pris de somnifères car elle est « contre les médicaments ». Elle a cependant essayé la phytothérapie et l'acuponcture sans succès.

### **Hypothèses de travail**

Voici les hypothèses de travail élaborées concernant l'apparition, le maintien et les déterminants de l'insomnie de Marie qui nous permettrons de choisir des cibles d'intervention et des techniques thérapeutiques adaptées.

Nous avons donc identifié chez Marie certains facteurs qui vont potentiellement la rendre plus vulnérable vis à vis de l'insomnie constituant ainsi un terrain favorable : ses antécédents familiaux ainsi qu'une probable hyperactivation constitutionnelle de son système d'éveil.

Vers l'âge de 20 ans, la chambre à coucher et l'éveil ont probablement été associés par conditionnement répétant à cause de ses douleurs aux jambes à répétition.

La naissance de ses jumeaux engendrant un changement de vie important a ensuite accentué son trouble. Marie a pu s'en accommoder quelques années de part son caractère et ses comportements très actifs mais l'accumulation de fatigue et ses efforts pour contrôler son sommeil impactent aujourd'hui son fonctionnement diurne.

Son insomnie apparaît donc en grande majorité conditionnée et renforcée positivement de part :

### **Ses comportements :**

- Augmentation du temps passé au lit éveillé pour obtenir plus de sommeil : Marie éteint la lumière à 22h30 sans avoir sommeil, elle n'attend pas les signes de sommeil car elle pense qu'elle récupèrera quand même un peu de sommeil ou au moins du repos. De même elle reste souvent au lit le matin quand elle en a la possibilité (même éveillée) pour « récupérer ».
- Mise en place d'activités éveillantes dans le lit et la chambre : la chambre et le lit sont utilisés pour travailler. Marie ne travaille que dans son lit quand elle est chez elle car elle a l'impression de gagner du temps dans la mesure où elle a du mal à dormir... Elle lit et regarde la télé dans son lit.  
L'activité mentale et l'état d'éveil générés par son travail (ainsi que le stress associé «des fois j'ai des mails qui m'énervent et j'y pense toute la nuit») va maintenir, accentuer et renforcer positivement le niveau d'éveil qui va à son tour favoriser des activités éveillantes dans le lit par conditionnement opérant.
- De la même manière, Marie reste au lit éveillée lors de l'endormissement, lors de ses réveils nocturnes et le matin: cet hyper éveil favorisé par le temps passé au lit éveillé «stimuli inconditionnels» qui par conditionnement répondant favorise l'éveil dans le lit et la chambre à coucher initialement «stimuli neutres ». Ces comportements inadaptés d'éveil au lit deviennent des «stimuli conditionnels» entraînant un éveil conditionné.
- Marie s'endort quelques minutes (environ une demi heure) devant la télévision puis de temps en temps se rendort le matin ce qui provoque une altération du processus homéostatique en diminuant la pression de sommeil
- Horaires de coucher et de lever irréguliers : Marie n'éteint jamais la lumière à la même heure et ne se lève jamais à la même heure, ses activités professionnelles renforcent ces irrégularités avec des horaires souvent décalés. Ces horaires irréguliers créent des perturbations chrono biologiques qui entraînent des décalages des rythmes biologiques et un déficit des synchroniseurs

### **Ses cognitions et croyances liées au sommeil:**

- les cognitions dysfonctionnelles concernant le sommeil renforcent positivement les stratégies d'augmentation du temps passé au lit et la pratique de rester éveillée au lit ainsi que l'anxiété de performance.
  - o *Identifications des pensées dysfonctionnelles*

A l'endormissement : «ca y est, encore une nuit sans dormir, je ne vais pas passer une bonne journée», «je n'arriverais pas à assurer à ma réunion demain»

Réveils nocturnes : «je vais être crevée demain, toujours à cause de ce sommeil...», «cela m'énervé de devoir dormir, ça me fait perdre mon temps, ça ne sert à rien, ça me pourrait la vie», «je suis vraiment trop nulle, même pas capable de dormir... allez, il faut que tu dormes et arrête de penser, arrête de penser»

- *Identifications des fausses croyances (issues de l'échelle CAS (annexe 19)) :*
  - 3. Je crains que l'insomnie chronique puisse avoir des conséquences sérieuses sur ma santé physique.
  - 5. Après une mauvaise nuit de sommeil, je sais que cela va nuire à mes activités quotidiennes le lendemain.
  - 7. Lorsque je me sens irritable, déprimé(e) ou anxieux(se) pendant la journée, c'est surtout parce que j'ai mal dormi la nuit précédente.
  - 9. Sans une nuit de sommeil adéquate, je peux à peine fonctionner le lendemain.
  - 12. Quand je me sens fatigué(e), sans énergie ou simplement incapable de bien fonctionner, c'est généralement parce que j'ai mal dormi la nuit précédente.
  - 13. Je crois que l'insomnie est principalement le résultat d'un déséquilibre physiologique.
- *Tendance à accentuer les conséquences diurnes de son insomnie en tenant responsable ses mauvaises nuits de ses difficultés quotidiennes ou professionnelles*
- *Anxiété de performance au coucher*

