

Mise en œuvre de la ligne directrice pour le traitement des troubles du sommeil et de l'insomnie en soins de première ligne

19 mai 2025

Excelmans, E., Stukken, L. et De Schrijver, L.



VLAAMSE VERENIGING VAN
Klinisch Psychologen



**Union professionnelle des
psychologues cliniciens francophones**



Ce projet de mise en œuvre a été
développé au sein du réseau Eviky
avec le soutien financier du SPF
Santé Publique. www.eviky.be

Contenu

Partie 1 : Identification des problèmes : obstacles à la mise en œuvre	8
Partie 2 : Méthode : actions de mise en œuvre.....	9
Chapitre 1 : Actions visant à lutter contre les idées fausses sur le sommeil et le traitement des problèmes de sommeil.....	10
Chapitre 2 : Actions visant à remédier au manque de compétences dans l'application d'interventions non pharmacologiques.....	12
2.1. Recrutement et formation de facilitateurs de processus locaux.....	13
2.2. Recrutement et formation des encadrants	14
2.3. Former les prestataires de soins de première ligne aux interventions comportementales de faible intensité.....	19
2.3.1. Développement du programme de formation	19
a) Formations en ligne.....	19
b) Formation professionnelle.....	20
c) Interventions supervisés	21
2.3.2. Ajustement de la stratégie et du programme de formation	22
a) Version allégée de la formation professionnelle	22
b) Accessibilité des cours en e-learning	23
2.3.3. Organisation et recrutement des formations	23
Chapitre 3 : Actions visant à réduire le seuil élevé de TCC-i.....	26
3.1. Liste de référence des psychologues du sommeil	26
3.2. Formation des psychologues cliniciens de soins de première ligne en TCC-i.....	27
3.2.1. Développement d'une formation TCC-i.....	27
3.2.2. Organisation et recrutement des formations CBT-i.....	28
Partie 3 : Résultats	30
Chapitre 1 : Évaluation des actions visant à corriger les idées fausses sur le sommeil et le traitement des problèmes de sommeil.....	31
Chapitre 2. Évaluation des actions visant à promouvoir l'expertise dans les interventions non pharmacologiques	32
2.1. Participants.....	32
2.2. Évaluation	34

2.2.1.	Satisfaction du programme de formation.....	36
a)	E-learning.....	36
b)	Formation professionnelle et intervision supervisée.....	39
2.2.2.	Efficacité du programme de formation.....	40
a)	Évaluation des connaissances et compétences générales.....	41
b)	Perception, idées et attitude concernant l'approche comportementale de l'insomnie.....	47
c)	Estimation de l'augmentation des compétences.....	54
d)	Estimation de l'augmentation de la motivation.....	55
e)	Évaluation des connaissances et des compétences en interventions de thérapie comportementale.....	57
f)	Estimation de l'intention d'utiliser des interventions thérapeutiques comportementales.....	58
2.2.3.	Progrès de la mise en œuvre d'interventions comportementales de faible intensité.....	59
a)	Déroulement de la motivation pour une approche non pharmacologique de l'insomnie.....	60
b)	Cours pour motiver les patients à réduire les somnifères.....	60
c)	Cours d'application d'interventions comportementales de faible intensité.....	61
d)	Déroulement d'application d'interventions comportementales spécifiques.....	62
e)	Faisabilité d'interventions comportementales spécifiques.....	64
f)	Obstacles à la mise en œuvre.....	67
2.2.4.	Conséquences pour les patients souffrant d'insomnie.....	68
a)	Fréquence de prescription de somnifères.....	68
b)	Fréquence de diminution progressive des somnifères.....	70
c)	Nombre de patients traités avec une approche comportementale de l'insomnie.....	71
d)	Nombre de patients orientés vers une offre spécialisée de TCC-i72	
2.3.	Conclusion interventions comportementales de faible intensité.....	73
Chapitre 3. Évaluation des actions visant à abaisser le seuil des TCC-i spécialisées.....		
3.1.	Participants.....	78
3.2.	Évaluation.....	78
3.2.1.	Satisfaction de la formation.....	80
a)	Formation TCC-i.....	80

b) Supervision	81
3.2.2. Efficacité de la formation.....	82
a) Prétest - mesure préalable	82
Attitude par rapport à l'approche comportementale de l'insomnie	
82	
Évaluation des connaissances et des compétences	82
b) Efficacité de la formation.....	83
Évaluation des connaissances et des compétences	83
Attitude envers l'approche comportementale de l'insomnie.....	85
3.2.3. Déroulement de la mise en œuvre du TCC-i.....	86
a) Connaissances et compétences en interventions thérapeutiques	
comportementales	86
Posttest 1 : juste après la formation	86
Evolution du posttest 1 au posttest 3.....	87
b) Intention à appliquer à des interventions thérapeutiques	
comportementales	88
Posttest 1 juste après la formation	88
Evolution du posttest 1 au posttest 3.....	88
c) Motiver les patients pour une approche comportementale de	
l'insomnie	89
Evolution du posttest 2 au posttest 3.....	89
d) Motiver les patients à réduire leurs somnifères	90
Evolution du posttest 2 au posttest 3.....	91
e) Mise en œuvre du TTC-i en général.....	91
f) Mise en œuvre d'interventions thérapeutiques comportementales	
spécifiques.....	92
Evolution du posttest 2 au posttest 3.....	93
g) Faisabilité des interventions thérapeutiques comportementales	
Evolution du posttest 2 au posttest 3.....	95
3.3. Nombre de clients atteints	95
3.4. Conclusion TCCI.....	96

Partie 4. Conclusions et recommandations..... 99

Partie 5. Références..... 102

Partie 6. Annexes..... 103

Annexe 1	104
Annexe 2	105
Annexe 3	111
Annexe 4	114
Formation de compétences (2 x 3 heures).....	114
Objectifs d'apprentissage	114
Partie 1 : Indications.....	114
Partie 2 : Traitement.....	117
Formation de compétences light (1 x 3 heures).....	120
Objectifs d'apprentissage	120
Contenu et méthodes.....	120
Intervisions supervisés.....	124
Objet et modalités.....	124
Modèle Portland.....	125
Annexe 5	126
Annexe 6	127
Module 1 : Les bases de la thérapie cognitivo-comportementale	127
Qu'est-ce que la thérapie cognitivo-comportementale ?	127
Le rôle des cognitions dans l'insomnie.....	127
L'importance d'une approche holistique	128
Module 2 : Diagnostic et évaluation.....	129
L'importance d'un bon diagnostic.....	129
Comment mesurer le sommeil ?	130
Quels questionnaires sont disponibles ?.....	131
Comment déterminer la gravité de l'insomnie ?.....	132
Module 3 : Mécanismes pour améliorer le comportement de sommeil	132
Hygiène du sommeil	133
Techniques comportementales.....	134
Techniques de relaxation	135
Module 4 : Changer les pensées et croyances négatives sur le sommeil	135
Identifier et changer les pensées inutiles sur le sommeil	135
L'importance d'attentes réalistes	137
Surmonter la peur de s'endormir.....	137
Module 5 : Appui à la prévention et au suivi des rechutes.....	138
L'importance du suivi	138

Stratégies pour prévenir les rechutes	138
Module 6 : Somnifères et TCC-i.....	139
Utilisation de somnifères	139
Risques des somnifères	139
Réduire progressivement les somnifères pendant la TCC-i.....	141
Annexe 7	142
Annexe 8	143
Évaluation des cours e-learning.....	143
Évaluation de la formation professionnelle.....	143
Évaluation de la formation CBT-i.....	144

Mise en œuvre de la ligne directrice pour le traitement des troubles du sommeil et de l'insomnie en soins de première ligne

La directive « Lutter contre les troubles du sommeil et l'insomnie chez les adultes en soins de première ligne » (Cloetens, 2018) privilégie les interventions non médicamenteuses. Une approche étape par étape est recommandée. L'étape 1 consiste à surveiller le sommeil via un journal du sommeil et à fournir des conseils simples en matière de sommeil. L'étape 2 concerne les interventions comportementales dites de faible intensité. Si les troubles du sommeil ne s'améliorent pas, vous pouvez être orienté vers l'étape 3 : un traitement TCC-i plus intensif et spécialisé (thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie). Les somnifères ne sont indiqués que dans les insomnies aiguës et sévères, même pour une courte période, et certainement pas pour les personnes qui pourraient bénéficier d'interventions comportementales.

En pratique il existe un « écart entre les données probantes et la pratique » : ce qui est recommandé dans les directives ne se traduit pas toujours dans la pratique. Les somnifères sont encore largement utilisés. Cela contraste avec la sous-utilisation systématique des interventions comportementales, qui ont pourtant prouvé leur efficacité dans la lutte contre les plaintes et les problèmes de sommeil en soins primaires. L'objectif de ce projet d'implantation est donc double :

1. Augmentation du recours aux interventions comportementales dans le traitement des troubles du sommeil en soins primaires ;
2. Diminution des comportements de prescription de médicaments psychotropes chez les patients en difficulté souffrant de troubles du sommeil en ne prenant plus de médicaments psychotropes, sauf si indiqué et pour une durée la plus courte possible et d'autre part par l'arrêt des psychotropes intégrer des patients qui prennent déjà des somnifères.

Partie 1 : Identification des problèmes : obstacles à la mise en œuvre

Ce projet a débuté par une analyse de l'application actuelle, des besoins et des obstacles vécu par les prestataires de soins de première ligne (médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, psychologues cliniciens/éducateurs orthopédagogues, physiothérapeutes et infirmières à domicile) en ce qui concerne l'application des recommandations dans la pratique. Nous l'avons fait à l'aide d'une enquête qui évalue les besoins des prestataires de soins de santé dans l'application des lignes directrices.

L'enquête a été diffusée en juin 2023 via les réseaux GGZ, VIVEL et diverses associations professionnelles (Domus Medica, SSMG, VVP, APB, VVKP, UPPCF, VVO, AVO, Axxon et NVKVV).

Les éléments suivants ont été interrogés :

- Données démographiques et professionnelles
- Prévenir les problèmes de sommeil dans la pratique quotidienne
- Connaissance et application de la directive thérapeutique
- Obstacles à l'application de la directive thérapeutique
- Nécessités d'appliquer la directive thérapeutique

Les résultats de l'enquête se trouvent en annexe. En résumé, nous avons noté les obstacles suivants à la mise en œuvre de la directive :

- Connaissance insuffisante de la directive
- Préférence du patient pour une approche médicale
- Manque de motivation des patients pour une approche comportementale non médicamenteuse
- Manque d'expertise de la part du prestataire de soins pour motiver et appliquer des interventions comportementales
- Connaissance insuffisante des options d'orientation vers des thérapeutes spécialisés en TCC-i
- Accès limité à des options de référence TCC-i abordables et longs temps d'attente

Partie 2 : Méthode : actions de mise en œuvre

Sur la base de l'analyse des besoins, nous avons développé des actions spécifiques pour lever les barrières à l'application de la directive thérapeutique. Nous avons été soutenus dans cette démarche par un comité d'experts composé d'experts dans le domaine :

- Dr Bruno Ariens : médecin généraliste, asbl Welgerust
- Jan Callens : psychologue clinicien et superviseur de thérapeute comportemental
- Dr Elien Cornelis : médecin généraliste, VLESP
- dr. Aïsha Cortoos : psychologue clinicienne et experte du sommeil, Brainwise
- Dr Livia De Picker : psychiatre et experte du sommeil, UPC Duffel
- Céline Labie : kinésithérapeute et experte du sommeil
- Prof. Dr Olivier Mairesse : psychologue clinicien et expert du sommeil, VUB
- Dr Kris Martens : psychologue clinicien et chercheur de mise en œuvre, KULeuven
- Aurore Roland : psychologue clinicienne et experte du sommeil, VUB
- Jan Saevels : pharmacien APB
- Annelies Smolders : psychologue clinicienne, Starttosleep

Chapitre 1 : Actions visant à lutter contre les idées fausses sur le sommeil et le traitement des problèmes de sommeil

Même si de nombreux efforts ont déjà été déployés concernant la propagation des directives existantes. Il existe encore des idées fausses sur le sommeil et le traitement des problèmes de sommeil ; cela s'applique à la fois aux prestataires de soins de santé et aux patients. Par conséquent, la diffusion des directives a été répétée au début auprès des prestataires de soins de santé.

Nous avons également développé du matériel que les prestataires de soins de santé peuvent utiliser lors des conversations avec leurs patients :

- Surveiller le sommeil via un journal du sommeil (version à imprimer et application)
- Psychoéducation sur le sommeil et l'approche des problèmes de sommeil

Nous sommes partis de sources qualitatives existantes telles que Slaapstraat. Slaap Straat est un projet de recherche néerlandais dans lequel des médecins généralistes ont été formés aux interventions comportementales de faible intensité (van Straten et al., 2023). Slaap Straat propose non seulement une psychoéducation sur les origines de l'insomnie, mais explique également dans un langage compréhensible ce que sont la restriction du lit et le contrôle des stimuli. L'avantage de cette psychoéducation est l'utilisation fréquente de pictogrammes afin qu'elle puisse également être utilisée avec des patients moins verbaux ou maîtrisant moins le néerlandais/français. Vous pouvez consulter les documents destinés aux patients dans les annexes.

Nous avons également développé une prescription de sommeil basée sur le protocole Brief Behavioral Treatment for Insomnia (BBTI) (Troxel, W. & Buysse, D. (2012). La prescription de sommeil est un résumé des conseils comportementaux du prestataire de soins de santé. Le dos de la prescription de sommeil contient quelques conseils importants pour l'hygiène du sommeil.

Prescription de Sommeil

Remplissez dans les cases ci-dessous ce que vous allez faire concrètement

Heure du lever _____

Heure du coucher _____

Activités avant le coucher _____

Activités pendant la nuit quand vous n'arrivez pas à dormir _____

Heure et dosage des médicaments _____

Remarques _____

Problèmes de sommeil

Que faites-vous?

Régulez le rythme veille/sommeil : couchez-vous tard et levez-vous à l'heure

Ne dormez pas pendant la journée

Pas de « surveillance de l'heure »

Levez-vous si vous êtes stressé : couchez-vous que lorsque vous êtes fatigué

Faites régulièrement de l'exercice (avant 20 h)

Décompressez avant d'aller au lit : ne travaillez pas trop longtemps et faites quelque chose de relaxant

Maintenez une bonne hygiène du sommeil : évitez la caféine, l'alcool, les repas copieux, le bruit et la température ambiante trop chaude ou trop froide

Dès que vous vous levez, ouvrez les rideaux ou allumez la lumière

Limitez le nombre d'heures de sommeil

Accepter de ne pas dormir. N'essayez pas « plus fort »

Tous les documents développés destinés aux patients ont été mis à disposition sous forme numérique via l'apprentissage en ligne Premiers Secours pour les Problèmes de Sommeil et le site portail national <https://www.usagepsychotropes.be>. La prescription de sommeil avec des conseils d'hygiène du sommeil a également été imprimée en format détachable (1 600 exemplaires). Chaque soignant ayant participé à la formation professionnelle a reçu un livret de 50 instructions sur le sommeil. Des exemplaires supplémentaires peuvent être commandés via le site Internet de VVKP.

Enfin, un compte Instagram a également été créé, sur lequel toutes sortes d'informations sur le sommeil étaient publiées à intervalles réguliers. Tous les messages ont été collectés sur le site Web du projet [Dors bien](#).

Chapitre 2 : Actions visant à remédier au manque de compétences dans l'application d'interventions non pharmacologiques

Dans un premier temps, la directive privilégie les interventions non pharmacologiques. Une approche étape par étape est recommandée. L'étape 1 consiste à surveiller le sommeil via un journal du sommeil et à fournir des conseils simples en matière de sommeil. L'étape 2 concerne les interventions comportementales dites de faible intensité. Si les troubles du sommeil ne s'améliorent pas, vous serez orienté vers un thérapeute TCC-i plus intensif et spécialisé (étape 3). Tous les patients ayant des problèmes de sommeil ne devraient donc pas être orientés vers la TCC-i. Les prestataires de soins de santé de première ligne peuvent parfaitement réaliser des interventions comportementales et ces interventions semblent efficaces (Van Straten, A., Van der Zwerde, T., Verbeek, I. & Lancee, J., 2023).

Cependant, les médecins indiquent qu'ils n'ont pas les compétences nécessaires pour motiver les patients. pour une approche non médicamenteuse (cf. analyse des besoins). Après tout, le patient veut être aidé (rapidement). De plus, l'auto-efficacité dans l'application d'interventions comportementales est faible. C'est pourquoi ce projet vise à former les prestataires de soins de première ligne aux entretiens motivationnels et aux interventions comportementales de faible intensité.

Les actions suivantes ont été entreprises:

- Recrutement et formation de facilitateurs de processus locaux : les facilitateurs de processus aident à promouvoir le projet et à recruter les superviseurs ;
- Recrutement et formation des superviseurs : les superviseurs forment et supervisent les prestataires de soins de première ligne dans l'application pratique des directives.
- La formation des prestataires de soins de première ligne aux interventions comportementales de faible intensité

2.1. Recrutement et formation de facilitateurs de processus locaux

Les facilitateurs du processus ont contribué à la sensibilisation locale au projet et au recrutement des superviseurs. Nous avons recruté les facilitateurs du processus via des partenariats locaux (zones de soins de première ligne) et des réseaux de santé mentale. Pour présenter le contenu et l'objectif du projet, nous avons organisé trois webinaires informatifs. Cela a donné aux facilitateurs du processus une vision claire de ce que l'on attend d'eux. Au total, 59 participants ont pris part au webinaire en néerlandais et 12 participants au webinaire en français.

Les documents suivants ont été élaborés pour soutenir les facilitateurs du processus :

- Une page Web informative sur le projet sur les sites Web de [VVKP](#) et [UPPCF](#).
- Deux sites web du projet : [Slaap wel](#) et [Dors bien](#)
- Matériel promotionnel : flyers et emails promotionnels pour le train-the-trainer, la formation qualifiante pour les prestataires de soins de première ligne et la formation TCC-i pour les psychologues de première ligne (cf. annexes).

