



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°76

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

JOSÉPHINE RIBET

Né(e) le 21 août 1997 à GRANVILLE (50)

TITRE

Médecine générale et psychiatrie 37 : évolution de la sévérité de l'insomnie chronique après Thérapie Cognitivo-Comportementale en groupe

Présentée et soutenue publiquement le **24 juin 2025** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Paul BRUNAUT, Psychiatrie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Thomas DESMIDT, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale – La Croix en Touraine

Docteur Pierre-Yves SARRON, Psychiatrie, CHU – Tours

Dr Marc-Florent TASSI, Santé Publique, AHU, Faculté de Médecine –Tours

RESUME :

Titre : Médecine Générale et Psychiatrie 37 : évolution de la sévérité de l'insomnie chronique après Thérapie Cognitivo-Comportementale en groupe.

Introduction : L'insomnie chronique est présente chez 13,1% des Français. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont indiquées en première intention dans les insomnies chroniques. Leur efficacité est prouvée et perdure dans le temps. Les traitements médicamenteux sont prescrits en première intention car la TCC est moins facile d'accès. C'est dans ce contexte que le dispositif Médecine Générale et Psychiatrie 37 (MG-Psy37) a vu le jour en 2019 dans le but d'améliorer l'offre de soins en santé mentale. Nous allons étudier l'évolution de la sévérité de l'insomnie chronique avant et après la TCC en groupe proposée par MG-PSY37.

Méthode : Étude rétrospective monocentrique montrant l'évolution des scores de l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) avant/après les ateliers de TCC « insomnie » en groupe de MG-PSY 37.

Résultats : 61 patients étaient inclus dans notre étude. Une amélioration des scores ISI après la TCC en groupe était visualisée. Le pourcentage de patients appartenant à la classe d'insomnie sévère passait de 16,4% à 4,9% et celui de patients appartenant à la classe d'insomnie modérée passait de 65,6% à 27,8%. Cela nous permet de conclure à une efficacité de la TCC de groupe sur la diminution de la sévérité de l'insomnie chronique.

Discussion : Notre étude présentait une grande force statistique. De plus, nos résultats correspondaient aux résultats de la littérature.

Conclusion : La TCC en groupe réalisée dans le cadre de MG-PSY37 est efficace sur la diminution de la sévérité de l'insomnie chronique.

Mots clés : Thérapie cognitivo-comportementale, groupe, Médecine Générale et Psychiatrie 37, insomnie chronique.

ABSTRACT:

Title: Médecine Générale et Psychiatrie 37 : Changes in the severity of chronic insomnia after Cognitive Behavioural Therapy in a group setting.

Introduction: Chronic insomnia is present in 13.1% of French people. Cognitive behavioural therapies (CBT) are the first-line treatment for chronic insomnia. Their effectiveness has been proven and is long-lasting. Medication is prescribed as a first-line treatment because CBT is less readily available. It was against this backdrop that the Médecine Générale et Psychiatrie 37 (MG-Psy37) scheme was set up in 2019, with the aim of improving mental health care provision. We will study changes in the severity of chronic insomnia before and after group CBT offered by MG-PSY37.

Method: Single-centre retrospective study showing changes in Insomnia Severity Index (ISI) scores before and after CBT 'insomnia' workshops in MG-PSY 37 groups.

Results: 61 patients were included in our study. There was an improvement in ISI scores after group CBT. The percentage of patients in the severe insomnia class decreased from 16.4% to 4.9% and the percentage of patients in the moderate insomnia class decreased from 65.6% to 27.8%. This allows us to conclude that group CBT is effective in reducing the severity of chronic insomnia.

Discussion: Our study showed high statistical power. In addition, our results were consistent with the literature.

Conclusion: Group CBT carried out within the MG-PSY37 framework is effective in reducing the severity of chronic insomnia.

Key Words: cognitive-behavioural therapy, groups, General practice and Psychiatry 37, chronic insomnia

Liste des enseignants de la faculté

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric.....	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire.....	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée.....	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde.....	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie.....	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald.....	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie

Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde

Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste

IMBERT Mélanie

Orthophoniste

SIZARET Eva

Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés
et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères
et consœurs si j'y manque.

Remerciements

Au président du jury de thèse, Monsieur le Professeur BRUNAUT. Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

A mes directeurs de thèse, Dr Alice PERRAIN et Pierre-Yves SARRON. Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Merci de votre disponibilité et de vos conseils. Cela fût un plaisir de travailler à vos côtés.

Au Dr Marc-Florent TASSI d'avoir accepté de faire parti de ce jury de thèse après m'avoir apporté une aide précieuse pour ce travail. Merci de ta disponibilité.

Au Professeur Thomas DESMIDT. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de siéger à ce jury.

A mon amie et co-thésarde Julie, merci d'avoir accepté d'effectuer ce travail à mes côtés et de m'avoir accompagné dans ce long périple. On se souviendra des soirées entières à y travailler se terminant toujours par une bonne bouteille de vin en compensation.

Table des matières

RESUME	2
ABSTRACT	3
LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE	4
SERMENT D'HIPPOCRATE	9
REMERCIEMENTS	10
LISTE DES ABREVIATIONS.....	12
1.INTRODUCTION	13
2.MATERIEL ET METHODES.....	15
2.2 POPULATION ETUDIEE	15
2.3 SCORE ISI.....	15
2.4 LA TCC EN GROUPE DU DISPOSITIF MG-PSY37.....	15
2.5 QUESTIONNAIRE ET RECUEIL DES DONNEES.....	16
2.6 ÉTHIQUE :	16
2.7 ANALYSES STATISTIQUES :.....	16
3.RESULTATS	18
3.1 ANALYSES DESCRIPTIVES	18
3.2 ANALYSE PRINCIPALE.....	21
3.3 ANALYSES SECONDAIRES	24
3.4 SYNTHÈSE DES RESULTATS	26
4.DISCUSSION	28
4.1 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.....	28
4.2 CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL.....	28
4.3 CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRE	29
4.4 FORCES.....	30
4.5 LIMITES	30
5.CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE.....	33
ANNEXES :	35

Liste des abréviations

CHRU = Centre Hospitalier Régional Universitaire

CoMeth = Consultation Méthologique

ISI = Index de sévérité de l'insomnie

MG-PSY37 = Médecine Générale et Psychiatrie 37

PSQI = Index de qualité du sommeil de Pittsburgh

TCC = Thérapie Cognitivo-Comportementale

1.INTRODUCTION

L'insomnie se définit comme une difficulté à s'endormir, des réveils nocturnes avec des difficultés à se rendormir ou un réveil matinal avec une incapacité à se rendormir (1–4). Les troubles du sommeil sont associés à un retentissement dans la journée avec une fatigue, une somnolence, des troubles de la concentration et de la mémoire (1,2,4,5) avec une perturbation de l'humeur qui peuvent avoir un impact sur le plan social, professionnel ou personnel (3). Lorsque ces perturbations sont présentes au moins trois fois par semaine et depuis plus de trois mois, on parle d'insomnie chronique (2–6).

L'insomnie est une pathologie associant une composante psychologique et neurobiologique (4). Elle débute souvent de manière occasionnelle, transitoire, par un facteur précipitant qui occasionne une augmentation de stress comme la naissance d'un enfant, un nouveau travail, des difficultés au travail, un deuil, des problèmes familiaux, ou à un environnement défavorable au sommeil (1,4,7). Chez certaines personnes, cette insomnie aiguë peut devenir chronique. Le mécanisme de chronicité découle de trois facteurs :

- un facteur prédisposant qui peut être un facteur génétique, biologique ou psychosocial
- un facteur précipitant comme citer ci-dessus
- un facteur d'entretien dû à des stratégies dysfonctionnelles et croyances erronées mises en place pour essayer de récupérer du sommeil (1,4).

En 2017, 13,1% des Français souffriraient d'insomnie chronique. 16,9% sont des femmes contre 9,1% d'hommes (8). Quel que soit l'âge, les femmes sont environ deux fois plus nombreuses que les hommes à évoquer des symptômes d'insomnie chronique (5).

Les personnes souffrant d'insomnie sont plus susceptibles au développement, à une durée plus longue ou aux rechutes de la dépression. Le risque de troubles anxieux et de dépression est deux fois plus important (7). Mais cela ne concerne pas que les maladies psychiatriques, en effet, elle est associée aussi à un risque de maladies cardiovasculaires, d'hypertension artérielle, de diabète de type 2, de maladies neurologiques, respiratoires, gastro-intestinales, urinaires (4,7,9,10).