## **Contrat thérapeutique**

Le contrat thérapeutique porte sur 3 aspects :

- une meilleure efficacité de son sommeil
- un endormissement plus rapide et des réveils nocturnes moins longs
- une meilleure efficacité diurne

Nous proposons à Marie une prise en charge Cognitivo-Comportementale de l'Insomnie de 7 séances dont 4 séances en groupe. Les séances individuelles sont d'une durée d'une heure et les séances collectives sont d'une durée d'une heure et demi/deux heures.

Les 2 premières séances sont individuelles et espacées d'une semaine.

Les 2 premières séances de groupe sont espacées d'une semaine et les 2 dernières de 15 jours.

La séance de suivi aura lieu 1 mois après la fin du traitement.

## **Protocole thérapeutique**

Nous lui proposons une première phase d'évaluation de 2 séances individuelles dont les objectifs sont les suivants:

- anamnèse
- analyse fonctionnelle
- évaluations, passation des questionnaires, remise de l'agenda du sommeil
- élaboration des objectifs et du contrat thérapeutique

Une deuxième phase de traitement en groupe de 4 séances telles que présentées en première partie

- séances thérapeutiques
- évaluation des indicateurs de sommeil

Une troisième phase de suivi en individuel d'une séance pour faire le point de sa thérapie

### **Objectifs thérapeutiques :**

Les 4 objectifs sont fixés en collaboration avec Marie :

- atteindre une efficacité de sommeil de 85%
- réduire le temps d'endormissement à 30 mn maximum
- réduire la durée des réveils à 30 mn maximum
- augmenter la qualité du sommeil et de la journée >7

Nous expliquons à Marie que les comportements, cognitions et émotions qui maintiennent son trouble (hypothèses thérapeutiques) seront traités par des techniques adaptés et relatives aux hypothèses émises:

Au niveau comportemental	Technique du contrôle du stimulus et de restriction du sommeil
Au niveau cognitif	Psychoéducation concernant le sommeil et l'insomnie Restructuration cognitive
Au niveau émotionnel	Relaxation, techniques de gestion du stress

## **5.5 Méthodes d'évaluations utilisées**

### *Partie diagnostique*

Pour le diagnostic d'insomnie, voici les échelles utilisées :

- Questionnaire du sommeil du réseau morphée (voir annexe 20)
- Questionnaire de typologie circadienne (voir annexe 21)
- Echelle de sévérité de l'insomnie (voir annexe 19)
- Echelle de somnolence d'Epworth (voir annexe 19)
- Echelle de fatigue de Pichot (voir annexe 19)

Pour le diagnostic différentiel lié à une pathologie psychiatrique de type dépression ou trouble anxieux, voici les échelles qui ont été utilisées :

- Echelle de dépression de Beck (BDI) (voir annexe 18)
- Echelle d'anxiété STAI de Spielberger (voir annexe 17)

*Evaluation de son comportement problème :*

Nous avons utilisé 2 outils principaux de mesure pour suivre l'évolution des progrès de Marie:

- l'agenda du sommeil (annexe 23)
- les échelles d'évaluations

***Indicateurs du sommeil évalués et outils d'évaluation associés:***

Sévérité de l'insomnie : <ul style="list-style-type: none"><li>- niveau de sévérité générale</li><li>- niveau d'impact des problèmes de sommeil sur le fonctionnement diurne</li><li>- niveau de préoccupation/problème de sommeil</li></ul>	Echelle de sévérité de l'insomnie (annexe 19)
Niveau fatigue	Echelle de fatigue de Pichot (annexe 19)
Niveau de somnolence	Echelle de Somnolence d'Epworth (annexe 19)
Croyances et attitudes vis à vis du sommeil	Echelle de croyances et Attitudes concernant le sommeil (CAS -16) (annexe 19)
Pensées influant sur l'insomnie	Echelle des pensées de Glasgow (annexe 22)
Délai d'endormissement	Agenda du sommeil > tableau de bord
Temps de sommeil	Agenda du sommeil
Index d'efficacité du sommeil	Agenda du sommeil
Nombre et durée des réveils nocturnes	Agenda du sommeil > tableau de bord
Qualité du sommeil	Agenda du sommeil
Qualité de la journée	Agenda du sommeil