Autres actions que nous avons entreprises pour faire connaître le projet :

- Consultation avec des organisations ayant un objectif similaire : Slaapstraat, VZW Welgerust, BASS et certaines cliniques du sommeil
- Publication du projet à travers les associations professionnelles (Domus medica, SSMG, APB, AXXON, VVKP, UPPCF, VVP, Collège de la Médecine Générale), la croix blanche-jaune, les médecins du peuple, les centres de santé communautaires, les maisons médicales, les cercles de médecins généralistes, les zones de soins primaires et VIVEL
- Présentation du projet lors de plusieurs réunions des réseaux
- Promotion du projet sur les réseaux sociaux de la campagne VVKP, UPPCF, Domus Medica et Evikey + linkedIn en septembre 2024
- Lien vers le groupe de projet psychopharmaceutique : le cercle pour l'élimination des benzodiazépines et le cercle pour l'insomnie font explicitement référence à la formation proposée dans ce projet
- Publication d'articles dans des revues et magazines pertinents :
 - Tijdschrift voor Klinische Psychologie
 - [Artsenkrant](#) en Le Journal de Médecin
 - De Apotheeker
 - Huisarts Nu

- [Fées de médecine](#) (NL + FR)
- Magazine AXXON

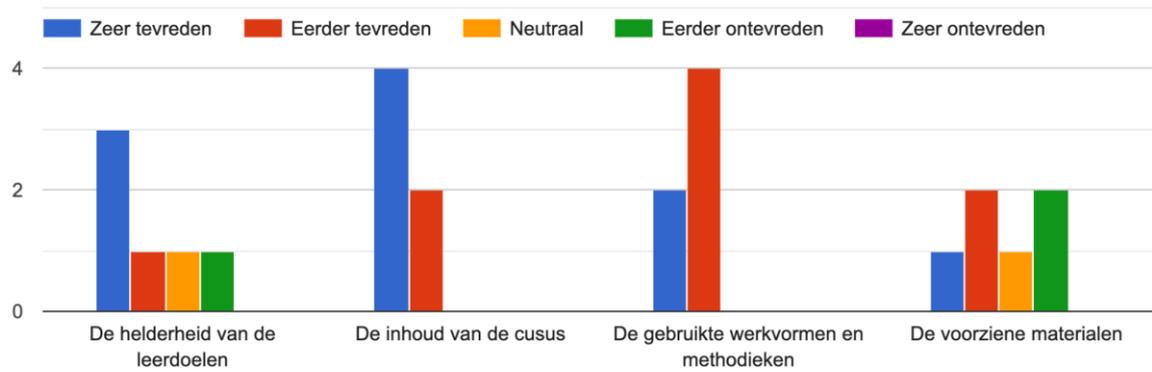
2.2. Recrutement et formation des encadrants

Les superviseurs forment et supervisent les prestataires de soins de première ligne (médecins généralistes, physiothérapeutes, pharmaciens, psychologues et assistants de cabinet) dans l'application des directives dans la pratique.. Nous avons lancé un appel à candidats superviseurs via les canaux médiatiques du VVKP, de l'UPPCF et d'Evikkey. La sélection était basée sur une expérience didactique et/ou une connaissance préalable du traitement des troubles et problèmes de sommeil en soins de première ligne. Au total, 14 encadrants néerlandophones et 12 encadrants francophones ont été sélectionnés. Une répartition régionale était souhaitée, mais n'a pas été réalisée pour les encadrants francophones. La formation des formateurs a eu lieu à Bruxelles mais la distance était un obstacle trop important pour les professionnels de la province de Luxembourg.

Un dossier du formateur en ligne (disponible en néerlandais et en français) a été fourni. Ce dossier contient des informations générales, des objectifs d'apprentissage, des méthodes et du matériel pour dispenser une formation professionnelle. Le dossier des formateurs est disponible à l'adresse [Plateforme PSYNET](#) (voir aussi pièces jointes). Cette plateforme dispose également d'un canal de communication numérique grâce auquel les superviseurs peuvent échanger leurs expériences entre eux.

Deux formations de formateurs (NL + FR), dirigées par l'experte du sommeil, le Dr Aisha Cortoos, ont été organisées pour former les superviseurs à dispenser une formation professionnelle. Sur l'avis du comité d'experts, l'accent a été mis principalement sur une base théorique solide pour les superviseurs. Compte tenu de l'expérience didactique des encadrants, il a été supposé que le dossier du formateur était suffisant pour démarrer efficacement la formation qualifiante. L'évaluation de la formation des formateurs (cf. infra) a montré que les candidats superviseurs néerlandophones avaient besoin d'un soutien supplémentaire. C'est pourquoi un moment de retour supplémentaire a été organisé pour les deux groupes. Un modèle PowerPoint a également été développé et peut être utilisé pour offrir une formation professionnelle. Les présentations se trouvent en annexes.

In welke mate ben je tevreden over volgende onderdelen?



Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des aspects suivants ?

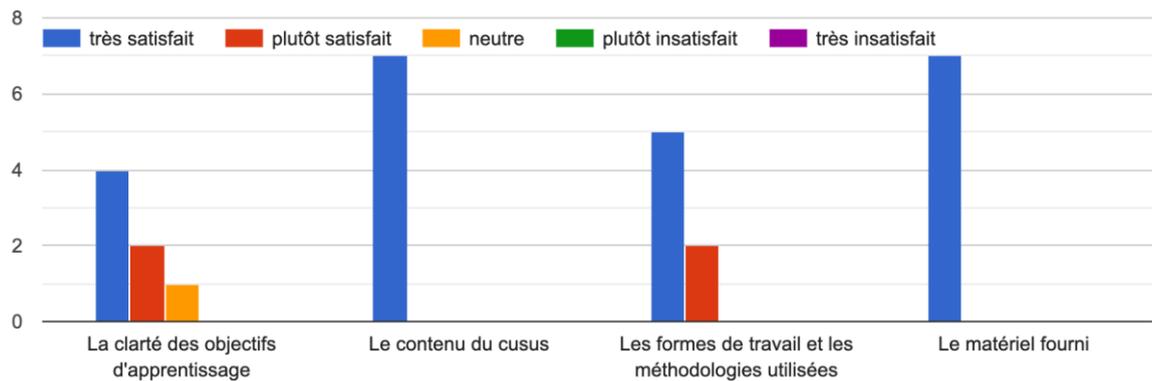
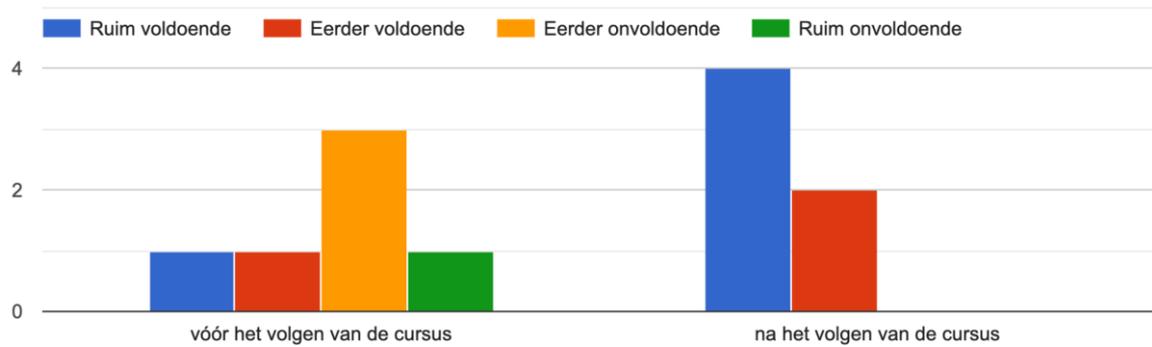


Figure 1 : satisfaction à l'égard de la formation des formateurs

Hoe schat je je kennisniveau in over de behandeling van slaapklachten en insomnie...



Comment estimez-vous votre niveau de connaissances sur le traitement des troubles du sommeil et de l'insomnie...

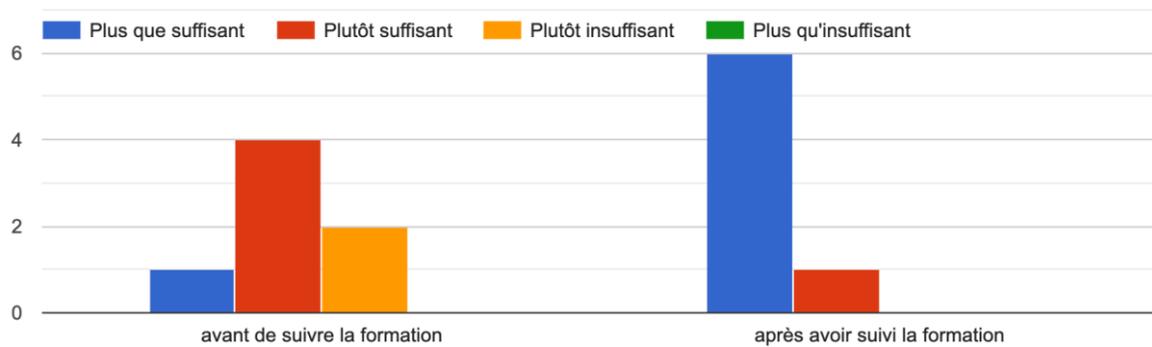
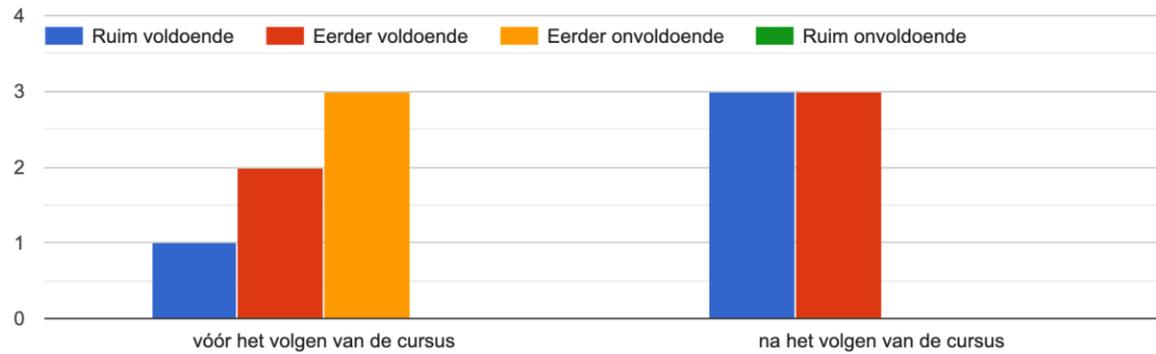


Figure 2 : connaissance du traitement de l'insomnie.

Hoe schat je je vaardigheidsniveau in de praktijk in over de behandeling van slaapklachten en insomnie...



Comment évaluez-vous votre niveau de compétence dans la pratique du traitement des troubles du sommeil et de l'insomnie...

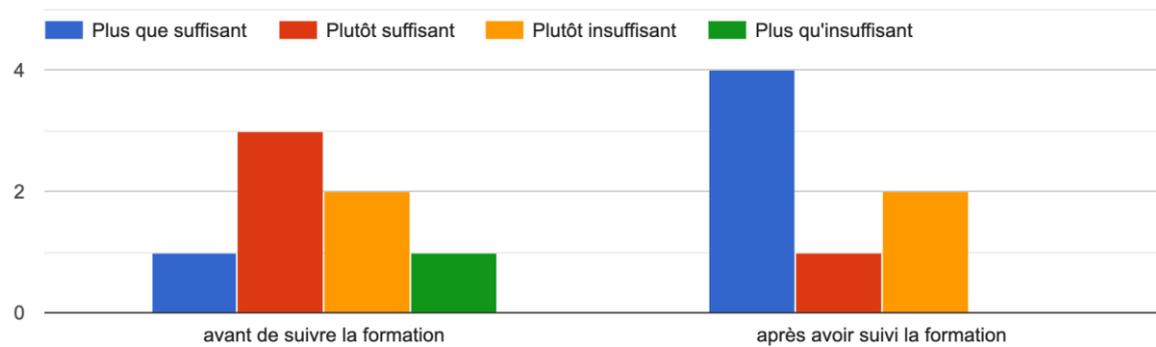
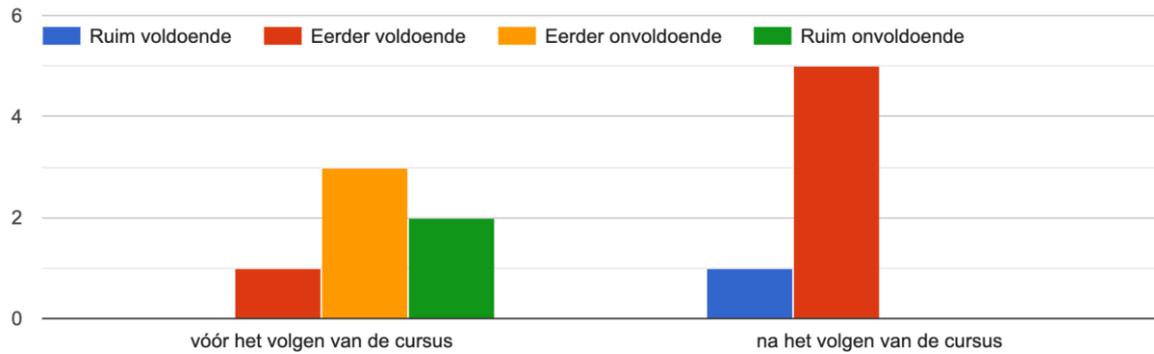


Figure 3: compétence dans le traitement de l'insomnie

Hoe schat je je vaardigheidsniveau in de praktijk in over het geven van training aan andere zorgverleners...



Comment estimez-vous votre niveau de compétence dans la pratique pour dispenser des formations à d'autres professionnels de la santé...

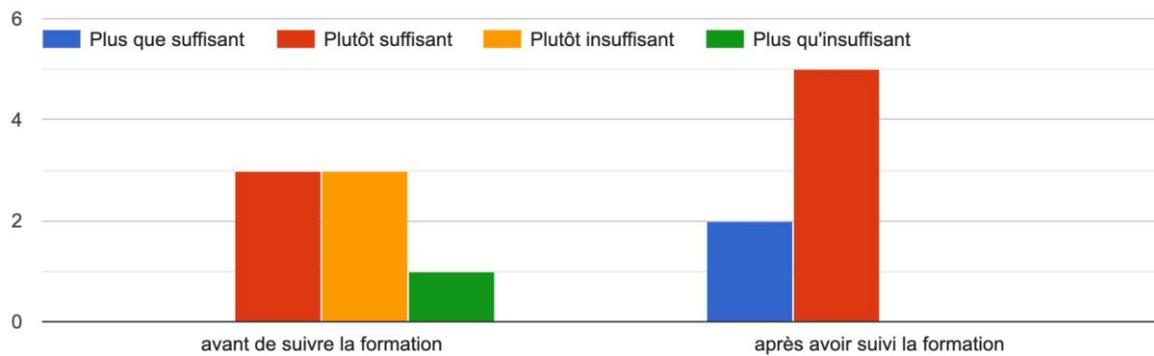


Figure 4 : compétence pour dispenser une formation sur le traitement de l'insomnie.

2.3. Former les prestataires de soins de première ligne aux interventions comportementales de faible intensité

2.3.1. Développement du programme de formation

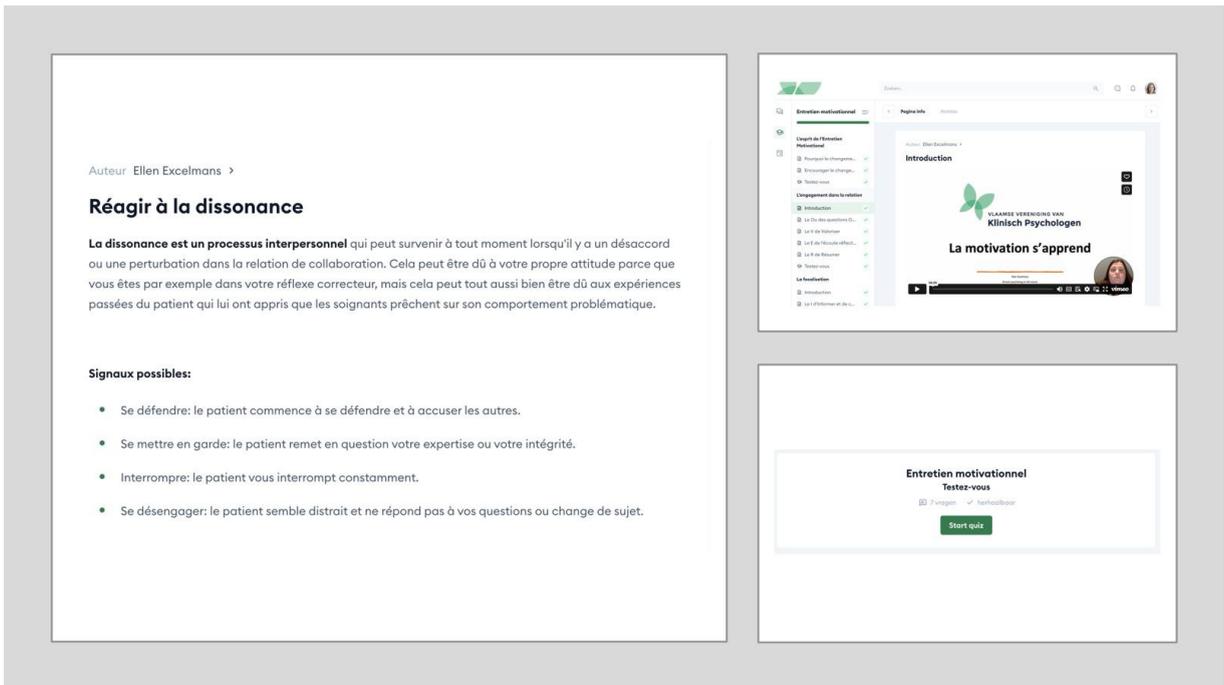
Le programme de formation « Approche comportementale des problèmes de sommeil en soins de première ligne » comprenait trois parties : deux cours d'apprentissage en ligne, une formation aux compétences physiques et un entretien supervisé (en ligne). La formation et les entretiens supervisés ont été dispensés par des superviseurs formés au cours d'une formation de formateurs de deux jours et tous avaient de l'expérience dans la prestation de formations. Une accréditation était prévue pour suivre l'ensemble du programme de formation (e-learning, formation qualifiante et au moins 1 intervision).

a) Formations en ligne

Après l'inscription au programme de formation, le prestataire de soins reçoit un identifiant pour les cours en ligne « Vous pouvez apprendre la motivation » et « Premiers secours en cas de problèmes de sommeil » au sein de la plateforme d'apprentissage PSYNET. Le cadre théorique de la formation a été expliqué.

Les e-learning ont été développés sur la plateforme Huddle.nl et consistent en un mix de textes, de vidéos et d'autotests. Nous nous sommes basés sur des formations e-learning qualitatives existantes du VAD et de Brainwise. L'apprentissage en ligne « Vous pouvez apprendre à motiver » met en évidence l'esprit de l'entretien de motivation et les quatre tâches d'un entretien de motivation (s'engager, se concentrer, susciter et avancer avec friction et planification) (Miller et Rollnick, 2014). Les Premiers Secours pour les Problèmes de Sommeil (PSPS) décrivent la physiologie du sommeil, les troubles du sommeil les plus importants et certains modèles d'insomnie. PSPS contient également un certain nombre de matériels pour l'évaluation et le traitement de l'insomnie. En ce sens, le e-learning Premiers secours constitue un ouvrage de référence utile pour le prestataire de soins.

Vous trouverez ci-dessous quelques captures d'écran des deux cours e-learning.



b) Formation professionnelle

L'étape suivante consiste à suivre la formation en compétences physiques (2 x 3 heures) pour l'application pratique de la théorie. Les prestataires de soins ont été formés aux interventions comportementales dites de faible intensité (Brief Behavioral Treatment for Insomnia (BBTI)). Une attention particulière a également été portée à l'indication. Afin de soutenir les prestataires de soins, nous avons également développé un plan d'étapes qui résume toutes les étapes du protocole BBTI.



c) Interventions supervisées

Après la formation professionnelle, les prestataires de soins pouvaient participer à un intervention supervisée (en ligne). Les entretiens supervisés avaient un double objectif : gérer les difficultés d'application des compétences dans la pratique quotidienne et éviter ce que l'on appelle la « dérive du thérapeute ». Nous avons choisi de ne pas rendre obligatoire la participation aux interventions supervisées. Après tout, l'intervention n'est utile que si l'on est coincé quelque part dans la pratique et que l'on se pose donc une question spécifique en matière d'intervention. Néanmoins, nous ne voulions pas rendre l'intervention trop non banale. L'accréditation a été obtenue que si l'ensemble du processus est suivi.