Il existe plusieurs traitements pour l'insomnie chronique. Le traitement le plus utilisé est le traitement médicamenteux, souvent par benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques ou anti-histaminiques (1,4,6,11). Cependant, beaucoup d'effets indésirables sont associés aux traitements médicamenteux (1,4,12) qui peuvent donc être utilisés pour des insomnies transitoires mais ne sont pas recommandées en première intention pour les insomnies chroniques (4). Le daridorexant (QUVIVIQ) validé par la commission de la transparence depuis mai 2023 est le seul traitement à avoir une indication pour l'insomnie chronique, uniquement en cas d'échec de la thérapie cognitivo-comportementale. Cependant la durée du traitement doit être la plus courte possible (13,14).

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est recommandée en première intention. Cette technique s'est montrée efficace durablement et sans effet secondaire (3,4,6,7,11,12). Elle peut être individuelle ou en groupe (6,7). Le principe de cette technique

est que le patient devienne acteur de sa santé et de son sommeil (3). La TCC n'est généralement pas proposée en première intention à cause de l'absence de remboursement des consultations et des délais trop long d'obtention de rendez-vous (15) ; par manque de psychiatres ou de psychologues formés, de saturation de capacité d'accueil et de consultation des secteurs de psychiatries, associé à l'augmentation de la prévalence des pathologies psychiatriques (16).

Le dispositif « Médecine Générale et Psychiatrie 37 » (MG-PSY37) porté par les 6 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) d'Indre et Loire et le Groupement Hospitalier de Territoire d'Indre et Loire, a vu le jour en 2019 pour améliorer l'offre de soins en santé mentale dans le département et la coordination entre médecins généralistes et psychiatres, en favorisant la diffusion de bonnes pratiques sur les soins primaires et la santé mentale, et en développant des prises en charge psychothérapeutiques gratuites pour les patients (16,17). Les séances de psychothérapies en groupe pour l'insomnie chronique organisées par MG-PSY37 sont réalisées par groupe de 8 patients maximum, sur 7 séances animées par un binôme d'animateurs formés (souvent des psychologues). Les séances sont gratuites pour les participants (18).

Nous nous sommes posé la question de l'efficacité des groupes de TCC. Nous décidons donc d'étudier l'évolution de la sévérité de l'insomnie chronique avant et après la thérapie cognitivo-comportementale en groupe proposée par « Médecine Générale et Psychiatrie 37 ».

2. Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique évaluant l'évolution des scores de l'index de sévérité de l'insomnie (ISI) avant/après les ateliers de TCC « insomnie » du dispositif MG-PSY37.

2.2 Population étudiée

Notre critère d'inclusion était de participer à l'atelier. Notre critère de non-inclusion était le refus de participer à l'étude. Notre critère d'exclusion était de ne pas avoir rempli le questionnaire du score ISI au début ou à la fin de la TCC.

2.3 Score ISI

Le score de l'index de sévérité de l'insomnie (ISI) est un score fiable et valide pour quantifier la gravité de l'insomnie (19).

Il est composé de 7 questions différentes, pour lesquelles les réponses vont de 0 à 4. Le score minimal est de 0 et le score maximal de 28.

Une absence d'insomnie se définit par un score allant de 0 à 7.

Une insomnie légère se définit par un score allant de 8 à 14.

Une insomnie modérée se définit par un score allant de 15 à 21.

Une insomnie sévère se définit par un score allant de 22 à 28.

Le questionnaire type se trouve en annexe 1.

2.4 La TCC en groupe du dispositif MG-PSY37

La TCC en groupe de MG-PSY37 s'adressait aux personnes majeures, orientées par un médecin généraliste ou un psychiatre.

Les critères de non-inclusion dans un groupe de TCC en groupe de MG-PSY37 étaient

- être mineur,
- avoir une insomnie secondaire à des pathologies somatiques (douloureuse / inflammatoire / endocrinienne),
- avoir des mésusages actifs (addictions) pouvant entraver l'investissement dans des soins ou pouvant mettre en difficulté un groupe de patient, avoir un trouble neuro dégénératif (démence),
- avoir une déficience intellectuelle,
- ne pas maîtriser la langue française,
- avoir des critères de gravité ou une sévérité de symptômes psychiques qui contre-indiquent une prise en charge psychothérapeutique.

La TCC en groupe était composée de 7 séances de 2h. Elle se passait en dehors des structures hospitalières et souvent le soir. Elle était animée par un binôme d'animateurs formés. Elle se déroulait par groupe de 10 maximum et était gratuite pour les participants. Le contenu des

séances était identique pour chaque séance. Le plan du contenu des séances se trouve en annexe 2.

2.5 Questionnaire et recueil des données

Le recueil des données était effectué de mai 2022 à juin 2024.

Le questionnaire du score ISI était distribué et rempli lors de la première séance puis lors de la dernière séance.

Après le recueil des données, les données étaient toutes anonymisées dans un tableau Microsoft Excel :

- âge des participants
- sexe des participants
- présence ou absence à chacune des 7 séances
- score d'Index de Sévérité de l'Insomnie avant les séances
- score d'Index de Sévérité de l'Insomnie après les séances
- groupe dans lequel Médecine Générale et Psychiatrie 37 a inclus le participant (de 1 à 7)

2.6 Éthique :

Notre étude a été enregistrée dans le registre interne du CHU dans le cadre d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine.

2.7 Analyses statistiques :

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide des logiciels Excel et R.

- *Analyses descriptives :*

Un Flowchart visualisait le nombre de personnes orientées vers la TCC, le nombre de personnes incluses dans la TCC et le nombre de personnes incluses dans notre étude.

Une description de la population incluse et exclue était réalisée.

L'évolution de la sévérité de l'insomnie chronique en fonction du sexe et de l'âge était analysée.

Un diagramme de Sankey (*Figure 1*) représentait les flux de patients entre les différents niveaux de score entre le début et la fin des séances de TCC.

Le nombre de patients par classe de sévérité de l'insomnie chronique avant et après la TCC était déterminé.

Le nombre de patients par classe de sévérité de l'insomnie chronique après la TCC en fonction de sa classe initiale était déterminé.

- *Analyses ajustées :*

La réduction de médiane du score entre le début et la fin en fonction du score au début était réalisée. L'effet lié à la TCC était estimé à l'aide d'un modèle de régression. Le score ISI à la fin de la TCC était modélisé par une distribution bêta-ordinaire et ajusté sur le score ISI initial. Les

résultats sont présentés sous forme d'effet marginal médian avec un intervalle de crédibilité à 95%.

L'impact de l'âge, du sexe et du taux de participation était également estimé dans un modèle intégrant ces facteurs.

L'effet du taux de participation était représenté par une densité postérieure. Le codage était fait tel que :