## 5.6 Déroulement des séances

### Séance 1

- explications des grands principes de l'approche cognitivo comportementale de l'insomnie :
  - o en quoi cela consiste
  - o les objectifs
  - o la prise en charge au sein du cabinet (en individuel et /ou collectif)
  - o les modalités...
- Marie souhaite intégrer le groupe TCC de l'insomnie pour une question financière. Je lui propose 2 séances individuelles afin d'identifier et d'analyser plus précisément son trouble (en lui principe de l'analyse fonctionnelle) et lui explique qu'elle pourra ensuite intégrer le groupe pour la phase de traitement, ce qu'elle accepte mais paraît très impatiente de commencer le traitement.
- recueil d'informations,
  - o attentes vis à vis de son trouble, informations concernant le diagnostic émis par le docteur Mullens (problématiques identifiées, habitudes de sommeil actuelles, conséquences actuelles),
  - o début de l'analyse fonctionnelle (facteurs déclenchants, antécédents personnels et familiaux, traitements antérieurs, histoire de son insomnie).
- remise et explication de l'agenda du sommeil,
- remise des questionnaires d'évaluation.

### *Consignes pour la séance 2 :*

- remplir l'agenda du sommeil,
- remplir les questionnaires d'évaluation.

### **Séance 2 :**

- Point sur son agenda de sommeil qu'elle a bien rempli et lui explique comment calculer les indicateurs du sommeil (mise en place de son tableau de bord) (voir annexe 17),
- Nous terminons l'analyse fonctionnelle (partie synchronie),
- Je lui explique ensuite comment s'est développé son trouble en reprenant avec elle le schéma de Spielman et lui expose les facteurs de maintien identifiés et sur lesquels nous allons travailler,
- Nous formalisons enfin le contrat thérapeutique en identifiant les objectifs et les axes de travail concernant le traitement.

*Consignes pour la séance 3 (qui se fera en groupe) :*

- continuer à remplir l'agenda du sommeil,
- remplir le tableau de bord du sommeil.

Je constate alors que cette séance est vécue avec encore plus d'impatience par Marie. L'alliance thérapeutique a du mal à se mettre en place. Quand je lui demande comment elle a perçu la séance, elle me répond qu'il lui tarde de «commencer réellement», elle voudrait aller plus vite sur les techniques de traitement, ces 2 séances sont vécues comme une perte de temps par Marie qui attend des résultats rapides et de «l'action».

**Séance 3** en groupe : (voir détail du contenu en première partie)

- Marie est très à l'aise avec les autres membres du groupe et semble ravie de faire partie de ce groupe thérapeutique. Elle a l'impression de vraiment commencer sa thérapie lors de cette séance,
- Lors de cette séance nous faisons le point sur les indicateurs de sommeil de Marie :
  - o Un temps de sommeil de 5h30,
  - o Un délai d'endormissement de 120mn,
  - o Un index d'efficacité de sommeil de 47,8%,
  - o 3 réveils nocturnes en moyenne qui pour certains peuvent durer 1h30.
- Nous abordons ensuite les consignes d'hygiène de sommeil : Marie constate certains de comportements d'hygiène de sommeil sont convenables à savoir :
  - o Elle ne boit pas de café, de thé, d'alcool et ne fume pas,
  - o Mange léger le soir,
  - o Ne prends pas de douche chaude avant d'aller dormir,
  - o La température de sa chambre est correcte, sa chambre est sombre, aérée régulièrement.

Elle doit travailler en revanche sur le fait de ne pas avoir d'activité stimulante et avoir un moment de détente avant le coucher.

- Voici les consignes de restriction de sommeil mises en place pour Marie :
  - o Heure de lever : 6h45,
  - o Heure de coucher : 1h.

*Consignes pour la prochaine séance :*

- Continuer à remplir l'agenda de sommeil,
- Remplir le tableau de bord du sommeil,
- Mettre en pratique la restriction du sommeil,
- Ne plus faire d'activités stimulantes (travailler, envoyer des mails...) à partir de minuit.

#### Séance 4 en groupe :

- L'index d'efficacité de Marie s'améliore : il est de 80% mais son temps de sommeil a diminué et elle se sent encore plus fatiguée dans la journée qu'avant. Marie n'est pas en totale adhésion avec les techniques et trouve la restriction du sommeil difficile. Le groupe va alors être un renforçateur intéressant car ils vont remobiliser Marie en prenant leur propre exemple de réussite,
- Dans la mesure où nous savons qu'il y a un écart entre perception du temps de sommeil et temps réel de sommeil, nous décidons d'augmenter pour Marie sa fenêtre de sommeil modifiant son heure de coucher à 12h45 et en gardant son heure de lever à 6h45,
- Marie a du mal à faire la différence entre temps de repos et temps de sommeil et n'arrive pas à identifier les signes d'endormissement : nous lui donnons des conseils sur ces différents points,
- Les informations sur l'insomnie lui permettent de modifier certaines croyances erronées telles que « après une mauvaise nuit de sommeil, je sais que cela va nuire à mes activités quotidiennes le lendemain », « lorsque je me sens irritable, déprimée ou anxieuse pendant la journée, c'est surtout parce que j'ai mal dormi la nuit précédente », « je crois que l'insomnie est principalement le résultat d'un déséquilibre physiologique »
- Enfin, nous présentons la technique du contrôle du stimulus : Marie devra
  - o Attendre de ressentir les signes d'endormissement avant de décider de dormir,
  - o Ne pas rester dans son lit si elle ne s'endort pas,
  - o Ne pas travailler ni faire autre chose que dormir dans son lit, Marie devra bien différencier le fait d'aller au lit pour dormir et pour reposer ses jambes, nous lui conseillons d'ailleurs de ne pas rester dans sa chambre aussi longtemps et de ne monter se coucher que pour dormir,
  - o Ne plus regarder le réveil la nuit.
- enfin nous introduisons le travail sur les pensées en présentant le tableau de Beck.