2.3.2. Ajustement de la stratégie et du programme de formation

Initialement, nous avons prévu 14 séances de formation physique (2 x 3 heures) par langue nationale. De cette manière, chaque formateur pouvait superviser au moins 1 formation. Les prestataires de soins souhaitant suivre la formation pouvaient manifester leur intérêt via un formulaire Google. 226 prestataires de soins ont répondu à un premier appel. Nous avons contacté les parties intéressées dès qu'une formation était organisée dans la région.

Après le comité d'orientation du 28/05/24, il nous a été conseillé de modifier cette stratégie de mise en œuvre car cette procédure était trop lente. C'est pourquoi nous avons considérablement augmenté le nombre de formations, à 48 au total (NL + FR), où les prestataires de soins intéressés pouvaient s'inscrire directement à une formation de leur choix. De cette façon, les prestataires de soins pourraient libérer leur emploi du temps à temps pour la formation. Une version allégée de la formation professionnelle a également été développée. La version allégée est une version abrégée de la formation originale et était proposée à la fois physiquement et en ligne.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de sessions de formation prévues :

	Physique (2 x 3 heures)	Light (3 heures)	En ligne (3 heures)
NL	11	4	10
FR	6	6	11
Total	17	10	21

Tableau 1 : Aperçu des formations professionnelles prévues¹.

a) Version allégée de la formation professionnelle

Au lieu de 2 fois 3 heures de formation qualifiante, la version allégée ne proposait qu'1 fois 3 heures de formation qualifiante. La réduction du nombre d'heures a été compensée par l'extension de l'apprentissage en ligne Premiers secours en cas de problèmes de sommeil avec un certain nombre de vidéos de démonstration.

¹ La formation physique est une formation en direct composée de 2 demi-journées de 3 heures ; la formation light est une formation physique raccourcie de 3 heures ; et la formation en ligne est également une formation abrégée de 3 heures qui se déroule en ligne.

- [Éducation au sommeil et approche comportementale](#)
- [Utilisation du journal du sommeil](#)
- [Application de la prescription de sommeil](#)

Des moments de questions en ligne ont également été organisés pour répondre aux questions sur le e-learning. Ces moments semblaient inutiles car aucun prestataire de soins ne participait. La version allégée pouvait être suivie en face-à-face et en ligne.

b) Accessibilité des cours en e-learning

En complétant le e-learning avec des vidéos de démonstration, il a été possible de suivre uniquement le e-learning Premiers secours en cas de problèmes de sommeil. C'est pourquoi les cours e-learning étaient accessibles pour tous et n'étaient donc pas réservés aux participants de l'ensemble du programme de formation.

2.3.3. Organisation et recrutement des formations

Dans un premier temps, nous avons commencé à organiser 2 x 14 sessions de formation. Afin de toucher le plus grand nombre possible de prestataires de soins de santé, le nombre de formations a été considérablement augmenté pour atteindre 48 formations au total (NL + FR). Le programme de formation légère a également été proposé à partir de mi-août 2024.

Vous trouverez ci-dessous un aperçu de toutes les formations que nous avons organisées en Belgique. Malgré notre changement de stratégie, nous avons quand même dû annuler certaines formations faute d'inscriptions ou insuffisantes. Un certain nombre de formations ont été annulées, notamment en Wallonie. C'est pourquoi nous avons spécialement embauché un collègue en septembre 2024 qui s'est spécifiquement concentré sur le recrutement de prestataires de soins francophones.

	Prévu	Formation réalisée			Formation annulée		
		Physique	Light	En ligne	Physique	Light	En ligne

NL	25	10	3	8	1	1	2
FR	23	2	6	6	4	0	5
Total	48	12	9	14	5	1	7

Tableau 2 : Aperçu des formations professionnelles effectuées et annulées.

Différents canaux ont été utilisés pour recruter des participants aux formations. L'offre de formation était par exemple sur psychofarmacagids.be et sur le site Evikey. Cependant, le plus grand nombre de prestataires de soins de santé a été atteint grâce aux campagnes de communication du VVKP, de l'UPPCF et d'autres associations professionnelles (newsletters, articles dans des revues professionnelles et réseaux sociaux). Les zones de première ligne en Flandre constituaient également un bon canal ; surtout pour la formation physique. Les zones de soins de première ligne ont non seulement veillé à ce que l'offre soit connue par les prestataires de soins locaux, mais ont également contribué à l'organisation pratique de la formation. Le recrutement d'un collègue supplémentaire en septembre 2024 a également eu un effet. A partir de septembre on constate une très nette augmentation du nombre d'inscriptions en Wallonie (voir Figure 5 et Figure 6).

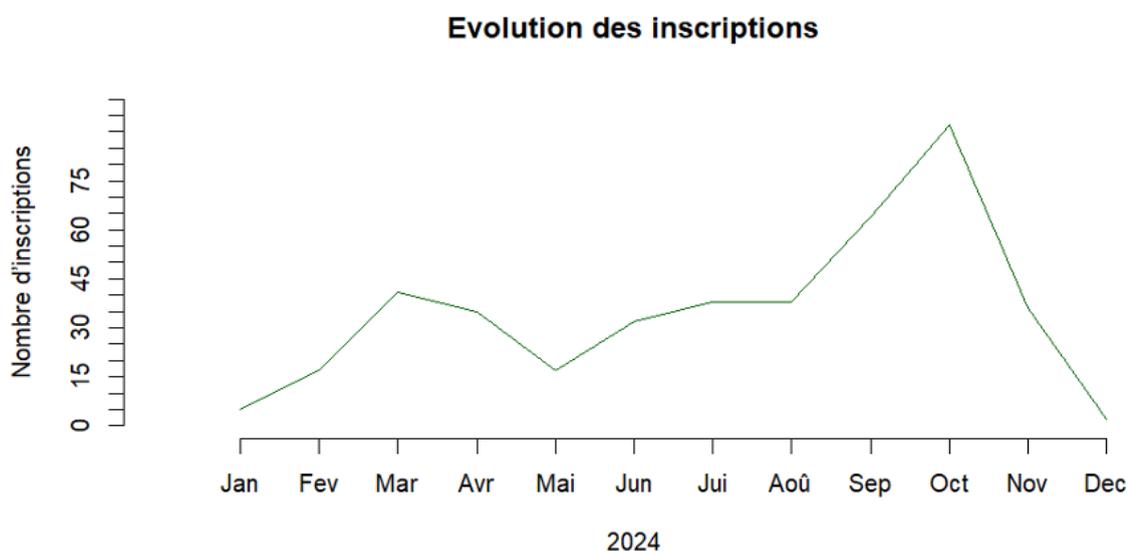


Figure 5 : Evolution du nombre d'inscriptions aux formations dans le temps.

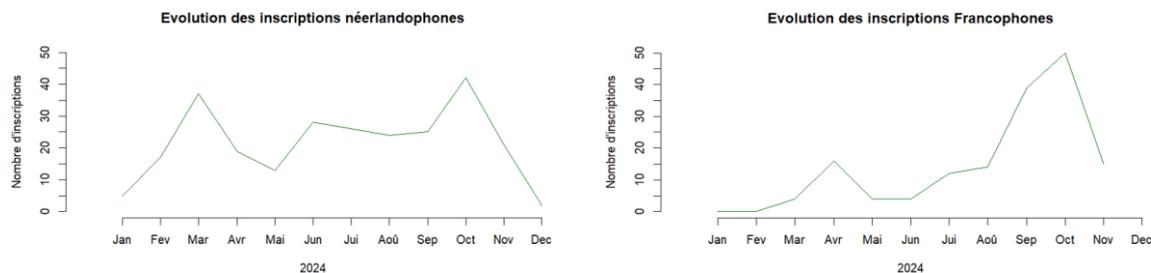


Figure 6 : Evolution du nombre d'inscriptions aux formations dans le temps ; réparti entre les zones néerlandophones et francophones.

Parmi les autres actions que nous avons entreprises pour recruter des participants, citons la prise de contact directe avec les cercles de médecins généralistes, les maisons médicales et les centres de santé communautaires. Les cliniques du sommeil constituaient également un canal intéressant. Après tout, ils reçoivent souvent des questions sur l'assistance de première ligne et orientent donc vers notre offre de formation. La collaboration avec les instituts de formation s'est également révélée efficace. Nous avons touché 112 prestataires de soins en organisant un atelier lors de journées d'études et de conférences.

Enfin, les prestataires de soins ayant suivi la formation semblent diffuser leurs connaissances auprès de leurs collègues. Par exemple, nous recevons régulièrement des demandes de prestataires de soins (2NL + 3 FR) ayant suivi la formation afin de disposer du matériel de formation afin de pouvoir dispenser la formation en interne au sein de leur équipe.

Chapitre 3 : Actions visant à réduire le seuil élevé de TCC-i

TCC-i signifie thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie, également appelée interventions comportementales de haute intensité. Cependant, le pas vers un thérapeute CBT-i plus spécialisé est un grand pas. Dans certaines régions, l'assistance psychologique reste encore taboue. De plus, il n'est pas vraiment clair où les patients peuvent trouver cette aide spécialisée. Il n'existe qu'un nombre limité de thérapeutes TCC-i, le temps d'attente est long et le coût est élevé.

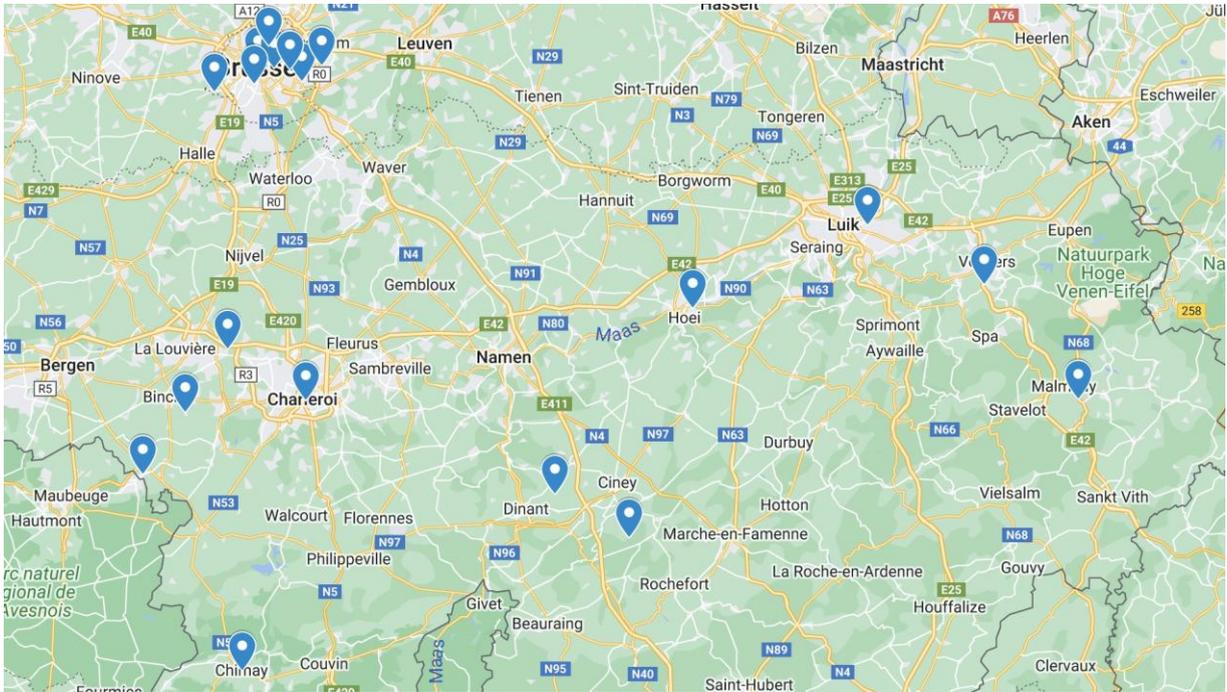
Les actions suivantes ont donc été menées :

- Etablir une liste de référence de psychologues de premier recours spécialisés en TCC-i
- Formation TCC-i pour les psychologues de soins de première ligne conventionnés

3.1. Liste de référence des psychologues du sommeil

Nous avons dressé un inventaire des psychologues de première ligne spécialisés en TCC-i. Vous trouverez le résultat dans la [liste de référence](#) des psychologues du sommeil. Cette liste ne comprend pas seulement des psychologues cliniciens que nous avons nous-mêmes formés. Les psychologues cliniciens formés en TCC-i par le BASS et l'ULB ont également été dans cette liste.

La liste de références est publiée sur le site Internet du projet [Dors bien](#) et est mentionné dans le e-learning Premiers Secours pour les Problèmes de Sommeil sous le chapitre de référence.



3.2. Formation des psychologues cliniciens de soins de première ligne en TCC-i

3.2.1. Développement d'une formation TCC-i

Afin d'augmenter les possibilités d'orientation vers des psychologues du sommeil spécialisés, une formation de trois jours en thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie a été organisée dans chaque langue nationale. Cette formation avait le même programme que le cours TCC-i de l'Association Belge de Recherche et Médecine du Sommeil (BASS) et était dispensée par des encadrants reconnus en thérapie comportementale avec une spécialisation dans le traitement de l'insomnie : Jan Callens (NL) et Virginie Massant (FR).

La formation prévoyait également une supervision mensuelle et un ouvrage de référence en ligne (cf. annexes) avec du matériel que les participants pouvaient immédiatement utiliser dans leur cabinet. Enfin, nous avons développé un programme de groupe TCC-i pour la convention PPL : plus de patients peuvent être atteints via un groupe (cf. pièces jointes).

3.2.2. Organisation et recrutement des formations CBT-i

La formation a été annoncée aux psychologues cliniciens et/ou des psychologues scolaires par les réseaux VVKP, UPPCF et GGZ. Nous nous sommes initialement concentrés sur les prestataires de soins de santé conventionnés ; dans le but de créer le moins d'obstacles financiers possible pour le patient. Notre analyse des besoins a montré que le coût élevé des soins psychologiques non conventionnés constituait un frein majeur à la consultation d'un psychologue spécialisé du sommeil.

Cet appel a attiré 127 intéressés néerlandophones et 66 francophones. Cela a largement dépassé nos attentes. Pour répondre au grand intérêt, nous avons organisé la formation une deuxième fois. Néanmoins, nous avons encore dû faire des choix quant à l'inclusion des psychologues cliniciens et/ou des psychologues scolaires. Nous avons visé la plus grande diffusion régionale possible.

Nous avons formé au total 69 psychologues cliniciens conventionnés et/ou psychopédagogues : 34 néerlandophones et 36 francophones.

	Formation 1	Formation 2
NL	19	15
FR	20	15
Total	39	30

Tableau 3 : Nombre de participants à la formation TCC-i

Pour éviter la dérive du thérapeute, les superviseurs TCC-i ont prévu mensuellement des moments de supervision (en ligne). Les supervisions francophones ont été mieux suivies que les supervisions néerlandophones. Au total, 10 supervisions en français et 6 supervisions en néerlandais ont eu lieu. Le nombre moyen de participants par supervision était de 3,75 (NL) et 4,20 (FR).

Partie 3 : Résultats

L'objectif de ce projet est d'aligner le traitement des problèmes de sommeil sur la directive « Lutter contre les troubles du sommeil et l'insomnie dans les soins de première ligne » (Cloetens, 2018). Concrètement, cela signifie que les prestataires de soins prescrivent moins de médicaments et recourent davantage à des interventions comportementales. Une analyse des besoins a révélé trois obstacles importants à la mise en œuvre de la ligne directrice :

- Idées fausses sur le sommeil et le traitement des problèmes de sommeil
- Manque de compétences dans l'application d'interventions non pharmacologiques
- Seuil élevé pour faire référence à une TCC-i spécialisée.

Dans ce projet, nous nous sommes principalement concentrés sur la promotion de l'expertise dans les soins de première ligne au sens large. Les prestataires de soins de santé de première ligne peuvent parfaitement mener des interventions comportementales et ces interventions semblent efficaces (Van Straten, et al., 2023). Dans cette partie, nous décrivons l'impact de notre projet. Nous suivons le « Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (CFIR) », dans lequel les résultats suivants sont pris en compte :

- Acceptabilité : attitude envers les recommandations
- Utilisabilité (pertinence) des recommandations dans un cadre/contexte spécifique
- Adoption : l'intention de mettre en œuvre les recommandations
- Faisabilité de la mise en œuvre des recommandations
- Fidélité : la mise en œuvre est fidèle à la directive
- Portée (pénétration) de la directive
- Durabilité : ancrer les recommandations

Chapitre 1 : Évaluation des actions visant à corriger les idées fausses sur le sommeil et le traitement des problèmes de sommeil

Dans le cadre de ce projet, toutes sortes de matériels destinés aux patients ont été développés dans le but de corriger les idées fausses sur le sommeil et le traitement des problèmes de sommeil. Une enquête directe auprès des patients dépassait la portée du projet. Afin de mieux avoir une vue sur la manière dont les documents ont été reçus, cela a été explicitement demandé dans les groupes de réflexion (NL+FR).

Les membres du groupe de réflexion ont été sélectionnés de manière à ce que chaque groupe professionnel soit représenté dans chaque type de formation. La composition finale des groupes de réflexion était la suivante :

- Groupe néerlandophone : 1 médecin généraliste, 2 pharmaciens, 1 infirmière praticienne, 3 psychologues et 2 kinésithérapeutes ; la majorité avait suivi une formation physique ; le médecin généraliste et 1 kinésithérapeute avaient suivi la formation en ligne.
- Groupe francophone : 2 médecins généralistes et 2 psychologues ; là aussi, la majorité a suivi une formation physique ; 1 psychologue avait suivi la formation en ligne.