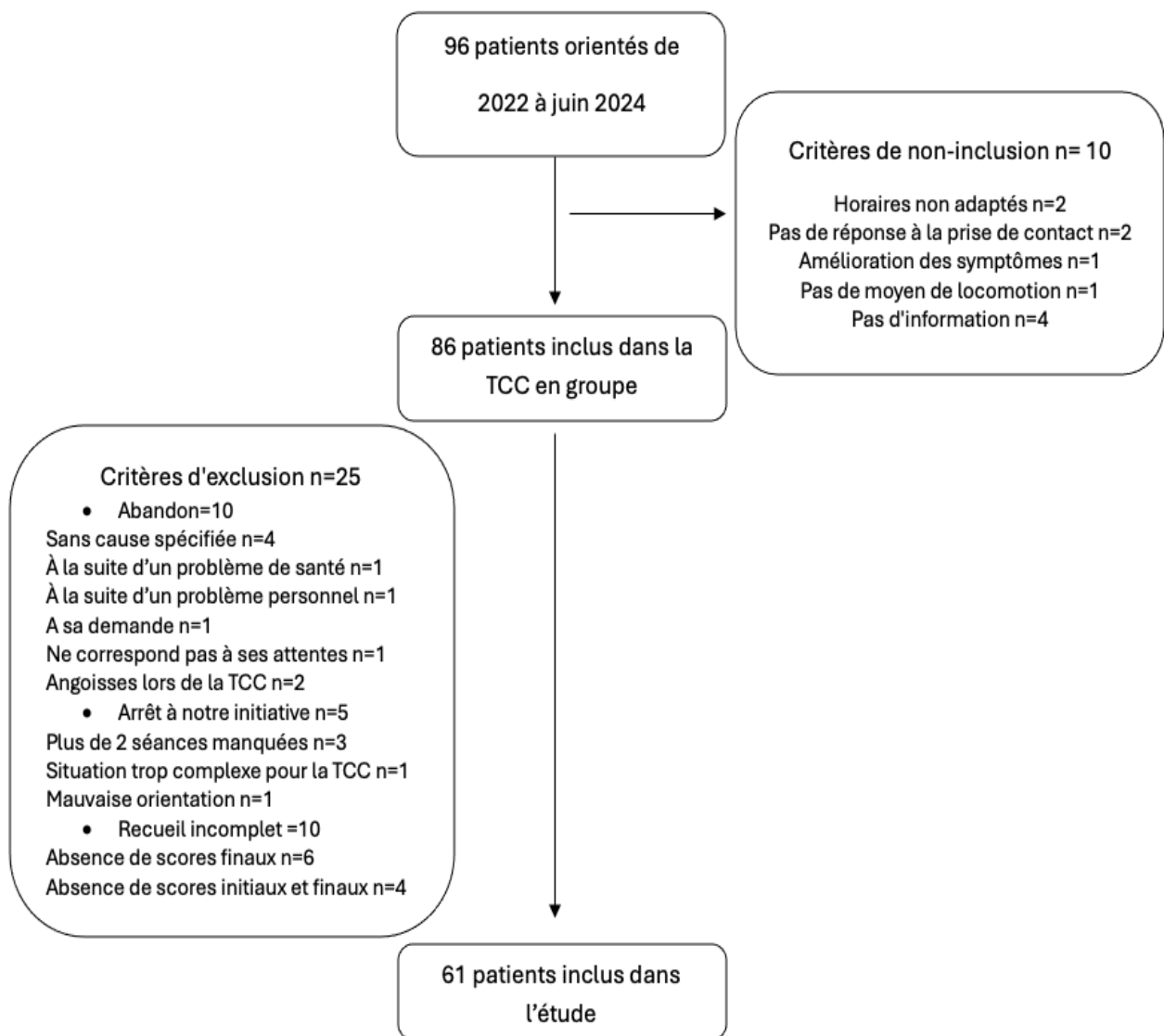
- si la personne avait fait toutes les séances alors elle était dite "totalement participante"
- si la personne avait raté au moins une séance alors elle était dite "partiellement participante".

Le graphique représentait la différence de médiane du score final entre les personnes totalement participantes et les personnes partiellement participantes. Un ajustement sur le score initial était réalisé ce qui rendait l'effet indépendant du score initial.

3. Résultats

3.1 Analyses descriptives

FLOWCHART



96 patients étaient orientés vers les groupes de TCC pour l'insomnie. Seulement 86 patients étaient inclus dans la TCC en groupe. 25 patients étaient exclus de notre étude. Au total 61 patients étaient inclus dans notre étude.

Tableau 1 : Descriptif de la population

Tableau 1 : Descriptif de la population (n=61)	
Sexe (nombre (%))	
Femme	44 (72,2%)
Homme	17 (27,8%)
Femme	n=44 (72,2%)
Age (médiane (min ; max))	58 (28 ; 78)
Score ISI (médiane [Q1 ; Q3])	
Début TCC	20 [15 ;21]
Fin TCC	12 [6 ;16]
Évolution	-8 [-5 ; -10]
Nombre de séances (moyenne ± écart-type), n=56	6,45 ± 0,74

Le tableau 1 décrit la population incluse dans notre étude. Une majorité de femmes était présente dans notre étude (72,2%). L'âge médian était de 58 ans. Le score initial médian était de 20 et le score final médian de 12. Le delta de progression médian était de -8.

Tableau 2 : Descriptif de la population exclue

Tableau 2 : Descriptif de la population exclue (n=25)	
Sexe (nombre (%))	
Femme	n=12 (48%)
Homme	n= 9 (36%)
Sans information	n=4 (16%)
Age (médiane (min ; max))	58 (26 ; 73)

Le tableau 2 décrit la population exclue. Plus de femmes étaient exclues (48%) que d'hommes (36%). Des informations étaient manquantes concernant l'âge et le sexe pour 4 patients. L'âge médian était de 58 ans avec un âge minimum de 26 ans et un âge maximum de 73 ans. Comparativement à la population incluse dans l'étude, la population exclue était similaire.

Tableau 3 : Scores ISI en fonction du sexe

Tableau 3 : Scores ISI (médiane [Q1 ; Q3]) en fonction du sexe			
	Début TCC	Fin TCC	Évolution
Homme (n=17)	20 [17 ;21]	12 [8 ;14]	-8 [-4,5 ; -11]
Femme (n=44)	19 [15 ;20]	12,5 [6 ;16]	-7,5 [-3 ; -10]

Le tableau 3 représente le score ISI avant et après la TCC en groupe en fonction du sexe. Les scores initiaux médians étaient proches dans les 2 sexes (20 chez les hommes et 19 chez les femmes). Les scores finaux médians étaient aussi très proches (12 chez les hommes et 12,5 chez les femmes). Le delta de progression était très proche entre les 2 sexes (-8 chez les hommes et -7,5 chez les femmes).

La TCC en groupe avait un effet similaire sur l'évolution de la sévérité de l'insomnie chronique quel que soit le sexe.

Tableau 4 : Scores ISI en fonction de l'âge

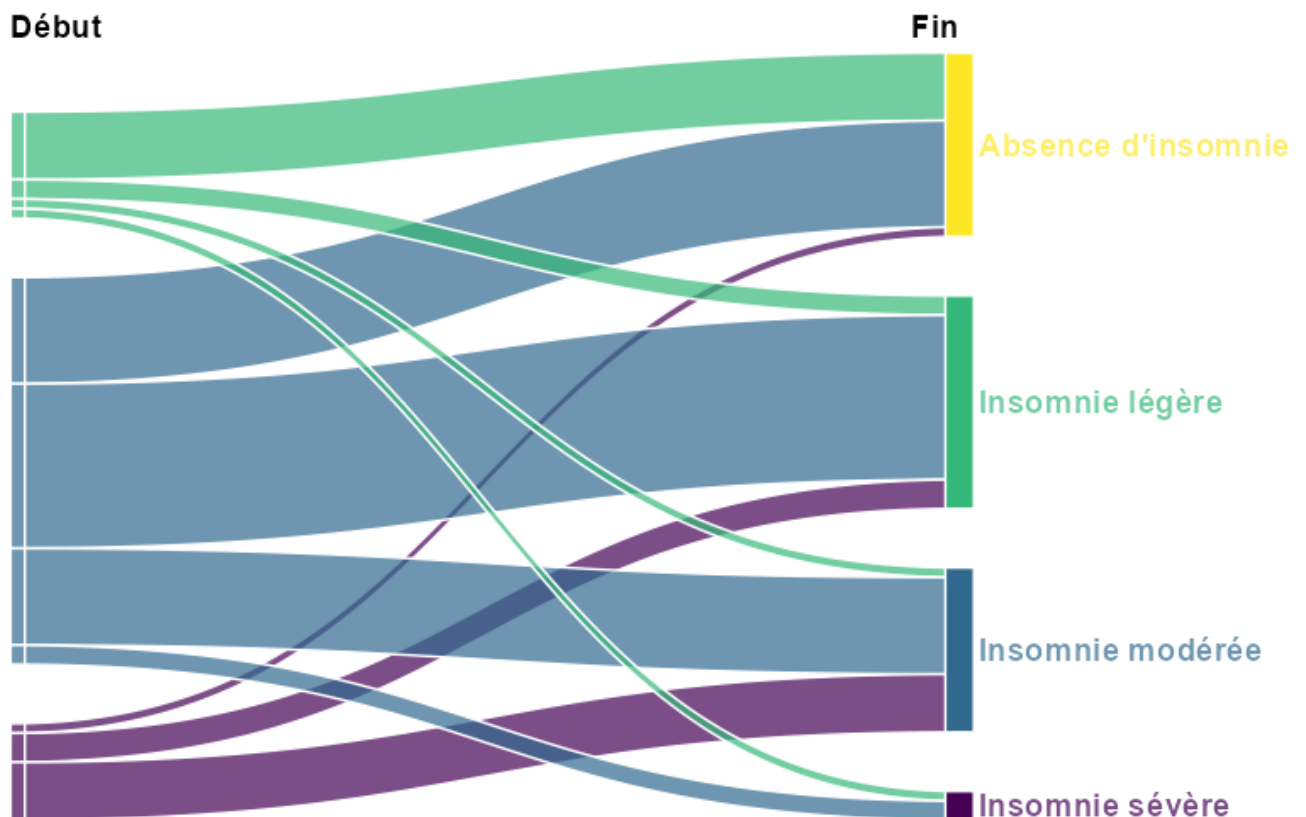
Tableau 4 : Scores ISI (médiane [Q1 ; Q3]) en fonction de l'âge			
	Début TCC	Fin TCC	Évolution
< ou = 55 ans (n=22)	20 [17 ;20]	13 [8 ;16]	-7 [-4 ; -10]
56 à 65 ans (n=22)	19 [16 ;21]	11 [6 ;18]	-8 [-6 ; -10]
>65 ans (n=17)	20 [15 ;22]	10 [5 ;14]	-8,5 [-5 ; -12]

Le tableau 4 représente le score ISI avant et après la TCC en groupe en fonction de l'âge. Les scores initiaux médians étaient proches dans les 3 classes d'âge (20 chez les 55 ans ou moins, 19 chez les 56 à 65 ans et 20 chez les plus de 65 ans). Les scores finaux semblaient légèrement plus élevés chez les patients de 55 ans ou moins tout en restant proches des autres classes d'âge (13 chez les 55 ans ou moins, 11 chez les 56 à 65 ans et 10 chez les plus de 65 ans). Le delta de progression était proche dans les 3 classes d'âge (-7 chez les 55 ans ou moins, -8 chez les 56 à 65 ans et -8,5 chez les plus de 65 ans).