#### *Consignes pour la séance prochaine*

- agenda et tableau de bord du sommeil à remplir,
- continuer la restriction du sommeil et mettre en place les consignes du contrôle du stimulus,
- identifier les pensées relatives au sommeil sur le tableau 3 colonnes.

#### Séances 5 et 6 en groupe

- Marie est contente de ses résultats et atteint un index d'efficacité de sommeil de 85% puis 89%. Le nombre et la durée de ses réveils nocturnes ont bien diminué ainsi que sa somnolence diurne,
- Au niveau du contrôle du stimulus, Marie n'a pas souhaité monter dans sa chambre quand elle ressent les signes d'endormissement. Elle continue donc avec son mari à passer leur soirée dans leur chambre avec la télé mais nous dit qu'elle arrive à bien faire la différence entre être sur le lit pour reposer ses jambes et pour dormir. Elle arrive à ne plus regarder le réveil et ne travaille plus 1h avant de dormir.

- Pensées dysfonctionnelles issues du tableau « 3 colonnes de Beck » de Marie : en voici une synthèse :

Situation	Emotion (de 1 à 10)	Pensée automatique associée
En voiture, en rentrant d'une réunion	Anxiété anticipatoire – 6 –	« j'espère que je vais dormir ce soir »
En allant me coucher, je monte les escaliers	Tension, début d'énervement – 5-	« je vais encore passer une nuit pourrit, ça m'énerve ses histoires de sommeil, si seulement on n'avait pas à dormir !!!!»
A lit, j'éteins la lumière	Peur de ne pas dormir, énervement – 7 -	« ca y est, encore une nuit sans dormir, je ne vais pas passer une bonne journée », « je vais être fatiguée et incompétente demain »
Moment de somnolence dans la journée	Epuisement, désespoir	« je n'arriverai jamais à m'en sortir, je serai toujours fatiguée »  « tout ca à cause de ma mauvaise nuit...si j'étais plus en forme, je ferais plus de choses »
Réveils nocturnes	Enervement -9-  Tristesse, crainte – 8 -	« je n'arriverais pas à assurer à ma réunion demain, toujours à cause de ce sommeil... », « cela m'énerve de devoir dormir, ça me fait perdre mon temps, ça ne sert à rien, ça me pourrit la vie »  « aller, il faut que tu dormes et arrête de penser, arrête de penser »  « si tu ne dors pas, tu n'arriveras pas à affronter Mr R, il va te manger toute crue, tu vas décevoir M et G... »

- Marie réussit à identifier ces pensées alternatives lors de la séance:

Situation	Emotion	Pensées associées	Pensées alternatives	Emotion
	Avant + degré		Degré de croyance (1 à 10)	Après + degré
réveils nocturnes  A l'endormissement	Anxiété/8	« je n'arriverais pas à assurer à ma réunion demain, toujours à cause de ce sommeil... »	« même si je ne dors pas bien cette nuit, je sais maintenant que ma performance ne sera presque pas impactée »	Anxiété/4
	Anxiété/8	« j'espère que je vais dormir ce soir »	« Depuis quelques jours, j'arrive à m'endormir beaucoup plus rapidement, il n'y a aucune raison que je ne m'endorme pas vite ce soir »	Anxiété/5

- Marie n'adhère pas à la technique de relaxation proposée. Elle dit avoir du mal à « lâcher prise » et a ressenti de l'angoisse pendant la séance,
- Sur la partie concernant le stress, Marie ne s'est pas exprimée sur ses stressors. En revanche, elle a été d'un grand soutien pour une autre personne du groupe en lui donnant des conseils très pertinents.

### Séance 7 de suivi en individuel

Lorsque je revois Marie un mois après la thérapie, je constate que ses résultats liés aux indicateurs du sommeil se sont stabilisés avec un index d'efficacité du sommeil à 86%.

Cependant Marie semble encore préoccupée par son sommeil et notamment par le fait de devoir dormir tout court. Elle a toujours ce sentiment de perdre son temps.