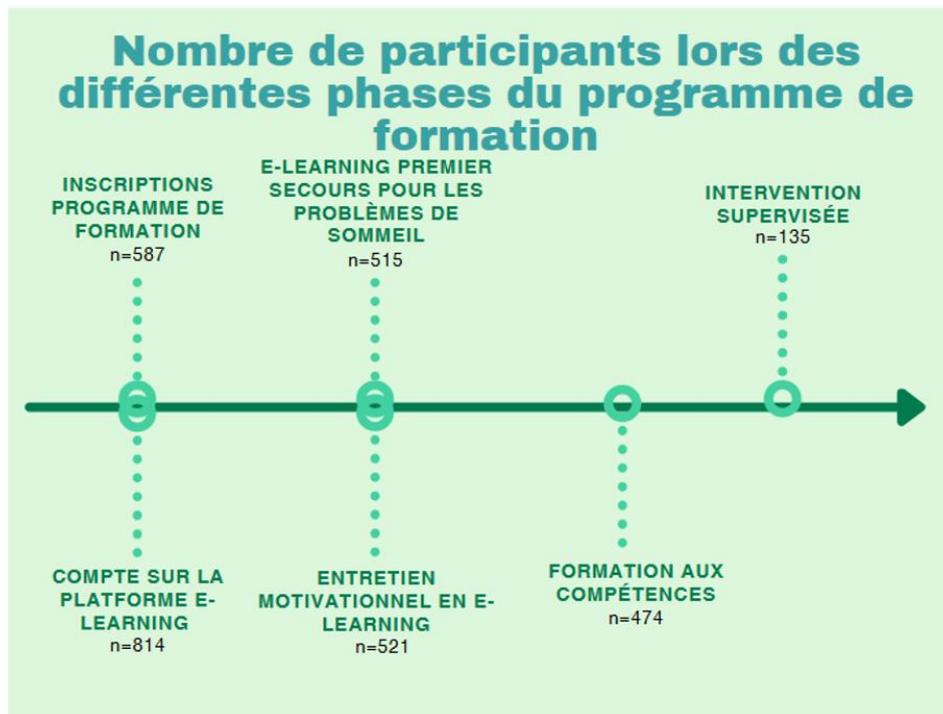
Les expériences du matériel pour les patients étaient très diverses. Par exemple, le journal du sommeil est fréquemment utilisé en Flandre. La prescription sommeil, en revanche, est moins souvent utilisée. L'applicabilité dépend fortement de la motivation et des antécédents du patient (par exemple, motivation, âge et utilisation de médicaments). En Wallonie, la mise en œuvre est inversée. Les prestataires de soins rencontrent encore de nombreux obstacles dans l'utilisation du journal du sommeil, comme le manque de temps et le manque de motivation de la part du patient pour remplir le journal du sommeil. Ils sont enthousiasmés par la prescription de sommeil et ont fait des suggestions d'amélioration, comme une liste d'activités de relaxation et d'activités à faire le soir si l'on n'arrive pas à s'endormir. Les patients réagiraient positivement à la prescription de sommeil. La traduction des documents de la Slaapstraat semblait inconnue dans ce groupe. Nous avons également remarqué dans chaque groupe que certaines lacunes subsistent dans la connaissance du sommeil et dans le traitement des problèmes de sommeil. Le suivi après une formation reste donc un point d'attention important.

Chapitre 2. Évaluation des actions visant à promouvoir l'expertise dans les interventions non pharmacologiques

2.1. Participants

Au total, 814 personnes ont créé un compte sur notre plateforme d'e-learning PSYNET. 525 prestataires de soins (NL : N = 299 et FR : N = 226) ont suivi l'entretien de motivation en ligne et 509 prestataires de soins (NL : N = 320 et FR : N = 209) ont consulté l'e-learning Premiers secours pour les problèmes de sommeil. Il y a eu 605 inscriptions à la formation professionnelle, et 474 prestataires de soins de santé ont effectivement suivi la formation. Cela signifie que tous les prestataires de soins de santé n'ont pas suivi toutes les étapes du processus de formation. Certains prestataires de soins de santé ont uniquement suivi l'apprentissage en ligne, tandis que d'autres ont uniquement suivi la formation professionnelle.

La participation à une intervision supervisée par les pairs était facultative. Après tout, l'intervision n'est utile que si l'on est coincé quelque part dans la pratique et que l'on se pose donc une question spécifique en matière d'intervision. Cependant, nous avons remarqué que le besoin d'intervision était moins important qu'on ne le pensait initialement. De nombreuses interventions ont dû être annulées faute d'inscription. Nous soupçonnons que le besoin d'intervision ne se fait sentir qu'avec le temps. Cependant, la durée du projet est limitée dans le temps. Pour garder nos encadrants motivés, nous avons donc organisé moins d'intervisions que prévu dans le plan d'implantation. Nous espérons ainsi limiter le nombre d'annulations. Au total, 41 interventions ont été réalisées. Le nombre moyen de participants par intervision est de 3,21 (NL) et 3,43 (FR). Au total, 135 prestataires de soins ont suivi une intervision supervisée.



Une répartition détaillée par profession de santé des inscriptions aux formations montre que nous avons principalement touché des médecins généralistes, des kinésithérapeutes et des psychologues cliniciens (voir figure 7). Cela n'est pas surprenant puisque nous nous sommes principalement concentrés sur ces groupes cibles.

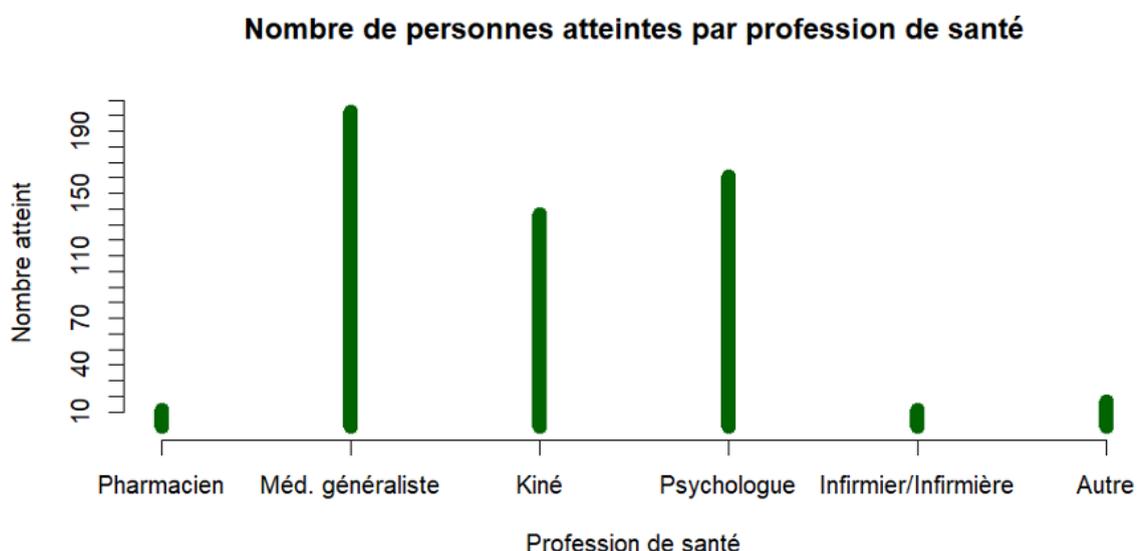


Figure 7 : Nombre de personnes atteintes par profession de santé. La catégorie autres comprend : médecin spécialiste (1), gestionnaire de cas (1), coach (1), diététicien (2), promoteur de santé (1), psychologue scolaire (6), sociologue (2).

2.2. Évaluation

Pour évaluer le processus de formation, il a été demandé aux participants avant la formation (prétest), immédiatement après la formation (posttest1) et trois mois après la formation (posttest2). Nous avons ainsi pu évaluer l'impact de la formation sur les connaissances et compétences des prestataires de soins et leurs perceptions à l'égard d'une approche comportementale de l'insomnie. Cela nous a également permis de mieux comprendre comment la mise en œuvre du contenu de la formation s'est déroulée dans la pratique et comment les connaissances et les compétences, l'expérience et les perceptions ont évolué lors de la mise en œuvre dans leur pratique. En outre, les post-tests contiennent également un certain nombre d'éléments permettant d'évaluer la qualité de la formation et de l'encadrement. Le tableau 4 donne un aperçu du nombre de répondants par test et des variables interrogées.

Tableau 4. Aperçu du nombre de répondants et des variables interrogées aux différents moments de mesure.

	Prétest	Post-test 1	Post-test 2
Nombre de répondants	464	200	134
Variables démographiques	x		
Profession	x	x	x
À quelle fréquence hygiène du sommeil, journal du sommeil, contrôle des stimuli, restriction du temps passé au lit, relaxation	x		
Satisfaction de formation		x	
Evaluation des interventions			x
Évaluation des compétences générales	x	x	x
Perception de l'approche comportementale de l'insomnie	x	x	x
Amélioré leur compétences		x	
Motivé par le programme de formation		x	

Connaissances et compétences en interventions thérapeutiques comportementales		x	
Intention de recourir à des interventions thérapeutiques comportementales		x	
Combien ont été traités avec une approche comportementale			x
Dirigé vers l'offre spécialisée			x
Déroulement général du traitement			x
Cours d'interventions thérapeutiques comportementales			x
Faisabilité des interventions thérapeutiques comportementales			x
Prescription de somnifères	x		x
Réduire progressivement les somnifères	x		x

Afin de pouvoir apparier les répondants entre les différents tests et de garantir l'anonymat de l'administration, il leur a été demandé au début de chaque test de s'identifier avec leur propre code unique qu'ils devaient générer eux-mêmes. Le code unique qu'ils devaient saisir était composé de leur mois de naissance, des deux derniers chiffres de leur code postal et des deux premières lettres du nom de leur mère. L'analyse des données a montré que ce code unique n'était pas suffisamment unique : différents répondants ont fourni le même code unique. Il était donc impossible de relier correctement leurs données sur les différents tests. Il a donc été décidé de ne pas inclure les données de ces répondants dans l'analyse. Un total de 130 répondants au prétest, 29 répondants au premier post-test et 6 répondants au dernier post-test. L'analyse des données a finalement porté sur les données de 334 répondants du pré-test, 171 répondants du deuxième post-test et 128 répondants du troisième post-test. Le tableau 5 donne un aperçu du nombre de répondants par groupe professionnel et du nombre de répondants par programme de formation (physique, en ligne et légère) qui ont finalement été inclus dans l'analyse.

De plus, tous les répondants n'ont pas complété tous les tests. Parmi les répondants qui ont complété le prétest, 67 personnes ont également complété le premier post-test et 46 le dernier post-test. Parmi les répondants qui ont complété le premier post-test, 54 ont également complété le post-test final.

	Prétest	Post-test 1	Post-test 2
Total	334	171	128
Groupe professionnel			
Médecin généraliste	63	29	25
Physiothérapeute	99	61	44
Psychologue clinicienne et orthopédagogue	125	63	51
Infirmière	11	4	3
Autre (Pharmacien, Médecin spécialiste, psychothérapeute)	36	14	5
Tapez le parcours de formation			
Physique	301	92	78
En ligne	4	48	33
Légère	29	31	17

2.2.1. Satisfaction du programme de formation

a) E-learning

Pour évaluer la qualité du e-learning, trois questions ont ensuite été posées : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait du e-learning ? », « Qu'avez-vous pensé de l'intensité du e-learning ? », « Qu'avez-vous pensé du niveau du e-learning ».

L'évaluation a été réalisée 259 fois pour le e-learning « Entretien motivationnel ».

L'évaluation de l'e-learning « Premiers secours pour le sommeil » a été réalisée 277 fois.

La figure 8 donne un aperçu des scores de satisfaction. Pour les deux cours d'apprentissage en ligne, la plupart des personnes interrogées ont indiqué qu'elles étaient « plutôt satisfaites » à « très satisfaites » des cours d'apprentissage en ligne.

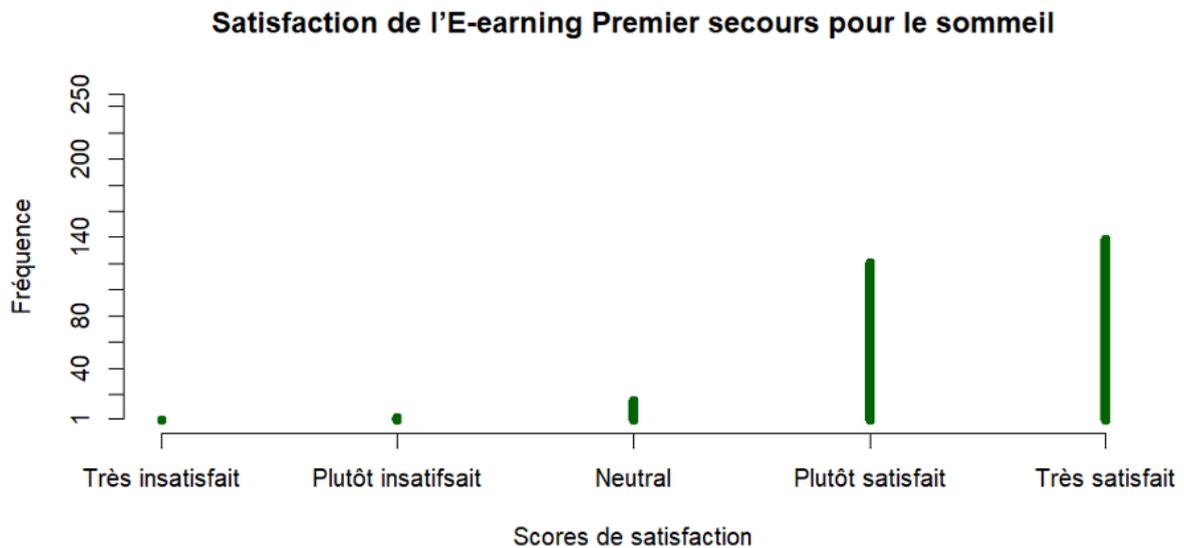
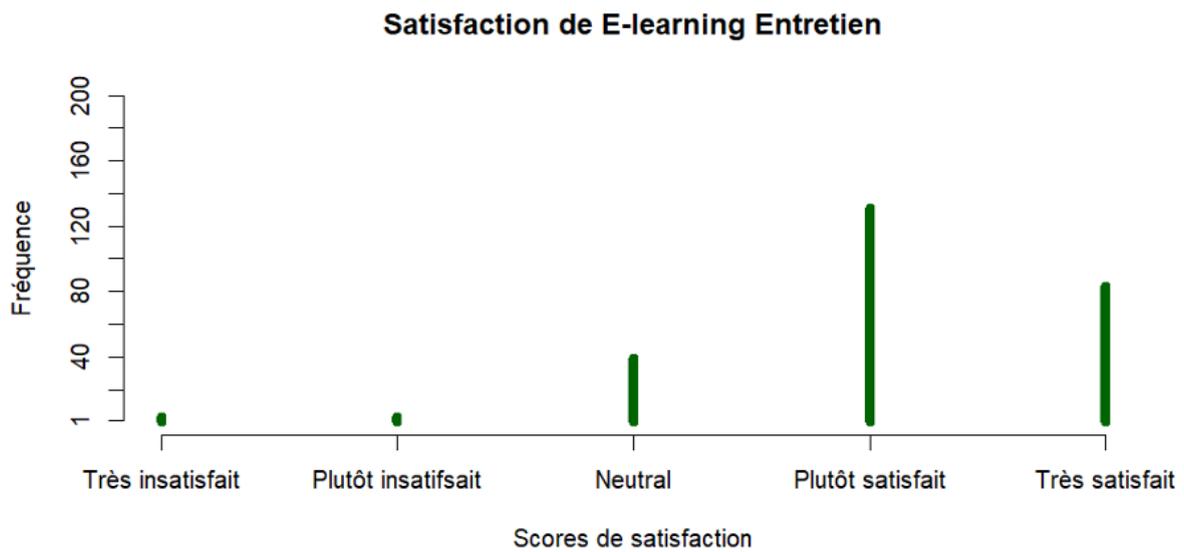


Figure 8. Scores de satisfaction pour les deux cours d'apprentissage en ligne du parcours de compétences ('Entretien motivationnel', N=259; 'Premier Secours', N=277).

Par rapport à la question sur l'intensité de l'apprentissage en ligne, la plupart des personnes interrogées ont indiqué que l'intensité était bonne (voir Figure 9). Quelques-uns ont indiqué que l'e-learning était trop intense et respectivement 15,83 % pour l'e-learning « Entretien de motivation » et 11,91 % pour l'e-learning « Premiers secours pour le sommeil » ont indiqué que l'e-learning pourrait être encore plus intensif.

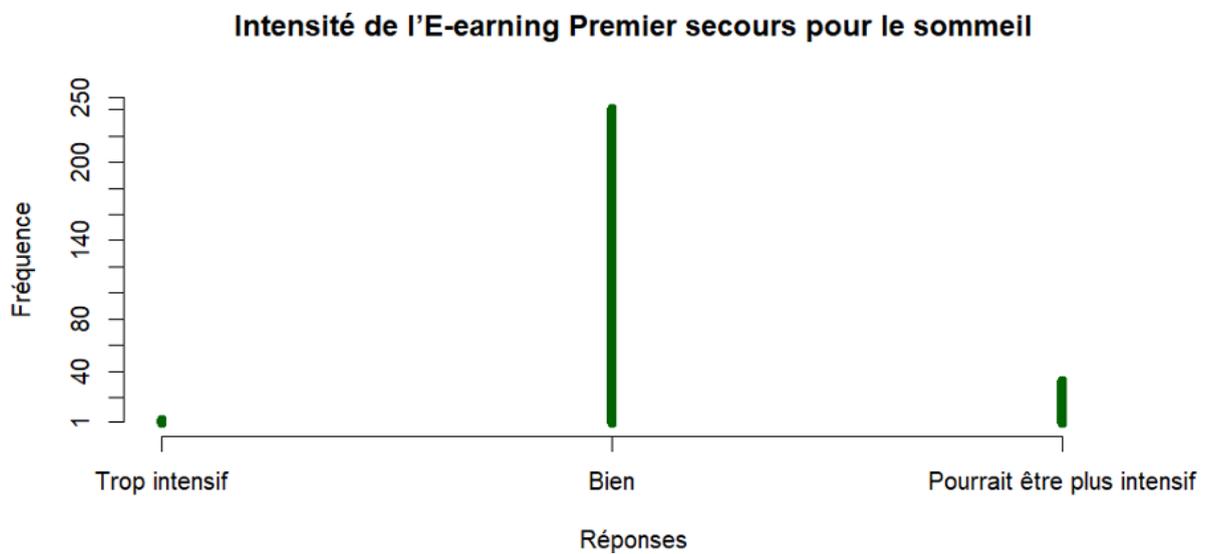
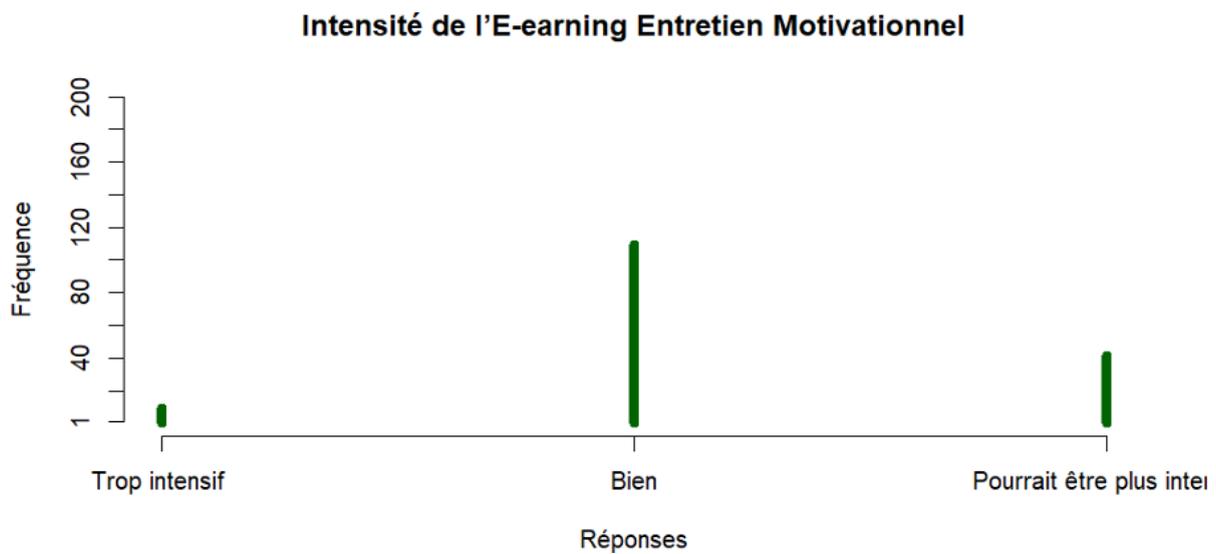


Figure 9. Fréquence des réponses à la question sur l'intensité des deux formations e-learning dans le parcours de compétences ('Entretien motivationnel', N=259; 'Premier Secours', N=277).