La TCC en groupe avait un effet similaire sur l'évolution de la sévérité de l'insomnie chronique quel que soit l'âge.

3.2 Analyse principale

Figure 1 : Diagramme de Sankey : Analyse descriptive des flux de patients entre les différents niveaux de score de sévérité de l'insomnie chronique (ISI) avant et après la TCC en groupe.



On visualise 3 classes de scores représentées par trois couleurs distinctes au début du graphique. L'insomnie légère est représentée en vert, l'insomnie modérée est représentée en bleue et l'insomnie sévère est représentée en violet. Avant TCC il n'existait aucun score correspondant à "absence d'insomnie" qui est représentée en jaune sur ce graphique.

Les bandes colorées ("les flux") représentent la trajectoire de classe de score des patients entre avant la TCC en groupe et après la TCC en groupe.

A la fin du diagramme on visualise la distribution des classes de scores correspondant à après la TCC en groupe.

L'épaisseur des flux correspond à une proportion de patients. Plus le flux est épais, plus il y a de patients.

Les flux tendaient vers l'amélioration. En effet un bon nombre de flux épais se dirigeaient vers une classe d'insomnie plus légère. Mais il existait aussi des flux se dirigeant vers des classes d'insomnie plus sévère.

En conclusion il existait une amélioration des classes de scores ISI après la TCC en groupe car même s'il existait quelques insomnies s'aggravant, la proportion des patients concernés par cette augmentation était minime par rapport aux patients diminuant leurs scores. Cela reflétait donc l'efficacité de la TCC en groupe dans la réduction de la sévérité de l'insomnie.

Tableau 5 : Patient par classe de sévérité d'insomnie au début et à la fin de la TCC en groupe

Tableau 5 : Patient par classe de sévérité d'insomnie au début et à la fin de la TCC en groupe (nombre (%))		
	Début TCC	Fin TCC
Absente	0 (0%)	19 (31,3%)
Légère	11 (18%)	22 (36%)
Modérée	40 (65,6%)	17 (27,8%)
Sévère	10 (16,4%)	3 (4,9%)

Le tableau 5 représente le nombre de patients par classe de sévérité avant et après la TCC en groupe. Avant la TCC en groupe il existait 16,4% d'insomnie sévère, 65,6% d'insomnie légère, 18% d'insomnie légère et 0% d'absence d'insomnie. Après la TCC en groupe c'était 4,9% d'insomnie sévère, 27,8% d'insomnie modérée, 36 % d'insomnie légère et 31,3% d'absence d'insomnie.

Le pourcentage de patients appartenant à la classe sévère et modérée de l'insomnie chronique diminuait. Le pourcentage de patients appartenant à la classe légère et absence d'insomnie augmentait.

En conclusion la classe des scores de sévérité de l'insomnie chronique diminuait, reflétant donc l'efficacité de la TCC dans la réduction de la sévérité de l'insomnie chronique.

Tableau 6 : répartition des classes de score ISI à la fin de la TCC en fonction de la classe de score ISI au début de la TCC

Tableau 6 : répartition des classes de score ISI à la fin de la TCC en fonction de la classe de score ISI au début de la TCC				
Début TCC	Fin TCC			
	Absente	Légère	Modérée	Sévère
Absente n=0				
Légère n=11	n=7 (63,6%)	n=2 (18,2%)	n=1 (9,1%)	n=1 (9,1%)
Modérée n=40	n=11 (27,5%)	n=17 (42,5%)	n=10 (25%)	n=2 (5%)
Sévère n=10	n=1 (10%)	n=3 (30%)	n=6 (60%)	n=0 (0%)

Le tableau 6 représente le nombre de patients dans chaque classe de sévérité de l'insomnie chronique avant la TCC en groupe ainsi que le nombre de patients dans chaque classe de sévérité après la TCC en groupe.

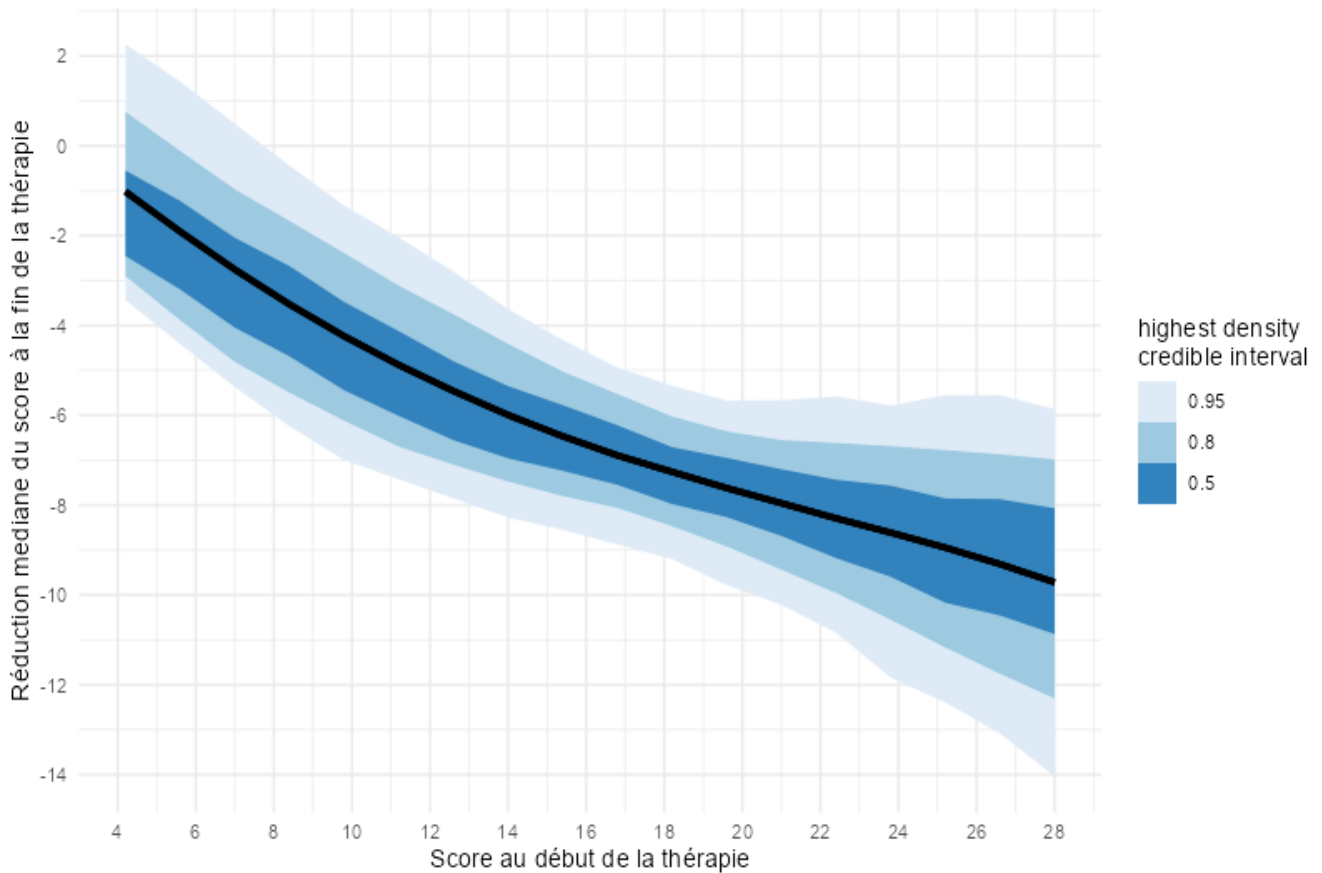
- 11 patients dans la classe d'insomnie légère au début de la TCC, dont 7 étaient dans la classe "absence d'insomnie" à la fin de la TCC, 2 restaient dans la classe légère, 1 passait en classe modérée et 1 passait en classe sévère.
- 40 patients en classe d'insomnie modérée avant la TCC, dont 11 patients étaient dans la classe "absence d'insomnie" à la fin de la TCC, 17 étaient en classe d'insomnie légère, 10 restaient dans la classe d'insomnie modérée et 2 passaient en classe d'insomnie sévère à la fin de la TCC.
- 10 patients étaient dans la classe d'insomnie sévère avant la TCC, dont 1 patient passait en absence d'insomnie, 3 passaient en insomnie légère, 6 passaient en insomnie modérée et personne ne restait dans la classe d'insomnie sévère.