Voici la retranscription d'une partie d'entretien:

Thérapeute : *qu'est ce qui fait que pour vous dormir est une perte de temps ?*

Marie : *parce que dormir c'est pour moi du temps vide, on n'agit pas, on ne fait rien pour les autres quand on dort*

Thérapeute : *donc vous pensez que le temps que vous passez pour les autres est du temps utile et que le temps de sommeil, qui n'est pas centré sur les autres n'est donc pas utile*

Marie : *oui, c'est ça, tout le temps que je ne passe pas pour les autres est du temps perdu, donc le sommeil en fait partie*

Thérapeute : *et le temps que vous passez pour vous... ?*

Marie : *le temps que je passe pour moi ne sert à rien, c'est même insupportable j'ai besoin d'être utile et être seule avec soi même est inutile*

Thérapeute : *donc si je comprends bien, le temps que vous passez quand vous êtes seule avec vous même est un temps qui est pour vous très dur à supporter....comment cela se traduit-il exactement, quels sont vos ressentis ?*

Marie : *cela m'angoisse, ca m'énerve et je me dis que je suis en train de perdre mon temps*

Thérapeute : *et que faites vous alors ?...*

Marie : *je suis obligée de faire quelque chose d'autre, je travaille, j'envoie mes mails...*

Thérapeute : *vous m'avez dit devoir partir en cure (prescrite par son médecin pour ses jambes). Vous allez être seule lors de cette cure, est ce que vous redoutez ce départ ?*

Marie : *tout à fait, j'en suis malade, j'ai vraiment l'impression de ne servir à rien là bas, d'ailleurs les autres vont m'en vouloir de les laisser (les personnes de son association)*

Thérapeute : *que vont ils dire ?*

Marie : *que je ne fais rien, que je ne travaille pas, que je ne sers à rien*

Thérapeute : *et s'ils le pensaient ? Cela renverrait quoi chez vous ?*

Marie : *je ne sais pas, c'est très dur pour moi que l'on puisse penser ça de moi ... long silence... en fait cela me renvoie que je ne suis rien... j'ai l'impression que je n'existe pas*

Thérapeute : *donc si je résume, est ce que l'on pourrait dire que dans toutes les situations ou vous avez le sentiment de ne rien faire pour les autres, donc par exemple dormir, se soigner, manger, avoir des loisirs, ne pas travailler... dans ces situations vous avez le sentiment de ne pas exister, c'est bien ça ?*

Marie : *long silence... oui, effectivement... je ne l'avais jamais vu comme ça... .*

Nous avons terminé l'entretien en identifiant en gros le temps qu'elle considérait comme *utile* dans une journée type de 24h (quand elle travaille) et nous sommes arrivées à 9h environ, ce qui donne en pourcentage plus de 65% de son temps ou elle a le sentiment de ne pas exister, de

n'être rien et de lutter contre cette idée (sachant que ce pourcentage est encore plus important quand elle ne travaille pas).