A la question sur le niveau de l'apprentissage en ligne, la plupart des personnes interrogées ont également répondu que le niveau était « bon » (voir Figure 10). Pour l'« entretien motivationnel » du e-learning, 23,17 % ont indiqué que le niveau pourrait être plus élevé. Pour l'e-learning « Premiers secours pour le sommeil », ce chiffre était de 16,25 %.

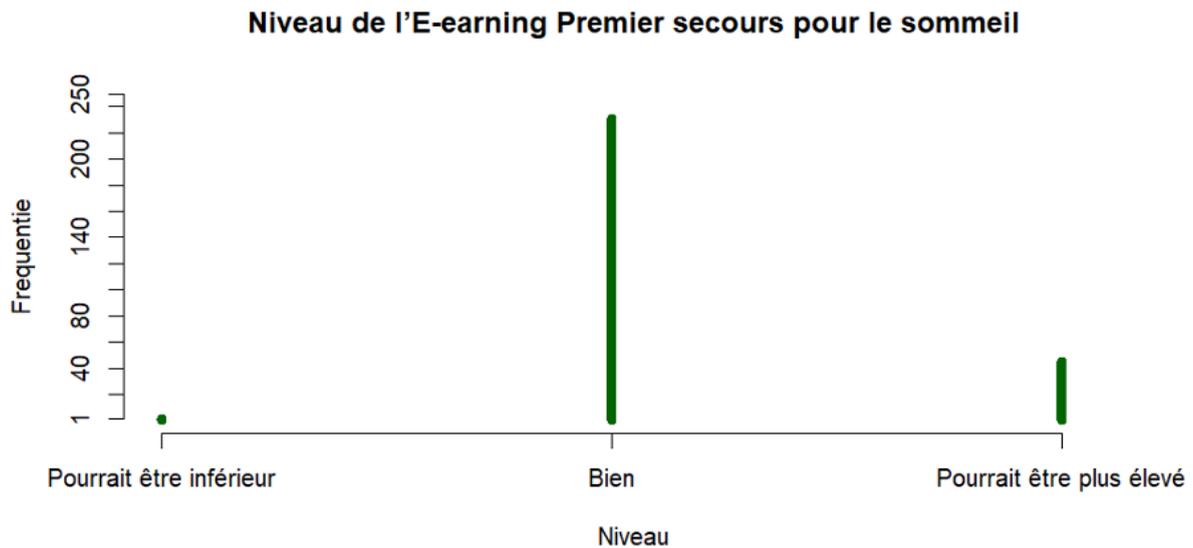
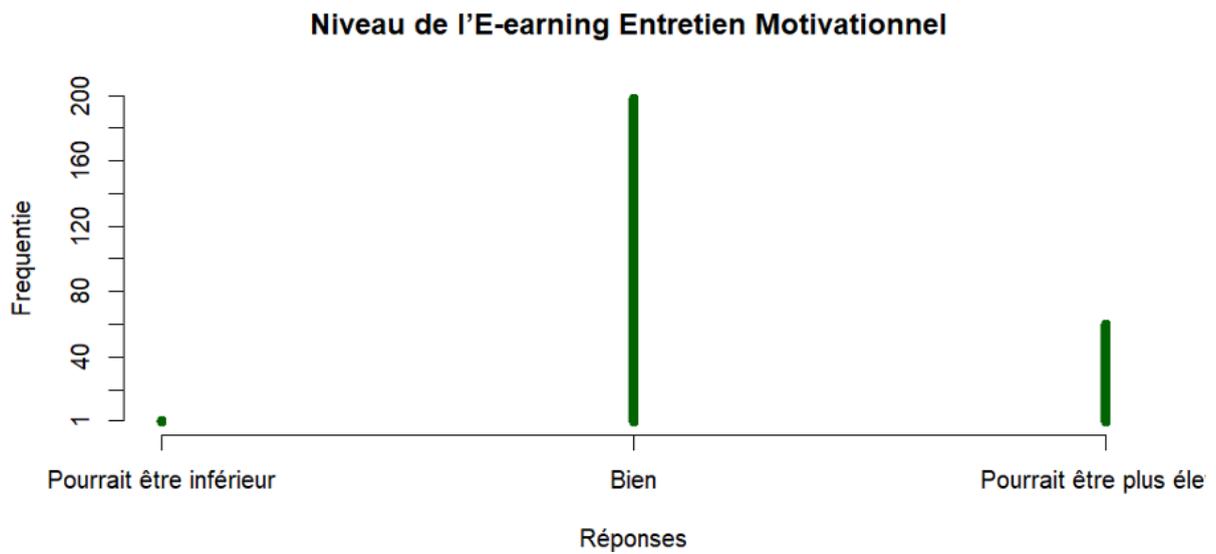


Figure 10. Fréquence des réponses à la question sur le niveau des deux formations e-learning dans le parcours de compétences ('Entretien motivationnel', N=259; 'Premier Secours', N=277).

b) Formation professionnelle et intervision supervisée

Afin d'évaluer la satisfaction à l'égard de la formation professionnelle, il a été demandé aux participants lors du post-test juste après la formation d'évaluer 5 aspects (clarté des objectifs d'apprentissage, contenu de la formation, méthodes et méthodes de travail, matériels, organisation pratique) de la formation sur une échelle de 1 (très insatisfait) à 5

(très satisfait). Le score de satisfaction moyen sur les 5 aspects était de 4,45. Ce score était très élevé et indique que les participants étaient satisfaits de la formation.

Il n'y avait pas de différences significatives dans le score de satisfaction entre les groupes professionnels ($F(4, 166)=1,02, p=0,4$) mais il y en avait entre les types de formation ($F(2, 168)=3,74, p<0,05$). Des analyses complémentaires ont montré que les prestataires de soins de santé ayant suivi la formation légère étaient significativement moins satisfaits (20,52) que les prestataires de soins de santé ayant suivi la formation physique (22,12) ($t=-2,13, p<0,05$). Il n'y avait aucune différence dans les scores de satisfaction entre le processus physique et le processus en ligne (22,77) ($t=1,01, p=0,31$).

L'analyse qualitative a montré que les aspects suivants de la formation ont été les plus appréciés : 1) l'apprentissage en ligne clair et les bons professeurs ; 2) le caractère pratique de la formation avec des outils pratiques tels que le journal du sommeil et les questionnaires ; 3) échange multidisciplinaire ; 4) travailler avec des cas, des jeux de rôle et des exemples concrets et 5) une intervision supervisée pour l'approfondissement et la réflexion.

Des axes d'amélioration ont également été demandés. Les prestataires de soins de santé ont besoin de plus de temps de pratique, notamment en matière d'entretien de motivation. Certains souhaitaient également approfondir, par exemple, les techniques cognitives, le rôle des somnifères, la relaxation et les comorbidités. Ici et là, l'organisation aurait pu être améliorée (pause, meilleur support de cours, formation plus longue et mieux diffusée, communication claire). La répétition de la théorie issue du e-learning a été vécue comme une perte de temps.

Néanmoins, la majorité des participants recommandent la formation ; Cela est dû à l'importance du thème, à son applicabilité pratique et à l'expansion des connaissances. Les raisons pour ne pas le recommander étaient « trop superficielles » ou « non adaptées à votre propre pratique ».

2.2.2. Efficacité du programme de formation

La plupart des prestataires de soins de santé ont eu recours à peu ou pas d'interventions comportementales avant la formation en raison d'un manque de connaissances, d'incertitudes ou d'un manque de temps. L'hygiène du sommeil était l'intervention la plus couramment utilisée. Quelques fois il y a eu un avis d'orientation vers un spécialiste du sommeil.

Afin de cartographier l'impact du programme de formation, deux questions ont été posées : les connaissances et compétences auto-évaluées en ce qui concerne l'approche comportementale de l'insomnie et la perception, les idées et l'attitude à l'égard du traitement comportemental. Les mesures ont eu lieu à trois moments : avant la formation (prétest), immédiatement après la formation professionnelle (premier post-test) et 3 mois plus tard (deuxième post-test). Cela a permis de surveiller à la fois les changements au cours du processus et les changements au cours de l'application dans la pratique.

a) Évaluation des connaissances et compétences générales

Il leur a été demandé d'évaluer leurs propres connaissances et compétences concernant trois thèmes généraux : l'entretien motivationnel, la connaissance des problèmes de sommeil et les compétences dans le traitement des problèmes de sommeil.

Avant le début du programme de formation, la plupart des prestataires de soins évaluent leurs connaissances et compétences en matière d'entretien motivationnel et leurs connaissances sur les problèmes de sommeil comme étant basiques ou plutôt bonnes (voir Figure 11). En ce qui concerne les compétences dans le traitement des problèmes de sommeil, la plupart des prestataires de soins de santé indiquent que leurs connaissances et compétences sont plutôt insuffisantes ou à un niveau de base.

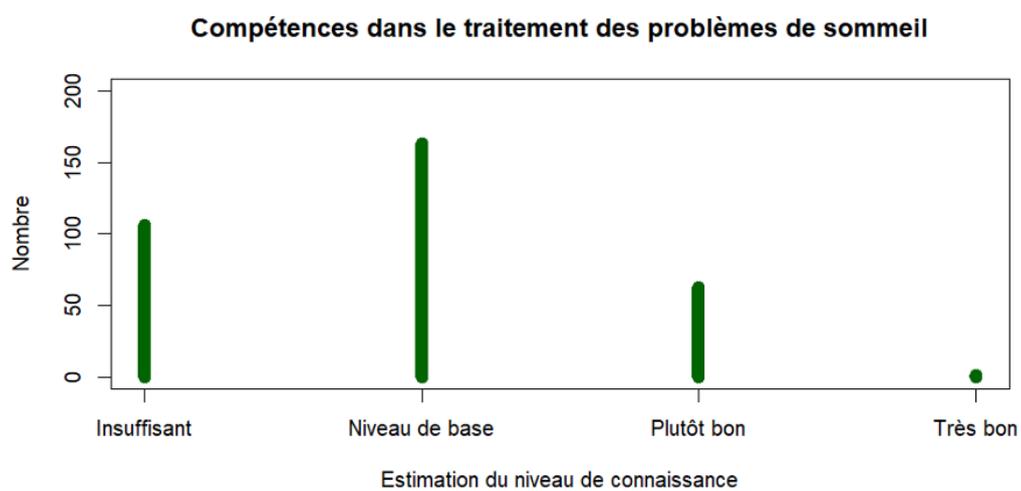
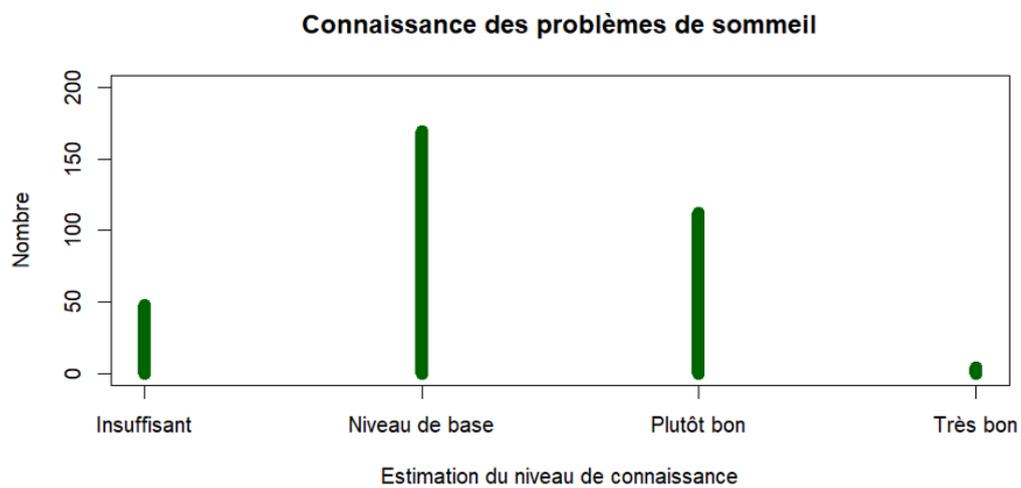
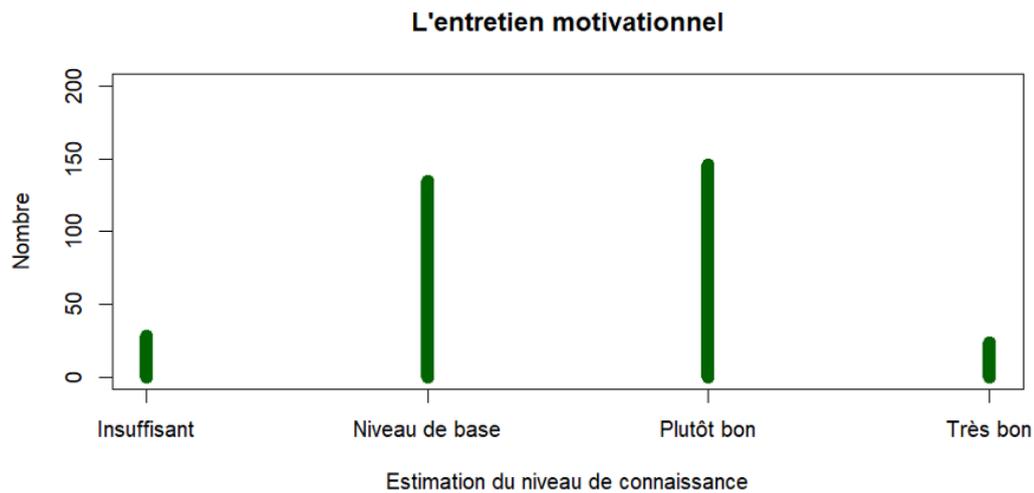


Figure 11. Fréquences des réponses aux questions relatives à l'évaluation des connaissances et des compétences (N=334).

Pour déterminer s'il y a eu un changement significatif dans la propre évaluation des connaissances et des compétences, les scores des auto-évaluations par item ont été additionnés. Pour le programme de formation, lors de l'administration du prétest, l'auto-évaluation moyenne des connaissances et des compétences pour tous les items était de 6,60. Au premier post-test il était égal à 8,77 et au dernier post-test il était à 8,57 (score maximum = 12).

Pour examiner l'évolution des connaissances et des compétences pendant et après le programme de formation, l'évolution a été estimée à l'aide d'un modèle mixte linéaire avec à la fois un prédicteur temps, qui nous a permis d'examiner l'évolution temporelle, et un terme d'interaction entre le prédicteur temps et un test prédicteur (prétest, posttest1 et posttest2). Cela a permis de déterminer si l'évolution temporelle différait entre les différents tests. Les répondants ont été inclus dans le modèle selon un effet aléatoire. Modèles mixtes linéaires ne rencontrent aucune difficulté lorsque les données de différents répondants manquent entre des moments précis (Verbeke et Molenberghs, 2000).

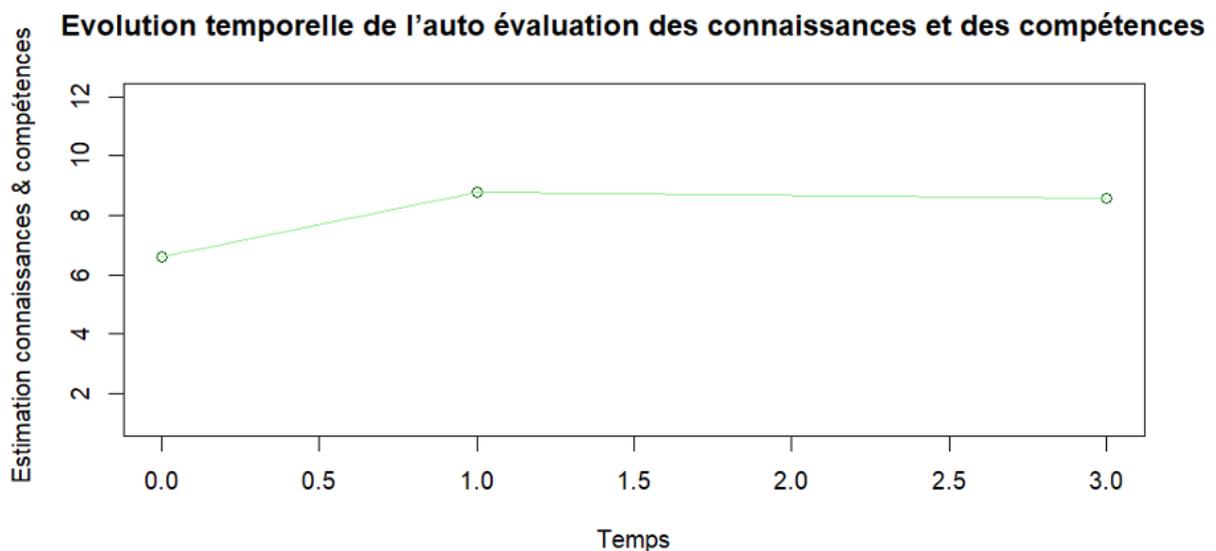


Figure 12. Évolution temporelle de l'auto-évaluation des connaissances et des compétences concernant l'approche comportementale de l'insomnie (N_pretest=334 ; N_posttest1=171 ; N_posttest2=128).

On peut déduire de la figure 12 que les connaissances et les compétences entourant l'approche comportementale de l'insomnie sont estimées plus élevées après le programme de formation qu'avant. Entre le premier post-test juste après la formation et le dernier post-test à 3 mois, il apparaît une légère diminution de l'évaluation de ses propres connaissances et compétences.

L'analyse statistique a montré que cette évolution était significative. Le temps du prédicteur et l'interaction ($\beta_{\text{time}}=2,20$; IC : [1,91, 2,49] ; $\sqrt{\text{Test de Wald}} =14,94$; $p<0,001$) avec le statut d'entraînement étaient significatifs (statut $\beta_{\text{timetraining}}=-1,54$; IC : [-1,81,-1,27] ; $\sqrt{\text{Test de Wald}}=-11,13$; $p<0,001$). Cela signifie que le changement dans l'auto-évaluation des connaissances et des compétences entre le prétest et le premier post-test après la formation professionnelle a été significatif. Ce changement différait de celui survenu entre le premier et le dernier post-test. Entre le prétest et le posttest juste après la formation il y avait une augmentation significative de son auto-évaluation des connaissances et des compétences (augmentation par unité de temps = 2,20, IC : [1,91, 2,49]). Entre le premier post-test et le deuxième post-test, la différence moyenne était de -0,22, mais cette diminution n'était pas significative ($\sqrt{\text{Test de Wald}}=-1,26$; $p=0,10$). Cela signifie que l'on constate une augmentation de l'évaluation des connaissances et des compétences au cours de la formation, après la formation cette augmentation s'affaiblit et il y a une diminution légère mais non significative, la trajectoire se stabilise. Un fait logique, on s'attend principalement à une augmentation de l'évaluation des connaissances et des compétences lors du processus de formation active. Dans le même temps, il est bon que le niveau d'évaluation des connaissances et des compétences reste stable même après la formation. Cela suggère que les prestataires de soins de santé n'ont pas rencontré de difficultés majeures lors de la mise en œuvre qui les amèneraient à abaisser à nouveau leurs connaissances et leurs compétences.