Au total les patients diminuaient de classe de sévérité de l'insomnie entre le début et la fin de la TCC en groupe. Uniquement 4 patients parmi les 61 patients inclus dans la TCC en groupe augmentaient de classe.

Ces résultats nous permettaient de conclure à une réduction de la sévérité de l'insomnie chronique après la TCC en groupe.

3.3 Analyses secondaires

Figure 2 : Représentation de la réduction de médiane du score ISI entre le début et la fin de la TCC en fonction du score au début.



La figure 2 illustre la réduction médiane du score ISI entre le début et la fin de la TCC en groupe en fonction du score initial. L'axe des abscisses représente le score ISI avant la TCC en groupe. L'axe des ordonnées indique la réduction du score de la médiane à la fin de la TCC. La courbe noire représente la réduction de la médiane des classes de scores ISI en fonction des scores ISI avant la TCC en groupe. Les courbes bleues représentent des intervalles de crédibilité. Elles indiquent l'incertitude sur la réduction de la médiane estimée. C'est-à-dire que plus la bande était large, plus il y avait d'incertitude. Par exemple, l'intervalle de crédibilité à 95 % (en bleu clair) signifie que, compte tenu des données et du modèle utilisé, 95 % de probabilité que la réduction médiane réelle du score se trouve dans cette bande. Dans ce modèle de régression beta-ordinale une réduction de la médiane est significative lorsque l'intervalle de crédibilité ne comprend pas le "0".

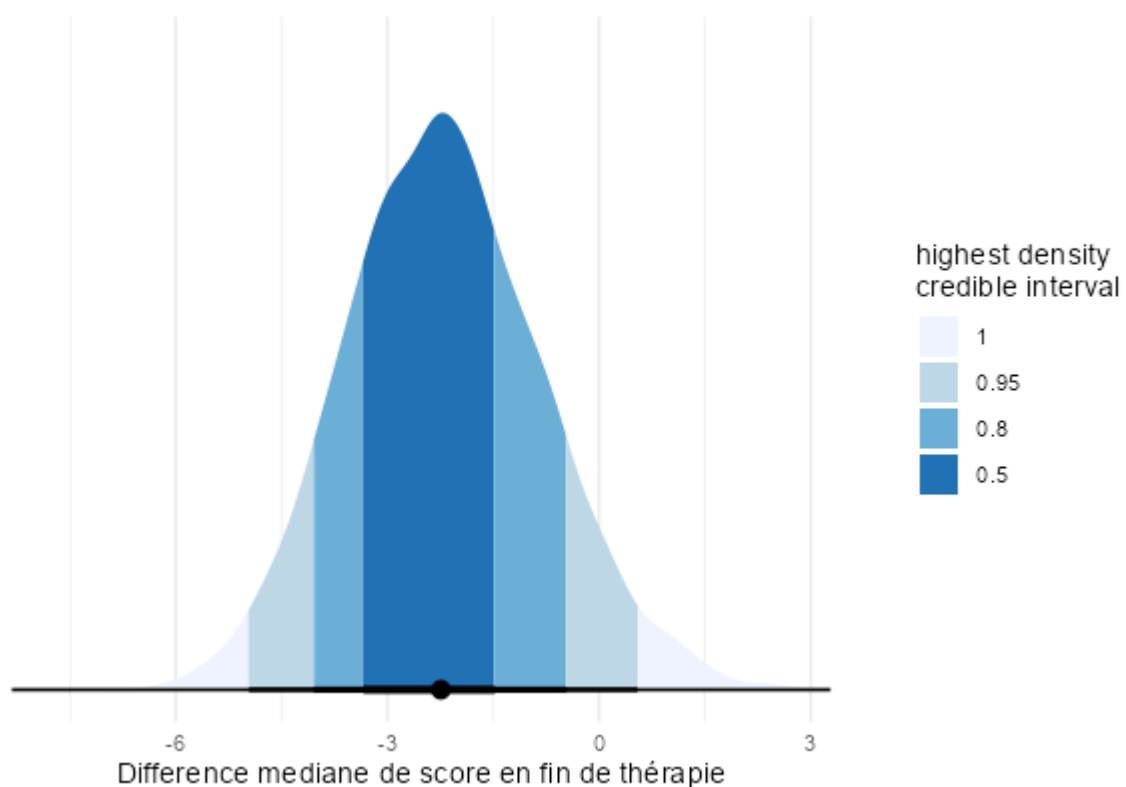
Dans la figure 2 plus les patients avaient des scores initiaux élevés (indiquant une insomnie plus sévère) plus la médiane des scores ISI semblait se réduire grâce à la TCC en groupe. De plus, pour les scores initiaux élevés (par exemple, au-delà de 12), la réduction médiane était clairement négative et les intervalles de crédibilité ne croisaient pas zéro, indiquant une réduction significative.

Mais concernant les scores initiaux les plus faibles (environ 6-10), l'incertitude était plus grande. Les intervalles de crédibilité les plus larges pouvaient inclure zéro, ce qui rendait difficile d'affirmer avec certitude que la réduction était significative. Cela pouvait indiquer que la thérapie était particulièrement bénéfique pour les cas les plus graves. Il existait une variation

de largeur des intervalles de crédibilité en fonction des scores ISI initiaux. Il existait une plus grande incertitude lorsque les scores étaient initialement bas (de 4 à 12) et lorsqu'ils étaient initialement très hauts (> 22).

En conclusion la TCC en groupe était particulièrement efficace sur la réduction de la médiane lorsque les scores étaient initialement élevés. Pour les scores plus faibles, l'effet pouvait être présent mais moins certain, ce qui pouvait refléter une variabilité plus importante ou une moindre amplitude de changement dans ces cas.

Figure 3 : Représentation de la réduction de médiane du score final ISI en fonction du taux de participation.



La figure 3 représente la différence médiane du score final entre les personnes totalement participantes et les personnes partiellement participantes. La figure 3 était réalisée en codant de la manière suivante : si la personne a participé à toutes les séances elle est notée "totalement participante" et si la personne a raté au moins une séance elle est notée "partiellement participante".

L'axe horizontal représente la différence médiane du score ISI à la fin de la thérapie entre les personnes « totalement participantes » et « partiellement participantes ». Les valeurs négatives signifient que le groupe "totalement participants" avait obtenu des scores ISI plus faibles (amélioration plus importante) que le groupe "partiellement participants". La valeur zéro indiquait qu'il n'y avait pas de différence entre les deux groupes, les valeurs positives

signifiaient que les "partiellement participants" avaient de meilleurs résultats (amélioration plus importante) que les "totalement participants".

L'axe vertical représente la densité de probabilité. Les bandes bleues représentent les intervalles de crédibilité. Ces intervalles indiquent les régions où se situent les valeurs les plus probables de la différence médiane. Si l'on se trouve dans l'intervalle bleu foncé, il y a 50% de chance que la différence de médiane réelle se situe dans cet intervalle.

Dans une analyse ajustée sur le score initial, la médiane se trouvait à -2,6 avec un intervalle de crédibilité à 95% de [-5,6 ; 0,7], suggérant que les participants totaux avaient un meilleur résultat que les participants partiels.

En conclusion, les personnes ayant suivi toutes les séances (totalement participantes) bénéficiaient davantage de la TCC, avec une amélioration de leur score ISI ajusté par rapport aux personnes ayant manqué au moins une séance (partiellement participantes).

Analyses de l'effet de l'âge et du sexe sur la sévérité de l'insomnie chronique

Une analyse ajustée sur le score initial de la différence médiane du score ISI après TCC en groupe en fonction du sexe était réalisée. La médiane (-0,32) était proche de zéro et l'intervalle de crédibilité à 95% [-3,3 ; 2,7] contenait zéro.