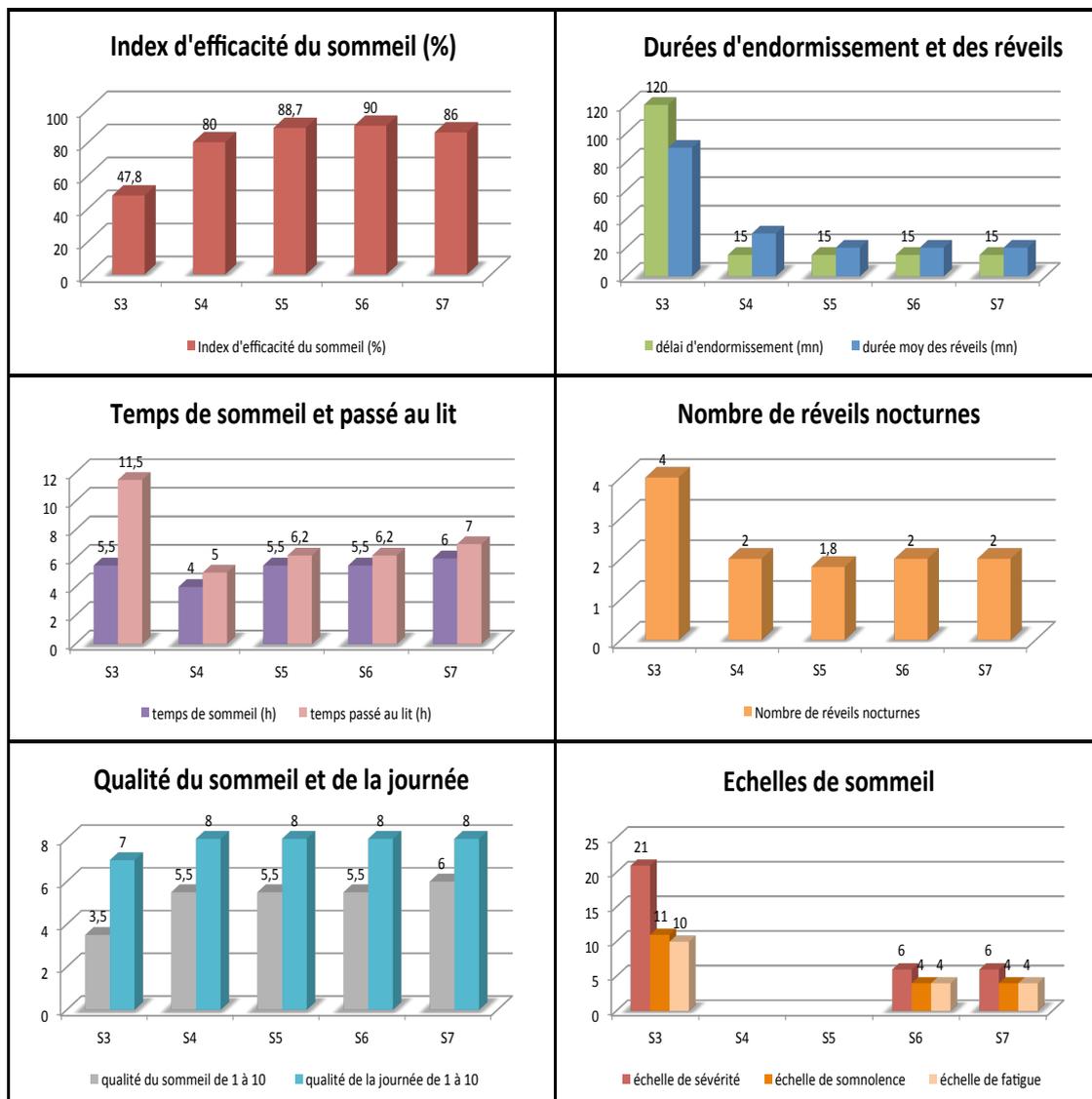
Je lui explique alors que l'on peut travailler ensemble de ce temps perçu comme *inutile*, cela renforcera ses résultats liés aux insomnies afin qu'ils soient réellement pérennes dans le temps. Je lui propose donc de la revoir quand elle le souhaite afin de travailler l'objectif de se réapproprier et de « mieux vivre » ce temps passé avec elle même.

Marie semble enchantée et impatiente de commencer ce travail. Je ressens vraiment à ce moment de la thérapie que l'alliance thérapeutique est installée de manière optimale. Le prochain rendez vous est fixé après sa cure en juin.

Je lui demande comme consigne de noter et de décrire lors de sa cure tous les « bons moments » qu'elle aura ressenti ou perçu.

## 5.7 Résultats et Discussion

Voici les résultats de Marie sous forme graphique par séance (de la 3<sup>ème</sup> à la 7<sup>ème</sup>)



Le cas de Marie montre les avantages d'une TCC-I brève mais également permet d'en montrer certaines limites :

La thérapie mise en place permet d'obtenir d'excellents résultats sur les indicateurs du sommeil de Marie. Les objectifs atteints sont les suivants :

- atteindre une efficacité de sommeil de 85% > marie est stabilisée à 86%,
- réduire le temps d'endormissement à 30 mn maximum > sa moyenne est de 15mn,
- réduire la durée des réveils à 30 mn maximum > sa moyenne est de 20 minutes avec un nombre de réveils nocturnes diminué de moitié,
- augmenter la qualité de la journée > 7 (de 7 à 8/10, avec une réduction de l'ensemble des indicateurs des échelles de sommeil).

Seul l'objectif d'augmenter la perception de la qualité de sa nuit > 7 n'est pas atteint :

- la qualité du sommeil elle est passée de 3,5 à 6/10 mais a cependant augmenté

Les techniques comportementales permettent réellement de réguler le système veille/sommeil et de réduire significativement les délais d'endormissement et la durée des réveils nocturnes. Cette première démarche est essentielle pour les patients car elle leur permet de reprendre rapidement du « contrôle » sur leur trouble et d'en minimiser ainsi l'impact sur leur fonctionnement quotidien.

Cette approche est donc efficace pour l'ensemble des patients qui présentent une insomnie chronique (avec ou sans comorbidités), ce qui permet d'avoir en première intention une réduction significative des troubles (quelles qu'en soient les causes individualisées).

Cependant, le cas de Marie nous montre qu'au delà des résultats objectifs qu'elle obtient, une thérapie brève n'est souvent pas suffisante au regard de certaines croyances dysfonctionnelles et/ou de certains schémas dysfonctionnels qui peuvent apparaître comme conditionnant également de manière prépondérante le maintien du trouble d'insomnie. Il faut donc que le thérapeute TCC-I soit conscient que dans la plupart des cas d'insomnie chronique, des séances supplémentaires seront nécessaires dans un deuxième temps pour renforcer notamment la partie cognitive (restructuration cognitive, travail sur les schémas dysfonctionnels...) qui reste très succincte dans le traitement initial de 3 séances.