Pour déterminer si l'efficacité de la formation différait entre les groupes professionnels, un deuxième modèle a été adapté. Une fois de plus, un prédicteur de temps et un terme d'interaction entre le temps et le test ont été inclus comme effet fixe. Par ailleurs, le métier des prestataires de soins a également été inclus comme effet principal et en interaction avec le temps. Les répondants ont de nouveau été inclus de manière aléatoire. Un autre modèle qui incluait également l'interaction entre le temps x test et la profession n'avait pas un meilleur ajustement (AIC=2430,7) que le modèle sans ce terme (AIC=2433,1). La figure 13 donne un aperçu des trajectoires estimées par groupe professionnel : médecins généralistes, kinésithérapeutes, psychologues/orthopédagogues cliniciens et infirmiers. Le groupe « Autres » comprenait les pharmaciens, les médecins spécialistes et les psychothérapeutes.

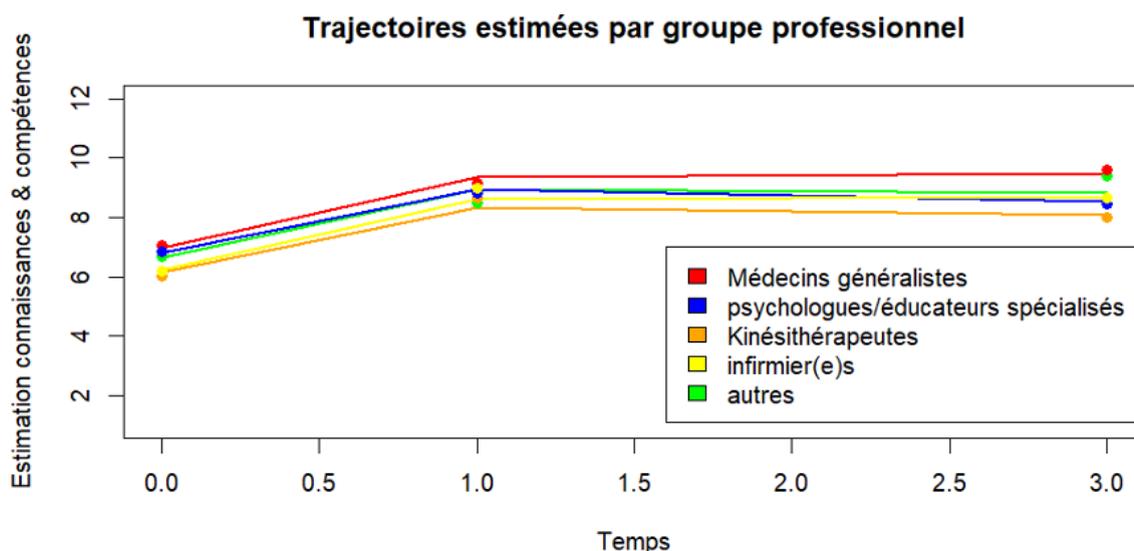


Figure 13. L'estimation des parcours d'apprentissage par groupe professionnel concernant les connaissances et compétences liées à l'approche comportementale de l'insomnie¹.

Les itinéraires sont rapprochés. Cela suggère qu'il n'y avait pas de différences majeures entre les groupes professionnels en ce qui concerne l'efficacité du programme de formation. Le tableau 6 donne un aperçu des coefficients de régression estimés par groupe. L'astérisque indique quels coefficients étaient significativement différents. Le groupe de référence était le groupe des médecins généralistes. Les analyses ont montré que les physiothérapeutes différaient significativement des médecins généralistes lors du prétest : ils évaluaient leurs connaissances et compétences en matière d'approche comportementale de l'insomnie comme étant significativement inférieures (moyenne estimée : 6,13) à celles des médecins généralistes (moyenne estimée : 6,96). Il n'y avait aucune différence pour les autres groupes professionnels. De plus, les psychologues/orthopédagogues cliniciens semblent différer significativement des médecins généralistes dans la variation moyenne entre le prétest et le posttest. Parmi les psychologues/orthopédagogues cliniciens, l'augmentation (2,13) de l'évaluation de leurs propres connaissances et compétences était moindre que parmi les médecins généralistes (2,39). Du reste, il n'y avait pas de différences significatives.

Tableau 6. Aperçu des coefficients de régression estimés par groupe professionnel

¹ Le nombre de participants par groupe professionnel et moment de mesure est le suivant : médecin généraliste_prétest : 63, médecin généraliste_posttest1 : 29, médecin généraliste_posttest2 : 25, physiothérapeute_prétest : 99, physiothérapeute_posttest1 : 61, physiothérapeute_posttest2 : 44, psychologue/orthopédagogue_prétest : 125, psychologue/orthopédagogue_posttest1 : 63, psychologue/orthopédagogue_posttest2 : 51, infirmière_prétest : 11, infirmière_posttest1 : 4, infirmière_posttest2 : 3, autre_prétest : 36, autre_posttest1 : 14, autre_posttest2 : 5. Ces chiffres peuvent également être trouvés dans le tableau 5.

Groupe professionnel	β_0	β_{time}	$\beta_{timetrainingstate}$
	= la note moyenne au prétest	= la variation moyenne entre le prétest et le premier posttest	= la différence de variation moyenne entre la période

			précédant le premier post-test et la période suivante
Médecins généralistes	6,96	2,39	1,56
Physiothérapeutes	6.13***	2.21	1,56
Psychologues et orthopédagogues	6,80	2.13*	1,56
Infirmières	6.24	2,38	1,56
Autre	6,66	2.28	1,56

*<0,05, **<0,01, ***<0,001

Pour déterminer si l'efficacité de la formation différait entre les trois programmes de formation différents, un modèle mixte linéaire a de nouveau été ajusté aux données, mais cette fois avec le « type de formation » comme effet principal supplémentaire et en interaction avec le temps en plus d'un effet principal du temps et d'un terme d'interaction entre le temps et le test. Les répondants ont de nouveau été inclus de manière aléatoire. Un autre modèle qui inclut également l'interaction entre le temps x test et le « type de formation » a été inclus n'avait pas un meilleur ajustement (AIC=) que le modèle sans ce terme (AIC=). La figure 14 donne un aperçu des trajectoires estimées par type de formation.

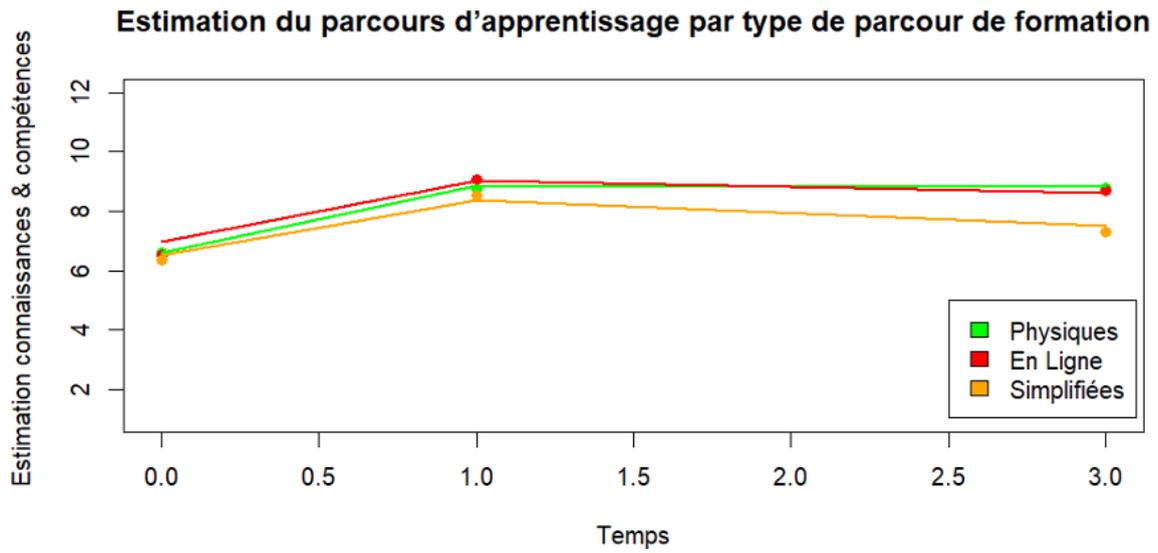


Figure 14. Estimation du parcours d'apprentissage par type de parcours de formation (physique, en ligne et légère)².

² Le nombre de participants par cours de formation et moment de mesure : physical_pretest : 301, physical_posttest1 : 92, physical_posttest2 : 78, online_pretest : 4, online_posttest1 : 48, online_posttest2 : 33, light_pretest : 29, light_posttest1 : 31, light_posttest2 : 17. Ces chiffres se trouvent également dans le tableau 5.

La trajectoire d'apprentissage de la formation physique et la trajectoire d'apprentissage de la formation en ligne sont proches l'une de l'autre. La trajectoire de la formation légère semble s'écarter des deux trajectoires. Il semble qu'il y ait eu une augmentation moins importante de la trajectoire d'apprentissage avec la formation légère et une diminution plus importante après la formation. Le tableau 7 donne un aperçu des coefficients de régression estimés par trajectoire. L'astérisque indique quels coefficients étaient significativement différents. Le parcours de la formation physique était le parcours de référence. Il apparaît qu'il y avait effectivement une différence significative entre la trajectoire légère et la trajectoire physique. L'évolution moyenne entre le prétest et le posttest dans l'évaluation de ses propres connaissances et compétences était plus faible pour la trajectoire légère que pour la trajectoire physique. D'après l'auto-évaluation des participants, la trajectoire légère était moins efficace que la trajectoire physique. En ce sens, il est surprenant qu'il n'y ait aucune différence entre le processus en ligne et le processus physique. Cependant, dans la mesure du prétest (voir tableau XX), nous observons des scores plus élevés, quoique non significatifs, pour le processus en ligne. Il est possible que les prestataires de soins de santé qui évaluent davantage leurs connaissances et leurs compétences aient opté pour un cours de formation en ligne plutôt que physique.

Tableau 7. Aperçu des coefficients de régression estimés par parcours de formation

Type de formation	β_0	β_{time}	$\beta_{timetrainingstate}$
	= la note moyenne au prétest	= la variation moyenne entre le prétest et le premier posttest	= la différence de variation moyenne entre la période précédant le premier post-test et la période suivante
Physique	6.61	2.413	-1,51
En ligne	6,97	2.0507	-1,51
Légère	6.51	1,8346*	-1,51

*<0,05, **<0,01, ***<0,001

b) Perception, idées et attitude concernant l'approche comportementale de l'insomnie

Les personnes interrogées ont été interrogées lors du prétest, du premier post-test après la formation et du deuxième post-test trois mois après la formation sur leur perception et

leur attitude concernant l'approche comportementale de l'insomnie. Divers aspects entourant la perception et l'attitude ont été interrogés à l'aide de : 18 sujets (score maximum = 5) tels que « J'ai suffisamment de temps pour appliquer des interventions comportementales pour les problèmes de sommeil », « J'ai l'intention d'appliquer des interventions comportementales pour les problèmes de sommeil », « Je me sens en confiance dans le traitement comportemental des patients ayant des problèmes de sommeil » et « Le traitement comportemental des problèmes de sommeil est utile ».

Avant le début du programme de formation à la mesure du prétest, la perception et l'attitude moyenne concernant l'approche comportementale de l'insomnie étaient égales à 65,80. Le score maximum est de 90. La perception et l'attitude concernant l'approche comportementale de l'insomnie étaient donc bien supérieures à la moitié avant le début du programme de formation. Ce n'est pas surprenant : les gens s'inscriront au programme de formation sur l'approche comportementale s'ils en ont déjà une vision positive.

Pour déterminer s'il y a eu un changement dans la perception, les idées et l'attitude concernant l'approche comportementale de l'insomnie tout au long du programme de formation, l'évolution a été ré-estimée à l'aide d'un modèle mixte linéaire avec à la fois un prédicteur temporel, ce qui nous a permis d'examiner l'évolution temporelle, et un terme d'interaction entre le prédicteur temps et un prédicteur test (prétest, posttest1 et posttest2). Cela a permis de déterminer si l'évolution temporelle différait entre les différents tests. Les répondants ont été inclus dans le modèle selon un effet aléatoire.

La figure 15 montre l'évolution (ligne) estimée sur la base de ce modèle dans la perception, les idées et l'attitude face à l'approche comportementale de l'insomnie, ainsi que les scores moyens observés (cercles). Comme on peut le déduire de la figure, le modèle s'adapte bien à l'évolution des scores observés. Le graphique montre à nouveau que tout au long du programme de formation, les perceptions, les idées et les attitudes concernant l'approche comportementale de l'insomnie ont augmenté.

Perception, idées et l'attitude face à l'approche comportementale de l'insomnie

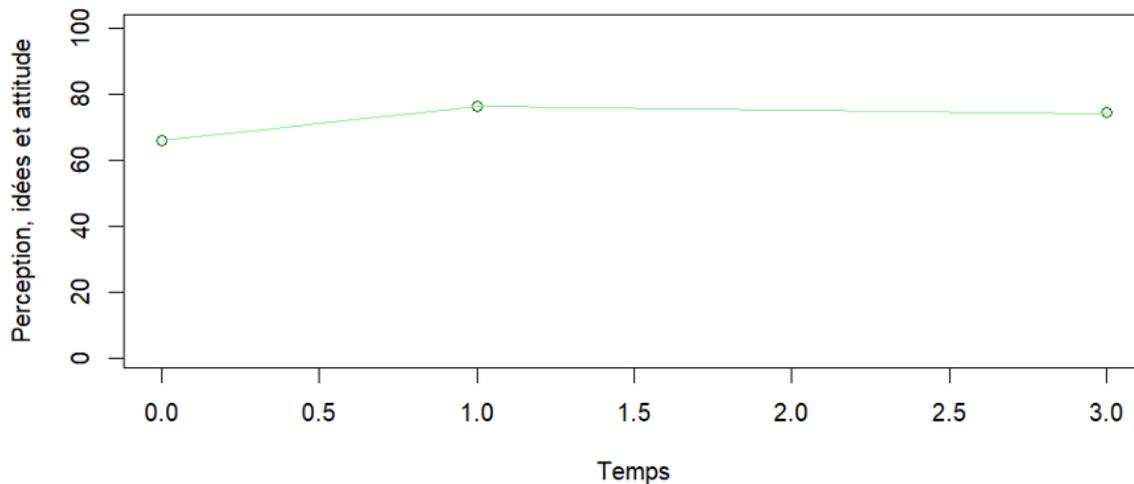


Figure 15. Évolution temporelle des perceptions, des idées et des attitudes concernant l'approche comportementale de l'insomnie (N_pretest=334 ; N_posttest1=1711 ; N_posttest2=128).

Les analyses statistiques basées sur le modèle ont confirmé cette évolution.

Le temps du prédicteur et l'interaction ($\beta_{\text{time}}=10,48$; IC : [9,20,11,75]; $\sqrt{\text{Test forestier}}=16,16$; $p<0,001$) avec le test étaient significatifs ($\beta_{\text{timetest}}=-7,75$; IC : [-8,93,-6,57]; $\sqrt{\text{Test de Wald}}=-12,90$; $p<0,001$). Cela signifie que le changement dans les perceptions, les idées et les attitudes concernant l'approche comportementale de l'insomnie entre le prétest et le premier post-test après la formation professionnelle était significatif et que ce changement était différent du changement survenu entre le premier et le dernier post-test. Entre le prétest et le posttest juste après la formation, il y a eu une augmentation significative de la perception, des idées et de l'attitude concernant les approches comportementales de l'insomnie (augmentation par unité de temps=10,48, IC : [9,20,11,75]). Cela signifie que la formation a amélioré la perception, les idées et l'attitude concernant l'approche comportementale de l'insomnie. Après la formation, l'évolution change et il y a un déclin. La différence moyenne (-2,3108) entre le premier post-test et le deuxième post-test est significative (test de Wald=-3,001, $p<0,01$). La formation a modifié de manière positive la perception, les idées et l'attitude à l'égard de l'approche comportementale. Cependant, une fois mis en œuvre dans la pratique après le premier post-test, on constate une diminution. On ne sait pas exactement ce qui pourrait expliquer ce déclin, peut-être que les prestataires de soins de santé ont rencontré un certain nombre de problèmes dans la pratique qui ont influencé négativement leur perception, leurs idées et leurs attitudes concernant l'approche comportementale de l'insomnie.

Afin de déterminer si cette évolution différait selon les groupes professionnels, un deuxième modèle a été adapté. Une fois de plus, un prédicteur de temps et un terme d'interaction entre le temps et le test ont été inclus comme effet fixe. Par ailleurs, le métier

des prestataires a également été inclus comme effet principal et en interaction avec le

temps. L'interaction entre le temps x le test x la profession a également été incluse. Les répondants ont de nouveau été inclus de manière aléatoire. La figure 16 donne un aperçu des trajectoires estimées (ligne) par groupe professionnel : médecins généralistes, physiothérapeutes, psychologues/orthopédagogues cliniciens et infirmières. Le groupe « Autres » comprenait les pharmaciens, les médecins spécialistes et les psychothérapeutes. Les observations moyennes par groupe professionnel ont été présentées en points.

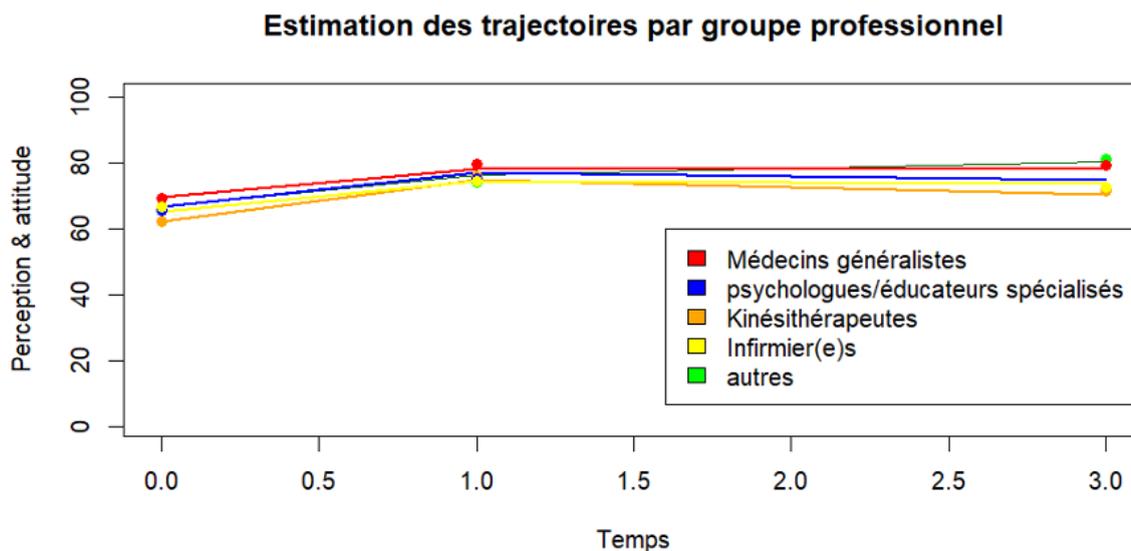


Figure 16. Les observations moyennes et l'estimation des trajectoires par groupe professionnel³

Les trajectoires sont rapprochées. Cela suggère qu'il n'y avait pas de différences majeures entre les groupes professionnels en ce qui concerne l'efficacité du programme de formation.