Une analyse ajustée sur le score initial de la différence médiane du score ISI après TCC en fonction de l'âge était réalisée. L'effet présenté correspondait à celui observé pour une augmentation de 10 ans d'âge. La médiane (-0,8) était proche de zéro et l'intervalle de crédibilité à 95% [-2,2 ; 0,6] contenait zéro.

On ne démontrait pas d'effet du sexe ni de l'âge (pour une augmentation à 10 ans) sur l'amélioration du score ISI. Cependant celui-ci pouvait exister mais de façon très faible.

3.4 Synthèse des résultats

Nos résultats nous permettaient de conclure à une efficacité de la TCC en groupe sur la diminution de la sévérité de l'insomnie chronique : les scores ISI après la TCC en groupe s'amélioraient. Le pourcentage de patients appartenant à la classe d'insomnie sévère passait de 16,4% à 4,9% et celui de patients appartenant à la classe d'insomnie modérée passait de 65,6% à 27,8%. Une analyse des classes de score ISI des patients après la TCC en fonction des classes ISI avant la TCC montrait une diminution des classes d'insomnie sur la majorité des patients. Sur les 61 patients inclus dans cette étude, seulement 4 patients augmentaient de classe de sévérité.

D'après nos analyses secondaires une réduction de la médiane des scores ISI avant et après la TCC était plus importante lorsque les scores ISI initiaux étaient plus élevés. La TCC était particulièrement efficace lorsque les scores étaient initialement élevés. De plus, avec une différence de médiane à -2,6 entre les groupes ayant totalement participé aux séances et ceux

n'ayant participé que partiellement, les personnes ayant suivi toutes les séances (totalement participantes) bénéficiaient davantage de la TCC.

Notre étude comportait plus de femmes (72,2%) que d'hommes (27,8%). L'âge médian était de 58 ans. On ne démontrait pas d'effet du sexe ni de l'âge (pour une augmentation à 10 ans) sur l'amélioration du score ISI. Cependant celui-ci pouvait exister mais de façon très faible.

4. Discussion

4.1 Données épidémiologiques

Dans notre étude nous avons plus de femmes que d'hommes et l'âge médian était de 58 ans. Dans la littérature, plusieurs études décrivent une population similaire à notre étude. Dans une méta-analyse avec 8 études contrôlées randomisées, la majorité sont des femmes avec un âge moyen entre 45 et 67 ans (20). Deux autres études retrouvent 69,6% et 64,3% de femmes, avec un âge moyen de 50,3 et de 46,7 ans (21,22) : l'une sur l'efficacité de la TCC de l'insomnie chronique sur les cognitions dysfonctionnelles, sur les plaintes et sur la santé du sommeil et l'autre sur l'élaboration et évaluation d'un guide de thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement autonome de l'insomnie chronique. Une étude sur les variables associées au succès de la thérapie cognitivo-comportementale en groupe pour l'insomnie comprend 57,1% de femmes avec un âge moyen de 51,6 ans (23). Dans une étude Japonaise (24) ayant comparé l'efficacité des TCC individuelles et celles en groupe, la population des TCC en groupe comporte 25 individus avec un âge moyen de 61,7 ans : 14 hommes et 11 femmes. L'âge moyen correspond à la description de notre population d'étude mais notre étude comportait plus de femmes que d'hommes. On pourrait imaginer que cette différence soit due aux origines car toutes les études européennes retrouvent des données épidémiologiques similaires.

4.2 Critère de jugement principal

Notre étude retrouvait une baisse des scores ISI avant et après la TCC en groupe ainsi qu'une baisse des classes de sévérité du score ISI. Dans la méta analyse avec 8 études contrôlées randomisées (20) les plus grandes améliorations lors de TCC en groupe sont la latence du début du sommeil ainsi que l'éveil après le début du sommeil. Les patients estiment une nette amélioration de leur qualité de sommeil. Dans l'étude japonaise comparant l'efficacité de TCC individuelles et en groupe, l'efficacité est jugée par l'amélioration du score PSQI, un score représentant la qualité du sommeil (24). Le score PSQI global pour les TCC en groupe avant la TCC est de 12,2 et diminue à 10,1 après la TCC, montrant une amélioration de la qualité du sommeil, concordant avec les résultats de notre étude. Dans les deux autres études dont l'une sur l'efficacité de la TCC de l'insomnie chronique sur les cognitions dysfonctionnelles, sur les plaintes et sur la santé du sommeil et l'autre sur l'élaboration et évaluation d'un guide de thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement autonome de l'insomnie chronique (21,22) la diminution du score ISI moyen sur la première étude est de 5,5 points (19,8 => 14,3) et celle du score ISI de la deuxième étude est de 8,4 points (19 => 10,6). La diminution de ces scores est en accord avec les résultats de notre étude. Dans l'étude sur les variables associées au succès de la TCC en groupe pour l'insomnie (23), le score ISI passe de 18,78 à 11,11. Ces résultats sont une fois de plus concordants avec ceux de notre étude.

4.3 Critères de jugement secondaire

Dans notre étude la TCC était particulièrement efficace à la réduction de la médiane lorsque les scores ISI étaient initialement élevés. Cependant sur notre graphique n°2 les intervalles de crédibilité étaient beaucoup plus larges lorsque les scores initiaux étaient faibles (de 4 à 12) et lorsque ceux-ci étaient initialement hauts (> 22). Il existait donc une plus grande incertitude de résultats lorsque les scores initiaux étaient faibles ou hauts. Dans la méta-analyse de 8 études contrôlées randomisées (20) on observe une meilleure amélioration de la latence du sommeil, de l'éveil après le début du sommeil et de la qualité de sommeil lorsque les patients présentent initialement des troubles du sommeil moins graves. Cette différence de résultat entre notre étude et la méta-analyse de 8 études contrôlées randomisées pourrait s'expliquer par notre faible échantillon de patients comparé à celui de la méta-analyse, associé à la grande incertitude de résultats lorsque les scores étaient initialement hauts.

Dans notre étude, les patients ayant totalement participé aux séances avaient une meilleure amélioration de leur score ISI. Cependant, la participation aux séances étant de 6,45 séances sur 7, la comparaison avec les patients ayant partiellement participé était limitée. Cette haute participation pourrait s'expliquer par les critères de non-inclusion pour les patients ayant des freins à la participation. De plus, la participation aux séances n'avait été recueillie que chez 56 patients, ce qui a pu influencer nos résultats. Dans la littérature nous n'avons pas retrouvé de données sur le lien entre l'assiduité et le taux de réponse aux TCC de l'insomnie.

Dans notre étude aucune différence significative du score ISI avant et après la TCC en fonction du sexe et de l'âge n'était retrouvée. Cependant l'étude sur les variables associées au succès de la TCC en groupe pour l'insomnie constate une différence significative de l'amélioration du score ISI en fonction du sexe. Effectivement, les femmes s'améliorent davantage dans cette étude (23). Cela pourrait s'expliquer par la différence de nombre de patients étudiés, l'échantillon ne comprenant que 28 patients, cela pourrait avoir créé un biais.

Nous n'avons pas étudié l'effet des antécédents psychiatriques dans notre étude car ces informations n'avaient pas été recueillies. Il existe plusieurs études dans la littérature ne retrouvant pas les mêmes résultats concernant l'efficacité de la TCC de l'insomnie en fonction des antécédents psychiatriques. 2 études ne montrent pas de différence d'efficacité de la TCC en fonction des antécédents psychiatriques des patients, en particulier l'anxiété et la dépression (23,25). Cependant une autre étude n'est pas en accord avec cela, montrant une meilleure réponse à la TCC lorsque le niveau de psychopathologie anxio-dépressive est plus élevé au début de la TCC (26). Dans une étude ultérieure sur la population des patients participant à la TCC en groupe de MG-PSY37, il pourrait être intéressant de recueillir d'autres informations sur les patients concernant leurs antécédents psychiatriques (type de pathologie, hospitalisations ...).