La deuxième limite concerne la place de l'analyse fonctionnelle dans la thérapie.

Dans le cas de Marie, nous constatons que les 2 premières séances consacrées plus particulièrement à l'analyse fonctionnelle n'ont pas favorisé une alliance thérapeutique optimale. Marie ne s'est engagée dans le traitement qu'à partir des séances de groupe.

Le cas de Marie (confirmé par les autres patients que nous avons reçu au cabinet) nous montre que l'analyse fonctionnelle doit être menée au fur et à mesure des premières séances tout en engageant très rapidement les patients dans des techniques comportementales (restriction du

sommeil et contrôle du stimulus). Nous avons établi aujourd'hui cette démarche au sein du cabinet.

Le contexte d'intervention explique en grande partie cette limite. Les patients reçus dans un cabinet de médecine du sommeil en ville sont envoyés par les médecins généralistes pour que l'on traite leur trouble et ne sont souvent pas prêts ou ne sont pas dans la démarche initiale de s'engager dans une psychothérapie payante (en première intention en tout cas). Ce contexte nous oblige donc à adapter l'approche des TCC-I en pratique libérale.

Un travail sur ses croyances et schémas dysfonctionnels sera entrepris avec Marie dans un deuxième temps en utilisant les techniques suivantes :

- apport de la thérapie des schémas de Young pour identifier, comprendre et assouplir ses schémas dysfonctionnels (abnégation et carence affective à confirmer...)
- apport des techniques de la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (ACT) pour travailler sur l'acceptation du temps qu'elle passe avec elle-même (acceptation de son handicap, du temps pour elle *non utile*) ainsi que pour engager ses comportements et cognitions vers ses valeurs et besoins personnels...

Voici les 2 axes de travail qui me paraissent être en adéquation avec les besoins et attentes de Marie à l'heure actuelle.

## **6. Conclusion**

Nous constatons que les 8 patients des 2 premiers groupes ont atteint leurs objectifs et leurs attentes. Certains ont dit que la TCC-I *ont changé leur vie* alors qu'ils estimaient qu'ils n'en sortiraient jamais, que c'était une fatalité. Pratiquement tous ont diminué ou arrêté la prise de certains sédatifs.

Ces résultats sont très encourageant et confirme l'intérêt de mettre en place les TCC-I en cabinet de ville

La TCC-I brève de l'insomnie que nous venons de développer est un excellent traitement de première intention pour aborder le problème complexe de l'insomnie chronique.

Elle facilite en deuxième intention la mise en place des techniques de la troisième vague, comme l'ACT et le Mindfulness ou la thérapie des schémas qui renforcent l'approche cognitive et émotionnelle du traitement (ce que nous avons constaté chez 60% des patients). Nous étudions actuellement l'apport et l'application de ces techniques dans le cadre de l'insomnie.

Enfin, nous réfléchissons à la création d'un réseau de professionnels de santé centré sur l'insomnie chronique dans le Tarn. Un tel réseau permettrait des économies de santé non négligeables.

Voilà pourquoi les tutelles et les mutuelles devraient la reconnaître et la prendre en charge d'une façon raisonnable.

## **Bibliographie**

1. **American Academy of Sleep Medicine.** *International Classification of Sleep Disorders : Diagnostic and Coding Manual.* 2nd Edition, 2005.
2. **Biliard M., Dauvilliers Y.,** Les troubles du sommeil. *Insomnie de l'adulte.* Paris : Elsevier Masson, 2011. pp. 155-176.
3. **Gourier-Fréry, C et Fuhrman, C.** Institut National de Veille Sanitaire. *Synthèse des études menées à l'Institut de veille sanitaire.* A paraître en novembre 2012.
4. **INSV/BVA.** Enquête "sommeil et rythme de vie", lettre d'information. 15 nov 2009.
5. **Mullens E.** Un outil de sensibilisation sur les troubles du sommeil dans le département du Tarn. Congrès SFRMS, Marseille : Source <http://eric.mullens.free.fr>, 2005. Communication orale.
6. *A behavioral perspective on insomnia treatment.* **Spielman A, Caruso L, Glovinsky P.** s.l. : Psychiatr Clin North Am, 1987, Vol. 10:541-553.
7. **AASM.** Practice parameters for the psychological and behavioural treatment of insomnia: an update. s.l. : Sleep. pp. 1415-1419.
8. *Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed.* **Spielman AJ, Sasaki P, Thorpy MJ.** s.l. : Sleep, 1987, Vol. 10:45.
9. *Cognitive behavior therapy for chronic insomnia.* **Smith MT, Neubauer DN.** 5 (3): 28-40, s.l. : Clin. Cornerstone, 2003.
10. **Mullens E.** Apprendre à faire la sieste. Et si c'était un médicament. Paris : Josette Lyon, 2009.
11. **Blais FC., Gendron L., Mimeault V., Morin CM.** Assesment of insomnia : validation of three questionnaires. s.l. : Encephale, 1997. Vol. 23, pp. 447-53.
12. **Mullens, E.** Quand le sommeil prend de l'âge, des conseils pour mieux dormir. s.l. : <http://eric.mullens.free.fr/videos/Videos%20sommeil.htm>, 2010.
13. **Chesson A, Mc Dowell A.** Practice Parameters for non pharmacologic treatment of chronic insomnia. s.l. : Sleep, 1999. Vol. 22, pp. 1128-1133 .
14. **Servant, D.** Soigner le stress et l'anxiété par soi-même. s.l. : Odile Jacob, 2003.
15. **Servant D.** La relaxation: nouvelles approches, nouvelles pratiques. Paris : Masson, 2009.
16. <http://www.reseau-morphee.fr/>. [En ligne]
17. **Mullens E.** Apprendre à dormir. Paris : Josette Lyon, 2005. Vol. 2ème édition.