Le tableau 8 donne un aperçu des coefficients de régression estimés par groupe. L'astérisque indique quels coefficients étaient significativement différents. Le groupe de référence était le groupe des médecins généralistes.

Tableau 8. Aperçu des coefficients de régression estimés par groupe professionnel

³ Le nombre de participants par groupe professionnel et moment de mesure est le suivant : médecin généraliste_prétest : 63, médecin généraliste_posttest1 : 29, médecin généraliste_posttest2 : 25, physiothérapeute_prétest : 99, physiothérapeute_posttest1 : 61, physiothérapeute_posttest2 : 44, psychologue/orthopédagogue_prétest : 125, psychologue/orthopédagogue_posttest1 : 63, psychologue/orthopédagogue_posttest2 : 51, infirmière_prétest : 11, infirmière_posttest1 : 4, infirmière_posttest2 : 3, autre_prétest : 36, autre_posttest1 : 14, autre_posttest2 : 5. Ces chiffres peuvent également être trouvés dans le tableau 5.

Groupe professionnel	β_0	β_{time}	$\beta_{timetrainingstate}$
	= la note moyenne au prétest	= la variation moyenne entre le prétest et le premier posttest	= la différence de variation moyenne entre la période précédant le premier post-test et la période suivante

Médecins généralistes	69.48	8h70	-5,68
Physiothérapeutes	62,22***	12,64*	-10h00**
Psychologues et orthopédagogues	66,76**	10.08	-7.47
Infirmières	65,19*	9h25	-6.47
Autre	66,57*	9h47	-4,87

*<0,05, **<0,01, ***<0,001

Les analyses ont montré que les autres groupes professionnels du prétest diffèrent significativement des médecins généralistes : leur perception, leurs idées et leur attitude différaient significativement de la perception, des idées et de l'attitude des médecins généralistes. Les perceptions, idées et attitudes des autres groupes professionnels étaient significativement plus négatives que celles du médecin généraliste (moyenne estimée : 69,48). Les médecins généralistes peuvent voir et ressentir davantage que d'autres groupes professionnels la nécessité d'une approche comportementale de l'insomnie. Le score nettement inférieur des psychologues par rapport aux médecins généralistes est surprenant. Nous nous attendions à ce que ce groupe professionnel comprenne également l'importance d'une approche comportementale. Par rapport aux « autres » groupes professionnels, ils ont obtenu le deuxième score le plus élevé (moyenne estimée : 66,76). Les physiothérapeutes ont obtenu le score le plus bas au prétest (moyenne estimée : 62,22). Ils avaient peut-être, dans une bien moindre mesure que les « autres » groupes professionnels, une idée de ce qu'implique exactement l'approche comportementale de l'insomnie et de la manière dont ils pouvaient la mettre en œuvre dans leur pratique.

Ce sont également les kinésithérapeutes qui diffèrent significativement des médecins généralistes dans l'évolution moyenne entre le prétest et le posttest. Parmi les physiothérapeutes, l'augmentation (12,64) du score sur la perception, les idées et l'attitude concernant l'approche comportementale de l'insomnie était significativement plus importante que chez les médecins généralistes (8,70). La formation a donc conduit à un changement plus important dans leur perception, leurs idées et leur attitude concernant

l'approche comportementale de l'insomnie par rapport aux médecins généralistes.

De plus, la différence de changement entre le prétest et le premier post-test, ainsi que la différence entre le premier post-test et le deuxième post-test, était également significativement différente entre les physiothérapeutes et les médecins généralistes. La différence était significativement plus grande pour les physiothérapeutes que pour les

médecins généralistes, ce qui signifie que pour les physiothérapeutes, il y a une plus grande différence dans la différence entre le prétest et le premier post-test et entre le premier post-test et le deuxième post-test. Pour les physiothérapeutes, le score moyen estimé au premier post-test était de 74,86 ; au deuxième post-test, il était égal à 70,1601. Pour les médecins généralistes, le score moyen estimé au premier post-test était de 78,78 ; au deuxième post-test, il était de 78,53. Si le score du médecin généraliste reste stable entre le premier et le deuxième post-test, on constate une diminution chez les kinésithérapeutes. La formation a donc entraîné une plus forte augmentation de la perception, des idées et de l'attitude concernant l'approche comportementale de l'insomnie chez les physiothérapeutes par rapport aux médecins généralistes, mais par la suite, il y a eu une diminution chez les physiothérapeutes ; tandis que les scores chez les médecins généralistes se stabilisaient. Lors de la mise en œuvre pratique, ils peuvent rencontrer un certain nombre de problèmes auxquels les médecins généralistes étaient moins confrontés, de sorte que leur perception, leurs idées et leur attitude à l'égard de l'approche comportementale ont diminué, tandis que celles des médecins généralistes sont restées plutôt stables.

Afin d'analyser les éventuelles différences d'efficacité entre les trois programmes de formation, un modèle mixte linéaire a de nouveau été ajusté aux données. Dans ce modèle, le « type de formation » a été ajouté comme effet principal supplémentaire et en interaction avec le temps, en plus des effets principaux du temps et du terme d'interaction entre le temps et le test. Les répondants ont été inclus de manière aléatoire, comme d'habitude. Un modèle plus étendu, qui incluait également l'interaction à trois voies entre le temps, le test et le « type de formation », n'a pas donné un meilleur ajustement du modèle (AIC = 4408,5) que le modèle plus simple sans ce terme d'interaction (AIC = 4407,1). La figure 17 présente l'estimation de trajectoires par type de formation.

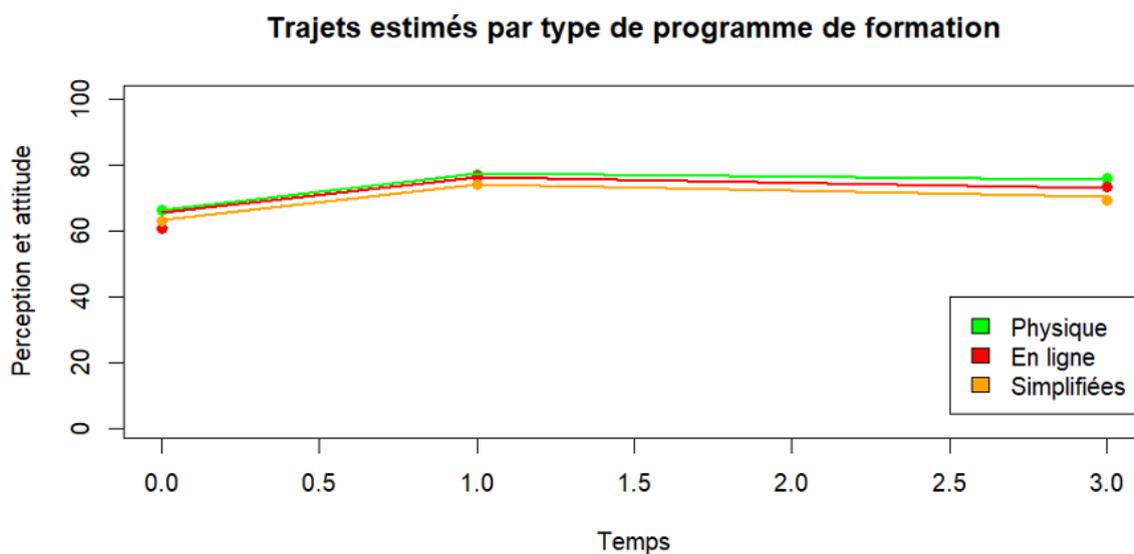


Figure 17. Trajets estimés par type de formation (physique, en ligne et légère)⁴.

Les parcours des 3 formations différentes sont similaires. Le parcours d'apprentissage de la formation physique et le parcours d'apprentissage de la formation en ligne sont proches et semblent donc peu différents l'un de l'autre. La trajectoire de la formation légère est moins élevée que les deux trajectoires, mais suit une évolution similaire. Le tableau 9 donne un aperçu des coefficients de régression estimés par trajectoire. L'astérisque indique quels coefficients étaient significativement différents. Le parcours de la formation physique était le parcours de référence. Il apparaît qu'il y avait effectivement une différence significative entre la trajectoire légère et la trajectoire physique. Le score moyen au prétest était significativement inférieur dans la trajectoire légère (63,42) par rapport à la trajectoire physique (66,17). Les perceptions, idées et attitudes des participants à la trajectoire légère étaient au départ inférieures à celles de la trajectoire physique. De plus, il n'y avait plus de différences significatives entre les 3 processus. La perception, les idées et les attitudes ont changé de la même manière au cours des trois processus. Étant donné que le score pour la trajectoire légère était déjà inférieur au prétest, les scores du premier post-test et du deuxième post-test sont également inférieurs aux scores de la trajectoire physique. On ne sait pas pourquoi les scores dans la trajectoire légère sont plus faibles.

Tableau 9. Aperçu des coefficients de régression estimés par parcours de formation

⁴ Le nombre de participants par cours de formation et moment de mesure : physical_pretest : 301, physical_posttest1 : 92, physical_posttest2 : 78, online_pretest : 4, online_posttest1 : 48, online_posttest2 : 33, light_pretest : 29, light_posttest1 : 31, light_posttest2 : 17. Ces chiffres se trouvent également dans le tableau 5.

Type de formation	β_0	β_{time}	$\beta_{timetrainingstate}$
-------------------	-----------	----------------	-----------------------------

	= la note moyenne au prétest	= la variation moyenne entre le prétest et le premier posttest	= la différence de variation moyenne entre la période précédant le premier post-test et la période suivante
Physique	66.17	11h15	8.10
En ligne	65,50	10.58	8.10
Légère	63,42*	10h45	8.10

*<0,05, **<0,01, ***<0,001

c) Estimation de l'augmentation des compétences

L'efficacité de la formation a également été confirmée par les réponses à un sujet du post-test immédiatement après la formation : ici, les participants ont été invités à indiquer dans quelle mesure la formation professionnelle avait amélioré leurs compétences dans le traitement des troubles du sommeil et de l'insomnie. La figure 18 montre qu'une grande majorité de prestataires de soins de santé indiquent que la formation a amélioré leurs compétences de manière suffisante ou plus que suffisante.

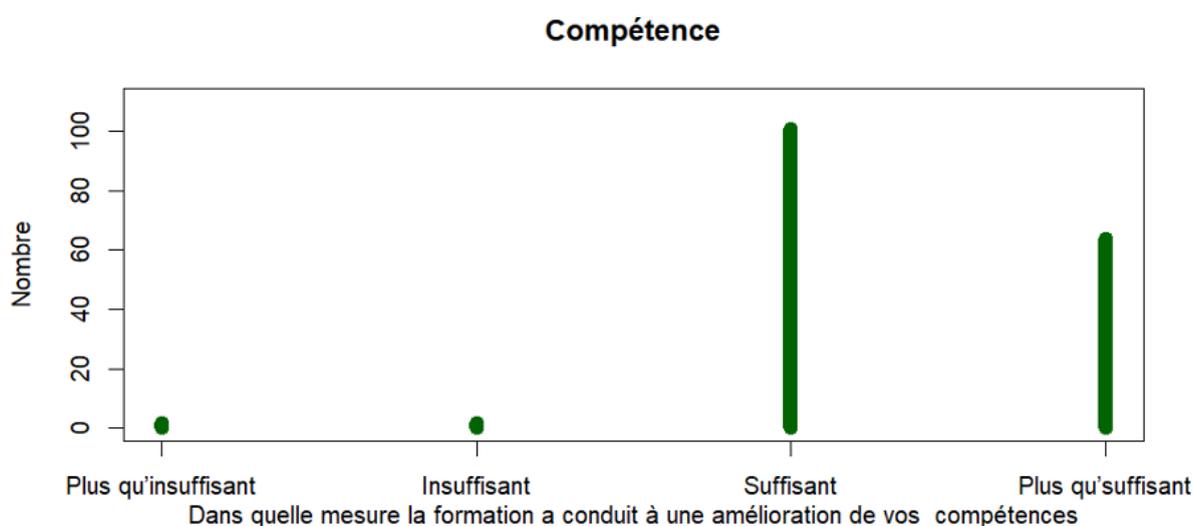


Figure 18. Répartition de la fréquence des réponses à la question dans quelle mesure la formation a conduit à une amélioration des compétences dans le traitement des troubles

du sommeil et de l'insomnie (N=171).

Il n'y avait aucune différence entre les groupes professionnels ($X^2=13,11$, $df=12$, $p=0,36$) mais entre les formations ($X^2=19,92$, $df=6$, $p<0,01$). Il s'est avéré que la répartition des fréquences des réponses des prestataires de soins ayant suivi la formation en ligne s'écartait des répartitions du programme physique et léger (voir tableau 10). La majorité des participants à l'entraînement physique et léger ont indiqué que la formation avait amélioré leurs compétences de manière « suffisante ». La majorité des participants à la formation en ligne ont indiqué que leurs compétences s'étaient améliorées « plus que suffisamment ». Cependant, deux participants ayant suivi la formation en ligne ont indiqué que leurs compétences s'étaient améliorées « plus qu'insuffisant ».

Tableau 10. Pourcentage de répondants par option de réponse à la question de savoir si la formation professionnelle a amélioré les compétences.

	Très insuffisant	Insuffisant	Suffisant	Plus que suffisant
Physique	0	0,01	0,70	0,29
Légère	0	0,03	0,66	0,31
En ligne	0,04	0	0,38	0,58

d) Estimation de l'augmentation de la motivation

La question « dans quelle mesure la formation professionnelle a motivé les participants à appliquer des interventions comportementales pour les problèmes de sommeil dans la pratique » a également confirmé l'efficacité du programme de formation. La plupart des prestataires de soins répondent « absolument ».

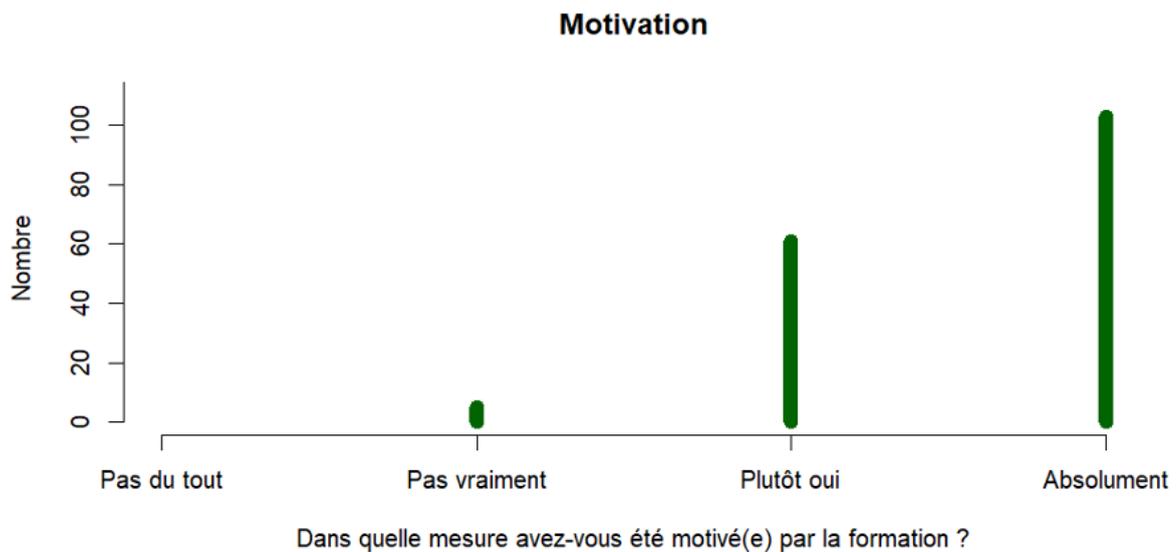


Figure 19. Répartition de la fréquence des réponses à la question dans quelle mesure la formation professionnelle a motivé les personnes interrogées à appliquer dans la pratique des interventions comportementales pour les problèmes de sommeil (N=171).

Là encore, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes professionnels ($X^2=1,63$, $df=8$, $p=0,99$) mais entre formation ($X^2=15,15$, $df=4$, $p<0,01$). La distribution de fréquence des réponses des participants ayant suivi la formation légère semble s'écarter des distributions de la formation physique et en ligne (voir tableau 11). La majorité des participants à la formation physique et en ligne ont indiqué qu'ils étaient « plutôt » ou « absolument » motivés par la formation pour appliquer les interventions comportementales dans la pratique. En revanche, dans le cadre de la formation légère, 14 % des personnes interrogées ont indiqué que la formation ne les avait « pas vraiment motivés » à appliquer les interventions comportementales dans la pratique. On ne sait pas pourquoi ces prestataires de soins ont déclaré que la formation ne les avait pas motivés. Compte tenu de la répartition des fréquences de la question de compétence, l'absence d'augmentation des compétences ne semble pas être une explication dans ce cas.

Tableau 11. Pourcentage de répondants par option de réponse à la question de savoir si la formation professionnelle les avait motivés à appliquer les interventions comportementales dans la pratique.

	Pas du tout	Pas vraiment	Plutôt oui	Absolument
Physique	0	0	0,39	0,61

Légère	0	0,14	0,31	0,55
En ligne	0	0,02	0,33	0,65

e) Évaluation des connaissances et des compétences en interventions de thérapie comportementale

Après la formation, le premier post-test demandait aux prestataires de soins d'évaluer leurs connaissances et compétences concernant les interventions comportementales spécifiques contre l'insomnie : journal du sommeil, restriction du temps au lit, relaxation, contrôle des stimuli et techniques cognitives.

Le tableau 12 donne un aperçu de la distribution de fréquence des réponses par intervention de thérapie comportementale. Pour chacune des interventions thérapeutiques comportementales, la majorité a indiqué que leurs connaissances et compétences pour l'intervention thérapeutique comportementale étaient « plutôt » à « plus que » suffisantes. Il y avait de petites différences dans le modèle de réponse entre les interventions de thérapie comportementale. Ces différences se sont révélées significatives ($X^2=96,87$, $df=12$, $p<0,001$). Surtout pour les interventions « relaxation » et « techniques cognitives », les modèles de réponse semblent s'écarter des autres interventions. Un plus grand nombre de prestataires de soins de santé ont indiqué qu'ils disposaient de connaissances et de compétences « suffisantes » et « plutôt insuffisantes » pour ces interventions. Ce n'est pas surprenant car ce sont des interventions qui ne sont pas vraiment abordées dans les entraînements comportementaux de faible intensité. L'entraînement comportemental de faible intensité se concentre sur des interventions plus comportementales.

Les scores des différentes interventions ont été additionnés pour déterminer s'il existait des différences significatives entre les groupes professionnels et les types de formation dans l'évaluation des connaissances et des compétences en ce qui concerne les interventions de thérapie comportementale. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les groupes professionnels dans l'évaluation des connaissances et des compétences pour les interventions de thérapie comportementale ($F(4, 166) = 1,56$, $p = 0,19$). Il y avait une différence significative selon le type de formation ($F(2, 168) = 10,26$, $p < 0,001$). Il s'est avéré que l'estimation des connaissances et des compétences était significativement plus faible pour la formation légère (14,06) que pour la formation physique (16,39) et la formation en ligne (16,92) ($t = -3,913$, $p < 0,001$). Les participants à la formation légère ont donc estimé que leurs connaissances et compétences étaient significativement inférieures à celles de la formation physique et la formation en ligne.