Dans notre étude, plusieurs patients avaient été non inclus ou exclus à posteriori pour des raisons d'horaires ou de moyens de transports. Une étude de 45 personnes ayant comparé l'efficacité de la TCC en groupe, en entretien physique individuel et en entretien téléphonique montre une amélioration des paramètres du sommeil sans différence significative entre les 3 méthodes et ayant perduré dans le temps (6 mois) (27). Une autre étude comparant l'efficacité d'une TCC insomnie en visioconférence et en présentiel (28) ne montre pas de différence entre les 2 méthodes et une étude comparant l'évolution du score ISI entre un groupe sans TCC et un groupe de TCC (29) en visioconférence retrouve une meilleure amélioration du score ISI chez les personnes ayant eu la TCC en visioconférence. La

téléconsultation a pris une place importante dans notre système actuel. En psychiatrie la téléconsultation permet de faciliter l'accès aux soins chez certains patients isolés physiquement ou psychologiquement (agoraphobie). L'efficacité des différentes thérapies semble similaire en présentiel ou en visio-conférence. L'observance des patients sur le long terme semble meilleure et cela permet une réduction de 25% du nombre de consultations aux urgences (30). Organiser des séances de TCC en visioconférence pourrait constituer une offre de soins complémentaire pour MG-PSY37.

4.4 Forces

Notre étude a été réalisée grâce à l'aide de la Consultation Méthodologique (CoMeth) du CHRU de Tours. La CoMeth nous a aidé à réaliser les données statistiques ci-dessus, les rendant plus fiables.

La population exclue dans notre étude a été analysée et était similaire à la population incluse dans l'étude.

Notre étude était la première sur le dispositif MG-PSY37 s'intéressant à l'insomnie chronique et seulement la deuxième concernant la TCC en groupe MG-PSY37. La première étude porte sur l'amélioration de la coopération des médecins généralistes et leur adressage des patients dépressifs aux psychothérapies structurées de groupe du dispositif MGPSY37 (31).

4.5 Limites

Notre étude comportait seulement 61 patients. Presque un tiers des patients initialement orientés étaient exclus. Il pourrait être intéressant de refaire cette étude avec plus de patients plus tard, pour comparer les 2 cohortes et pour avoir plus de puissance statistique.

Des données complémentaires n'ont pas été recueillies pour étudier plus précisément les effets permettant une meilleure amélioration des scores ISI : nombre de TCC déjà réalisées, prise d'un traitement médicamenteux avant ou pendant la TCC, antécédents psychiatriques des patients, mode de vie, niveau d'étude, statut social ou statut marital.

Nous n'avions pas de groupe contrôle, pouvant être des patients sans aucune thérapie pour leur insomnie chronique ou des patients avec seulement un traitement médicamenteux.

Un biais d'orientation a pu être engendré par les médecins généralistes. Les médecins généralistes ont pu orienter certains patients qu'ils considéraient plus à même de pouvoir suivre cette TCC de groupe et d'y répondre favorablement. De plus, les médecins généralistes orientant leurs patients vers ce type de thérapies pourraient être plus à jour des recommandations et des dispositifs aux alentours, pouvant faire penser à une meilleure prise en charge initiale au cabinet favorisant les bénéfices de la TCC en groupe.

5.Conclusion

L'insomnie chronique est présente chez 13,1% des Français. Les personnes souffrant d'insomnie chronique sont plus sujettes aux troubles anxieux et aux dépressions. Les TCC sont indiquées en première intention dans les insomnies chroniques, ayant prouvé à de multiples reprises leur efficacité et perdurant dans le temps. Les traitements médicamenteux présentent beaucoup d'effets indésirables et leur efficacité ne perdure pas dans le temps mais ils sont prescrits en première intention car la TCC est moins facile d'accès (délais longs dû à un manque de psychiatres ou psychologues formés, augmentation de la prévalence des pathologies psychiatriques). C'est dans ce cadre que MG-PSY37 a vu le jour en 2019 dans le but d'améliorer l'offre de soin en santé mentale en Indre et Loire et la coordination entre médecins généralistes et psychiatres, avec notamment des ateliers de TCC en groupe pour l'insomnie.

Notre étude est une analyse rétrospective monocentrique évaluant l'évolution des scores de l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) avant/après les ateliers de TCC « insomnie » de MG-PSY37, de mai 2022 à juin 2024. Le critère de jugement principal est l'évolution du score ISI entre le début et la fin de la TCC en groupe. Les critères secondaires sont l'effet du niveau de participation, de l'âge et du sexe sur l'évolution du score ISI. Notre critère d'inclusion est de participer à l'atelier. Notre critère de non-inclusion est le refus de participer à l'étude. Notre critère d'exclusion est de ne pas avoir rempli le questionnaire du score ISI au début ou à la fin de la TCC. La TCC en groupe par MG-PSY 37 est composée de 7 séances sur des créneaux de 2h animée par un binôme d'animateur formé. Le contenu des séances est identique d'une TCC à l'autre.

61 patients sont inclus dans notre étude avec une majorité de femme avec un âge médian de 58 ans. Le nombre moyen de séances est de 6,45 sur 7 séances au total. L'évolution du score ISI entre le début et la fin de la TCC est de -8 [-5 ; -10]. Une amélioration du score ISI est visualisée pour la majorité des patients avant et après les TCC en groupe. Il existe une meilleure efficacité de la TCC lorsque l'insomnie chronique est plus sévère au début de la TCC ainsi qu'une meilleure efficacité lorsque les patients participent totalement aux séances. Il n'y a pas d'effet de l'âge ou du sexe sur la réduction de sévérité du score ISI. Les résultats de notre étude concordent avec la littérature.

Ces résultats nous permettent de conclure à une efficacité de la TCC en groupe du dispositif MG-PSY 37 sur la diminution de la sévérité de l'insomnie chronique, malgré plusieurs limites : le nombre important de patients exclus ; le nombre important de facteurs de confusion potentiels par l'absence de groupe contrôle ; l'absence de recueil de certaines données (durée d'évolution de l'insomnie chronique, antécédents psychiatriques, existence d'une autre prise en charge et notamment la prise de traitements médicamenteux, critères démographiques, cause d'arrêt de la TCC) ; la courte durée de l'étude ; l'absence de recueil du score ISI à distance de l'arrêt de la TCC. Il pourrait être intéressant pour les prochaines études d'inclure d'autres variables dans le recueil des données telles que le mode de vie, les antécédents psychiatriques, la prise de traitement médicamenteux... Et de continuer l'étude sur plusieurs mois ou années pour analyser l'efficacité dans le temps.

Le dispositif MG-PSY37 est un dispositif novateur et est le seul projet territorial de ce type existant. La TCC en groupe de MG-PSY37 permet de prendre en charge un grand nombre de patients dans le contexte actuel de saturation des soins, et ce, gratuitement pour les patients.

Des dispositifs similaires dans d'autres régions de France commencent à se développer (à Brest, Caen), afin de répondre à l'inadéquation entre l'offre et la demande de soin en santé mentale. A l'avenir, MG-PSY37 a vocation à être étendu à différentes régions. Une piste d'amélioration de MG-PSY37 pourrait être la TCC assistée par la technologie en distanciel, permettant qui permettrait aux patients ne pouvant pas se déplacer ou dont l'anxiété les empêche de se confronter à un groupe en présentiel de bénéficier de la TCC en groupe.

Bibliographie :

1. Mullens E, Brune S, Puech C. Mise en place de thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans le traitement de l'insomnie chronique en cabinet libéral de ville : étude prospective. *Médecine Sommeil*. janv 2014;11(1):38.
2. L'insomnie [Internet]. INSV Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [cité 16 avr 2024]. Disponible sur: <https://institut-sommeil-vigilance.org/insomnie/>
3. Vanhuffel H, Rey M, Lambert I, Da Fonseca D, Bat-Pitault F. Apport de la pleine conscience dans les thérapies cognitives et comportementales de l'insomnie. *L'Encephale*. avr 2018;44(2):134-40.
4. Inserm [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Insomnie · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/insomnie/>
5. Insomnie de l'adulte : quelles sont les causes ? [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/insomnie-adulte/definition-facteurs-favorisants>
6. Dethier M, Blairy S, Poirrier R. COMMENT JE TRAITE ... l'insomnie chronique par la thérapie comportementale et cognitive. *Rev Med Liege*. avr 2016;71(4):165-9.
7. Wilson S, Anderson K, Baldwin D, Dijk DJ, Espie A, Espie C, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. août 2019;33(8):923-47.
8. Statista [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Insomnie chronique par sexe France 2017. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/987824/insomnie-chronique-par-sexe-france/>
9. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*. févr 2007;30(2):213-8.
10. Inserm [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Sommeil · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/sommeil/>
11. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 11 avr 2001;285(14):1856-64.
12. Clarke K, Orlov N, Soong C. Traitement de l'insomnie chronique chez les adultes. *Can Fam Physician Med Fam Can*. mars 2024;70(3):179-82.
13. CT-20159_QUVIVIQ_PIC_INS_AvisDef_CT20159_EPI773.pdf [Internet]. [cité 18 déc 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-20159_QUVIVIQ_PIC_INS_AvisDef_CT20159_EPI773.pdf
14. Buxeraud J, Faure S. Le daridorexant (Quviviq®) pour le traitement de l'insomnie chronique. *Actual Pharm*. 1 oct 2024;63(639):10-2.
15. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):341-52.
16. RESUME-Projet MG&Psy37.pdf.
17. Médecine générale psychiatrie 37 [Internet]. Disponible sur: <https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr/>
18. Indication-psychotherapie-insomnie-contenu.pdf [Internet]. [cité 17 juin 2024]. Disponible sur: <https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr/wp-content/uploads/2023/01/Indication-psychotherapie-insomnie-contenu.pdf>
19. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. juill 2001;2(4):297-307.
20. Koffel EA, Koffel JB, Gehrman PR. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Med Rev*. 1 févr 2015;19:6-16.