18. **Royant Parola, S.** Les mécanismes du sommeil : rythmes et pathologies.
19. **Morin, C.M.** Vaincre les ennemies du sommeil. Paris : Marabout, 2000.
20. **Bé langer L, Morin C.M. Insomnie de l'adulte.** Biliard M, Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. s.l. : Paris : Elsevier Masson, 2011. Vol. chapitre 13, p.155-175.
21. **Espie, Colin A.** L'insomnie et les problèmes de sommeil. Dunod, Paris : Interéditions, 2008 .
22. **Royant Parola, S.** Comment retrouver le sommeil par soi même. s.l. : Odile Jacob, Paris, 2002.
23. **Espie, Colin A.** L'insomnie et les problèmes de sommeil. Paris : Interéditions, dunod, 2008.
24. **Chapelle, F et Monie, B.** Bon stress, mauvais stress : mode d'emploi. Paris : Odile Jacob.
25. **M, Paulhan I. Bourgeois.** Stress et coping : les stratégies d'ajustements à l'adversité. s.l. : PUF, 2008. Vol. 2ème Edition.
26. **Garma L, Bounes M, Levy F.** Caractéristiques cliniques des patients insomniaques améliorés par la relaxation. s.l. : Sem Hôp Paris, 1984. Vol. 60, pp. 3023-3033.
27. *An evaluation of behavioral treatments for insomnia in the older adults.* **Engle-Friedman M, Bootzin RR.** [éd.] J. clin Psychol. 1992, pp. 48: 77-90.
28. **Meir H. Kryger, MD, Thomas Roth, PhD and William C. Dement.** Principles and Practice of Sleep Medicine. s.l. : Elsevier Inc., 2012.
29. **Harvey, AG.** Insomniac's reported use of CBT components and relationship to long term clinical outcome. *Behaviour research and therapy.* 2002. Vol. 40: 75-83.
30. **Monestès JL, Villate M.** La Thérapie d'acceptation et d'engagement. Elsevier Masson, 2011.

## **7. Annexes**

Annexe 1 : Plaquette d'information Traitement Comportemental et Cognitif de l'Insomnie

Annexe 2 : Questionnaire du sommeil (réseau Morphée)

Annexe 3 : Questionnaire de typologie Circadienne

Annexe 4 : Échelle de sévérité de l'insomnie

Annexe 5 : Échelle de Somnolence d'Epworth

Annexe 6 : Échelle de fatigue de Pichot

Annexe 7 : Échelle de dépression de BECK (BDI)

Annexe 8 : Échelle d'anxiété STAI de Spielberger

Annexe 9 : Échelle de croyances et Attitudes concernant le sommeil (CAS -16)

Annexe 10 : Fiche support aux consignes d'hygiène de sommeil

Annexe 11: Agenda du sommeil TCCI

Annexe 12 : Livret de traitement TCC groupe

Annexe 13 : Fiche support à la technique de restriction du sommeil

Annexe 14 : Fiche support : Modélisation TCC de l'insomnie chronique

Annexe 15 : Fiche support du contrôle du stimulus

Annexe 16 : Fiche pratique : support aux techniques d'hyperactivité mentale

Annexe 17 : Echelle d'anxiété de Spielberger de Marie

Annexe 18 : Echelle de dépression de BECK (BDI) de Marie

Annexe 19 : Livrets d'évaluation du sommeil de Marie avant le traitement (CAS 16, sévérité, fatigue et somnolence)

Annexe 20 : Questionnaire du sommeil de Marie

Annexe 21 : Questionnaire de typologie circadienne de Marie

Annexe 22 : Echelles des pensées de Glasgow de Marie

Annexe 23 : Agendas du sommeil TCC-I de Marie