21. Efficacité de la TCC de l'insomnie sur les cognitions dysfonctionnelles, sur les plaintes et sur la santé du sommeil - EM consulte [Internet]. [cité 9 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1651013/efficacite-de-la-tcc-de-l-insomnie-sur-les-cogniti>
22. Castiel BD. Élaboration et évaluation d'un guide de thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement autonome de l'insomnie chronique: étude `` Read & Sleep ``. 2019;
23. Terrés-Jiménez B, Domínguez-Cabañero EM, González-Vivas C, García-Parreño B, Diego-Castaño S, Gesler MA, et al. Variables associated with the success of group cognitive behavioral therapy for insomnia: preliminary results. *Actas Esp Psiquiatr*. 1 sept 2022;50(5):233-40.
24. Yamadera W, Sato M, Harada D, Iwashita M, Aoki R, Obuchi K, et al. Comparisons of short-term efficacy between individual and group cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep Biol Rhythms*. 2013;11(3):176-84.
25. Hamoen ABH, Redlich EM, de Weerd AW. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: influence of slight-to-moderate depressive symptom severity and worrying. *Depress Anxiety*. août 2014;31(8):662-8.
26. Espie CA, Inglis SJ, Harvey L. Predicting clinically significant response to cognitive behavior therapy for chronic insomnia in general medical practice: analysis of outcome data at 12 months posttreatment. *J Consult Clin Psychol*. févr 2001;69(1):58-66.
27. Bastien CH, Morin CM, Ouellet MC, Blais FC, Bouchard S. Cognitive-behavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *J Consult Clin Psychol*. août 2004;72(4):653-9.
28. Hartley S, Dagneaux S, Palethorpe C, Londe V, Liane MT, Decalf L, et al. La thérapie cognitive et comportementale insomnie : un groupe en visioconférence est-il aussi efficace qu'un groupe en présentiel ? *Médecine Sommeil* [Internet]. 27 févr 2025 [cité 14 mai 2025]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1769449325002237>
29. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, Pfeiffer PN, Conte ML, et al. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy to Treat Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One*. 2016;11(2):e0149139.
30. Abderrahmane M, Zhang P, Mazouri-Karker S. Téléconsultation : outil de communication médecin-patient ou révolution dans la pratique médicale ? *Rev Médicale Suisse*. 2018;14(620):1704-7.
31. Rami N, De Fongalland C, Brignon M. Comment améliorer la coopération des médecins généralistes et leur adressage des patients dépressifs aux psychothérapies structurées de groupe du dispositif « Médecine Générale et Psychiatrie 37 » ? : Étude réalisée auprès de médecins généralistes du département de l'Indre et Loire. Université de Lorraine; 2022.

ANNEXES :

Annexe 1 :

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____ Date: _____

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

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

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Difficultés à rester endormi(e):

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

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

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

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

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

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

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

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:

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

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

22-28 = Insomnie clinique (sévère)



PLAN DE LA THERAPIE

Séance 1 : Introduction, règles de fonctionnement du groupe, explication concernant le sommeil normal, l'insomnie et la prise en charge TCC, passation des questionnaires : échelle de fatigue de Pichot, échelle de sévérité de l'insomnie, QSP9(dépression), GAD7(Anxiété)

Séance 2 : Hygiène de sommeil, lutte contre les idées reçues, Agenda du sommeil

Séance 3 : Défaire l'association « lit-insomnie » (contrôle du stimulus) & restriction du temps de sommeil

Séance 4 : Outil complémentaires : Gestion du stress

Séance 5 : Outils complémentaires : Gestion des émotions

Séance 6 : Synthèse des acquis et résultats intermédiaires

Séance 7 : Conserver ses acquis, conclusion de l'atelier, passation de questionnaires : échelle de fatigue de Pichot, échelle de sévérité de l'insomnie, QSP9(dépression), GAD7(anxiété)

Vu, le Directeur de Thèse,

Dr Alice PERRAIN



Dr Pierre-Yves SARRON

A handwritten signature of Dr Pierre-Yves Sarron.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Résumé :

Titre : Médecine Générale et Psychiatrie 37 : évolution de la sévérité de l'insomnie chronique après Thérapie Cognitivo-Comportementale en groupe.

Introduction : L'insomnie chronique est présente chez 13,1% des Français. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont indiquées en première intention dans les insomnies chroniques. Leur efficacité est prouvée et perdure dans le temps. Les traitements médicamenteux sont prescrits en première intention car la TCC est moins facile d'accès. C'est dans ce contexte que le dispositif Médecine Générale et Psychiatrie 37 (MG-PSY37) a vu le jour en 2019 dans le but d'améliorer l'offre de soins en santé mentale. Nous allons étudier l'évolution de la sévérité de l'insomnie chronique avant et après la TCC en groupe proposée par MG-PSY37.

Méthode : Étude rétrospective monocentrique montrant l'évolution des scores de l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) avant/après les ateliers de TCC « insomnie » en groupe de MG-PSY 37.

Résultats : 61 patients étaient inclus dans notre étude. Une amélioration des scores ISI après la TCC en groupe était visualisée. Le pourcentage de patients appartenant à la classe d'insomnie sévère passait de 16,4% à 4,9% et celui de patients appartenant à la classe d'insomnie modérée passait de 65,6% à 27,8%. Cela nous permet de conclure à une efficacité de la TCC de groupe sur la diminution de la sévérité de l'insomnie chronique.

Discussion : Notre étude présentait une grande force statistique. De plus, nos résultats correspondaient aux résultats de la littérature.

Conclusion : La TCC en groupe réalisée dans le cadre MG-PSY37 est efficace sur la diminution de la sévérité de l'insomnie chronique.

RIBET Joséphine

41 pages – 6 tableaux – 3 figures – 1 illustration

Résumé :

Titre : Médecine Générale et Psychiatrie 37 : évolution de la sévérité de l'insomnie chronique après Thérapie Cognitivo-Comportementale en groupe.

Introduction : L'insomnie chronique est présente chez 13,1% des Français. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont indiquées en première intention dans les insomnies chroniques. Leur efficacité est prouvée et perdure dans le temps. Les traitements médicamenteux sont prescrits en première intention car la TCC est moins facile d'accès. C'est dans ce contexte que le dispositif Médecine Générale et Psychiatrie 37 (MG-PSY37) a vu le jour en 2019 dans le but d'améliorer l'offre de soins en santé mentale. Nous allons étudier l'évolution de la sévérité de l'insomnie chronique avant et après la TCC en groupe proposée par MG-PSY37.

Méthode : Étude rétrospective monocentrique montrant l'évolution des scores de l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) avant/après les ateliers de TCC « insomnie » en groupe de MG-PSY 37.

Résultats : 61 patients étaient inclus dans notre étude. Une amélioration des scores ISI après la TCC en groupe était visualisée. Le pourcentage de patients appartenant à la classe d'insomnie sévère passait de 16,4% à 4,9% et celui de patients appartenant à la classe d'insomnie modérée passait de 65,6% à 27,8%. Cela nous permet de conclure à une efficacité de la TCC de groupe sur la diminution de la sévérité de l'insomnie chronique.

Discussion : Notre étude présentait une grande force statistique. De plus, nos résultats correspondaient aux résultats de la littérature.

Conclusion : La TCC en groupe réalisée dans le cadre MG-PSY37 est efficace sur la diminution de la sévérité de l'insomnie chronique.

Mots clés : Thérapie cognitivo-comportementale, groupe, Médecine Générale et Psychiatrie 37, insomnie chronique.

Jury :

Président du Jury : Professeur Paul BRUNAULT
Membres du Jury : Dr Alice PERRAIN
Dr Pierre-Yves SARRON
Professeur Thomas DESMIDT
Dr Marc-Florent TASSI

Date de soutenance : 24/06/2025