Tableau 12. Distribution de fréquence des réponses par intervention de thérapie comportementale

Intervention	Très insuffisant	Plutôt insuffisant	Plutôt suffisant	Plus que suffisant
Journal du sommeil	1	4	69	95
Restriction du temps au lit	0	8	78	83
Relaxation	4	30	76	59
Contrôle de stimuli	0	15	86	68
Techniques cognitives	5	44	83	37

f) Estimation de l'intention d'utiliser des interventions thérapeutiques comportementales

Le premier post-test demandait également dans quelle mesure les gens avaient l'intention d'appliquer des interventions de thérapie comportementale contre l'insomnie. Les réponses à cette question ont confirmé qu'après la formation, les prestataires de soins de santé avaient une attitude positive à l'égard de l'approche comportementale de l'insomnie et étaient désireux d'appliquer les interventions thérapeutiques comportementales dans la pratique.

Le tableau 13 donne un aperçu de la distribution de fréquence des réponses par intervention de thérapie comportementale. Pour chacune des interventions thérapeutiques comportementales, la majorité a indiqué qu'elle souhaiterait « probablement ou certainement » appliquer ces interventions dans la pratique. Il y avait de petites différences dans le modèle de réponse entre les interventions de thérapie comportementale. Ces différences se sont révélées significatives ($X^2=41,14$, $df=16$, $p<0,001$). Surtout pour l'intervention « techniques cognitives », le modèle de réponse s'écarte des autres interventions. Ici, davantage de participants ont déclaré qu'ils n'allaient « certainement pas », « probablement pas » ou « peut-être » utiliser cette intervention. Comme déjà indiqué, l'entraînement comportemental de faible intensité se concentre principalement sur des interventions plus comportementales. Les participants

n'ont peut-être pas suffisamment compris comment ces interventions peuvent être utilisées pour modifier les cognitions dysfonctionnelles.

Tableau 13. Distribution de fréquence des réponses par intervention de thérapie comportementale

Intervention	Certainement pas	Probablement pas	Peut être	Probablement	Certainement
Journal du sommeil	0	2	15	49	103
Restriction du temps au lit	0	4	17	49	99
Relaxation	2	6	26	44	91
Contrôle de stimuli	1	7	13	59	89
Techniques cognitives	3	12	33	56	65

Pour déterminer s'il existait des différences significatives par groupe professionnel et par type de formation dans la mesure dans laquelle les personnes avaient l'intention d'appliquer les interventions thérapeutiques comportementales, les scores des différentes interventions ont été additionnés. Il ne semble pas y avoir de différences significatives dans l'intention d'appliquer les interventions thérapeutiques comportementales dans la pratique, tant pour les groupes professionnels ($F(4, 166)=1,5429, p=0,19$) que pour le type de formation ($F(2, 168)=2,822, p=0,06$).

2.2.3. Progrès de la mise en œuvre d'interventions comportementales de faible intensité

Le deuxième post-test, 3 mois après la formation, a évalué comment s'est déroulée dans la pratique la mise en œuvre des interventions comportementales de faible intensité. Les prestataires de soins ont été interrogés sur la motivation des patients pour une approche non médicamenteuse des problèmes de sommeil et la réduction des somnifères, sur la manière dont l'application des interventions comportementales de faible intensité s'est déroulée dans la pratique, sur la manière dont s'est déroulée l'application des interventions comportementales spécifiques et sur la faisabilité de ces interventions.

a) Déroulement de la motivation pour une approche non pharmacologique de l'insomnie

La figure 20 donne un aperçu de la fréquence des réponses à la question de savoir comment les patients ont été motivés à adopter une approche non médicamenteuse. Neuf pour cent des participants ont indiqué qu'ils n'avaient pas encore appliqué cela dans la pratique. Parmi les participants qui avaient déjà appliqué cela dans la pratique, la plupart des participants (49 %) ont indiqué que la motivation s'est « facile » déroulée,, tandis que 6 % ont indiqué que la motivation des clients pour l'approche comportementale s'est « très facile ». 3 % ont indiqué que c'était « très difficile » et 32 % ont indiqué que motiver les clients était « plutôt difficile ».

Fréquence des réponses concernant le processus de motivation à adopter une approche comportementale

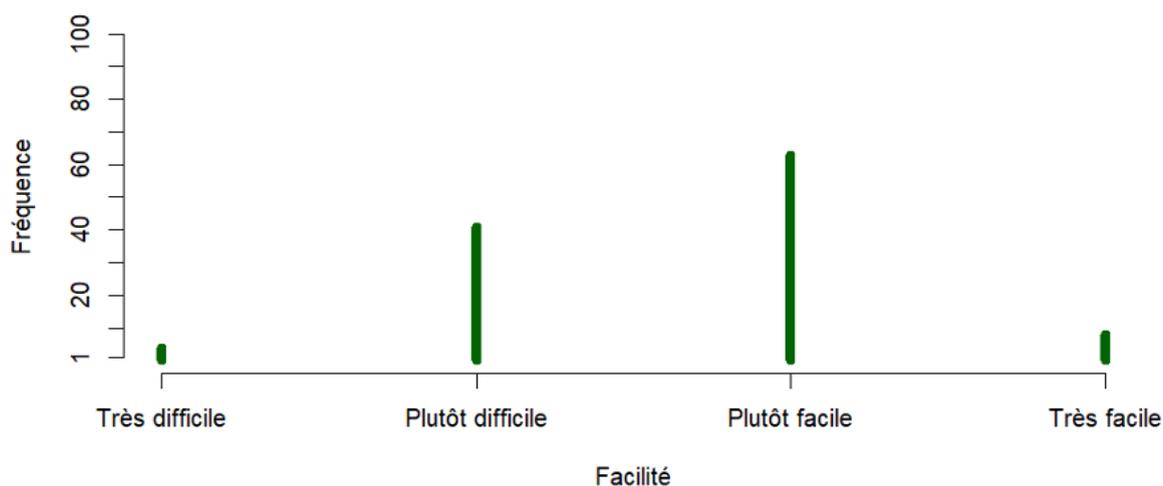


Figure 20. Distribution de fréquence des réponses à la question sur la motivation des clients pour une approche non médicamenteuse (N=128).

Il n'y avait aucune différence entre les groupes professionnels dans la motivation des patients pour une approche non médicamenteuse ($F(4, 111) = 0,71, p = 0,59$). Il n'y avait également aucune différence entre les différents types de formation ($F(2, 113) = 0,56, p = 0,57$).

b) Cours pour motiver les patients à réduire les somnifères

En plus de motiver les clients à adopter une approche non médicamenteuse, nous avons également demandé comment se déroulait l'application en pratique afin de motiver les clients à réduire les somnifères. 24,21% des participants ont indiqué qu'ils ne l'avaient pas encore appliqué dans la pratique. La distribution de fréquence des autres réponses indiquait que la plupart des participants (39 %) ont indiqué qu'il était « plutôt difficile » de motiver les clients à réduire leurs somnifères (voir la figure 21). 9,59 % ont indiqué que motiver les patients à réduire leurs somnifères était « plutôt difficile ». Dans respectivement 25 % et 3,13 %, la motivation des patients à réduire leurs somnifères s'est déroulée de « facile » à « très facile ».

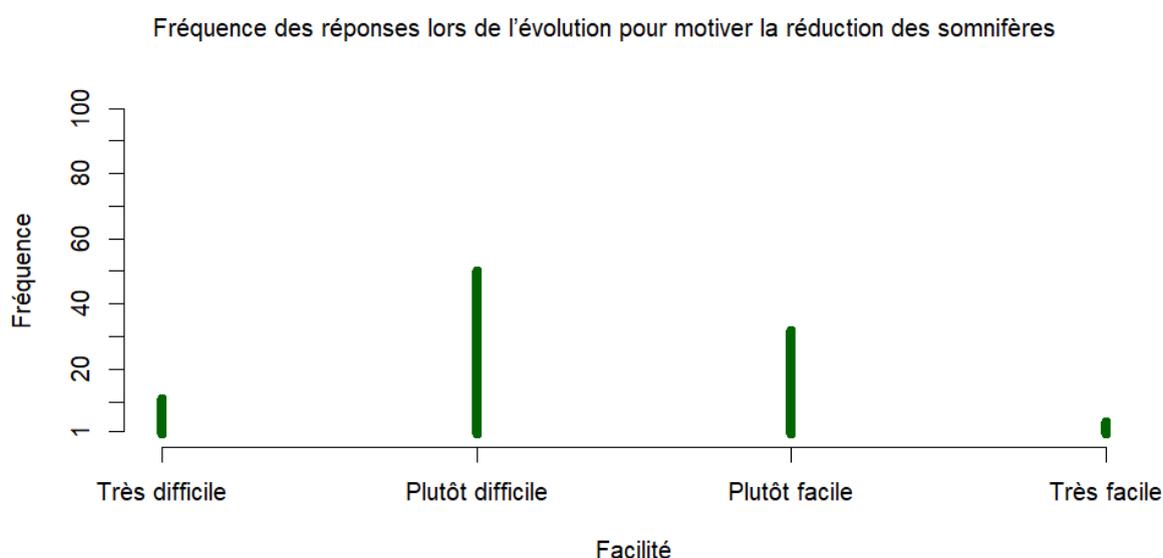


Figure 21. Répartition de fréquence des réponses pour motiver les patients à réduire leurs somnifères (N=128).

Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes professionnels ($F(4,92)=0,463$; $p=0,76$) mais il y avait des différences significatives entre les types de formation ($F(2,94)=4,10$; $p<0,05$). Il semble y avoir une différence significative entre la formation physique et la formation légère. Les prestataires de soins qui ont suivi la formation légère ont indiqué que la motivation des clients à réduire leurs somnifères s'est déroulée moins facilement (Moyenne = 1,67) que les prestataires de soins qui ont suivi la formation physique (Moyenne = 2,34).

c) Cours d'application d'interventions comportementales de faible intensité

A la question sur la façon dont l'application des interventions comportementales s'est déroulée en général, la majorité des participants ont indiqué que cela s'est déroulé « plutôt facile » (53,13 %) et 3,91 % ont indiqué que cela s'est « très facile » (voir Figure 22). Les

autres participants ont indiqué que l'application d'interventions comportementales était « plutôt difficile » (26,56 %) ou « très difficile » (3,13 %). Un certain nombre de prestataires de soins ont indiqué qu'ils n'avaient pas encore appliqué les interventions comportementales dans leur pratique (13,28 %).

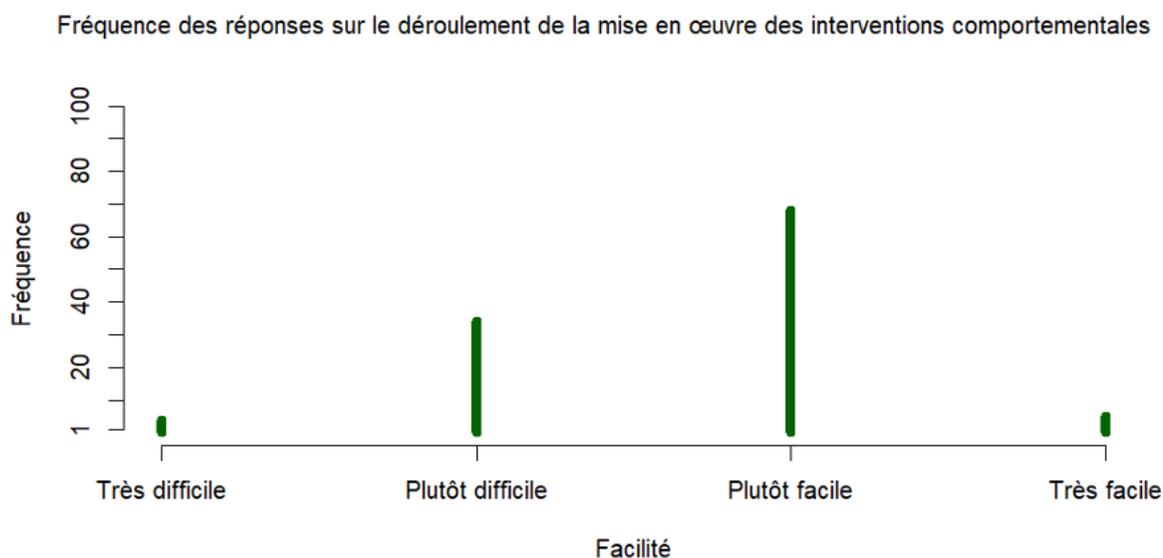


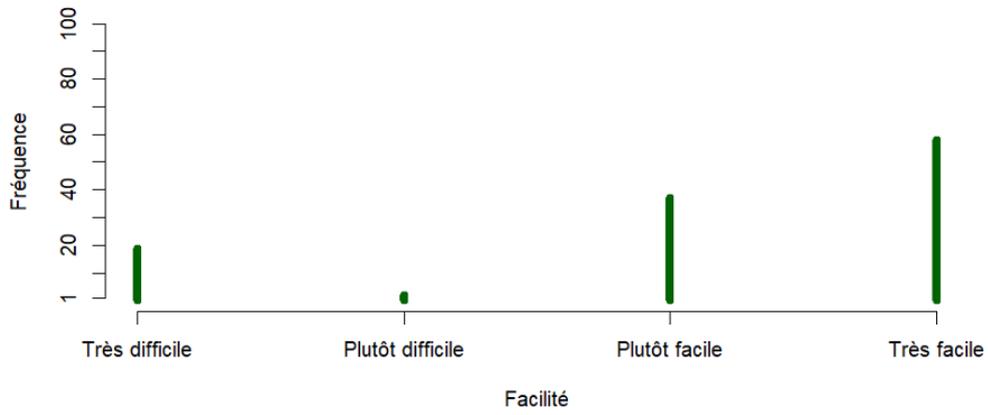
Figure 22. Répartition de fréquence des réponses pour les progrès dans la mise en œuvre des interventions comportementales de faible intensité (N=128).

Là encore, il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes professionnels ($F(4,106)=1,29$, $p=0,28$) mais il y en avait entre les différents types de formation ($F(2,108)=3,38$, $p<0,05$). Les scores des participants ayant suivi la formation en ligne (moyenne=2,5) étaient significativement inférieurs aux scores des participants ayant suivi la formation physique (moyenne=2,78) ($t=-2,12$, $p<0,05$). La différence entre les scores de la formation légère (moyenne=2,42) et de la formation physique n'était tout simplement pas significative ($t=-1,92$, $p=0,06$).

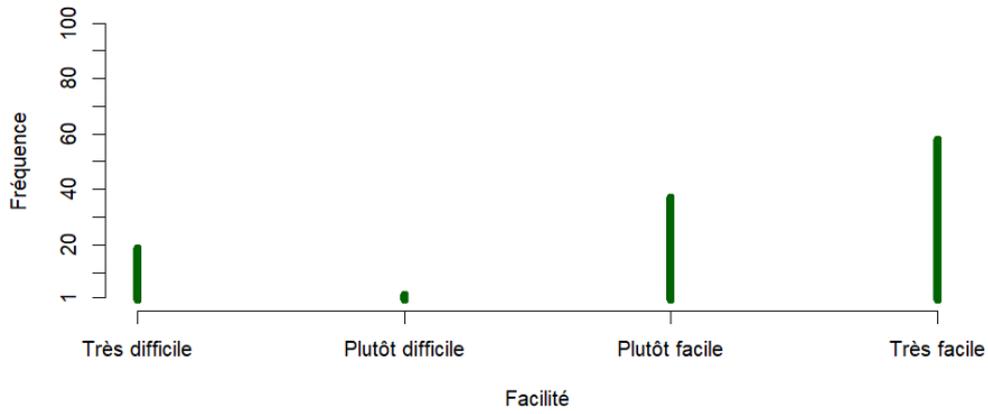
d) Déroulement d'application d'interventions comportementales spécifiques

Lors du post-test effectué trois mois après la formation, des questions ont également été posées sur la manière dont s'est déroulée exactement l'application d'interventions comportementales spécifiques dans la pratique. Les prestataires de soins ont indiqué pour chaque intervention comportementale exactement comment la mise en œuvre s'est déroulée dans la pratique. La figure 23 donne un aperçu de la distribution de fréquence des réponses par intervention comportementale.

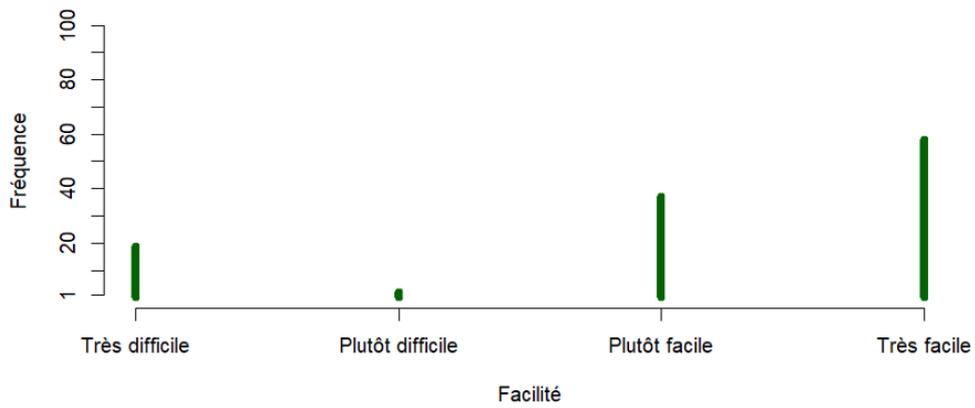
Fréquence des réponses lors de l'application des techniques cognitives



Fréquence des réponses à l'application de la relaxation



Fréquence des réponses lors de l'application d'un journal de sommeil



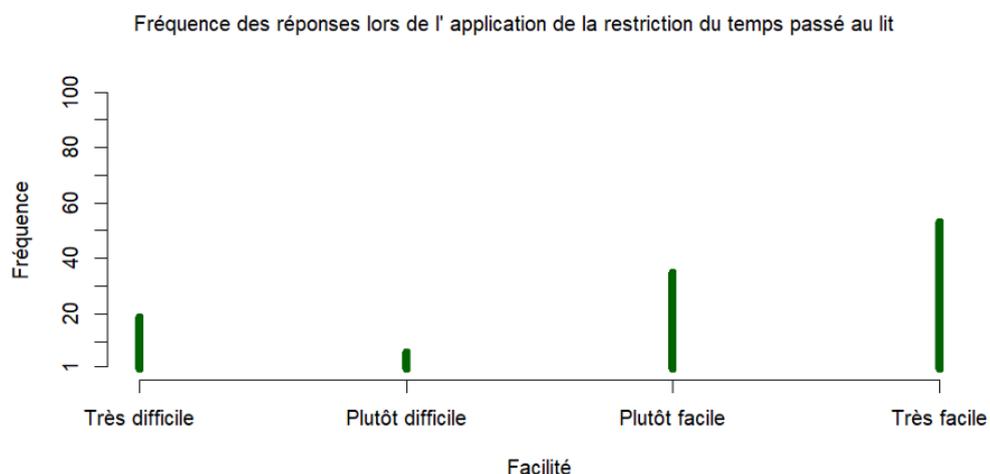
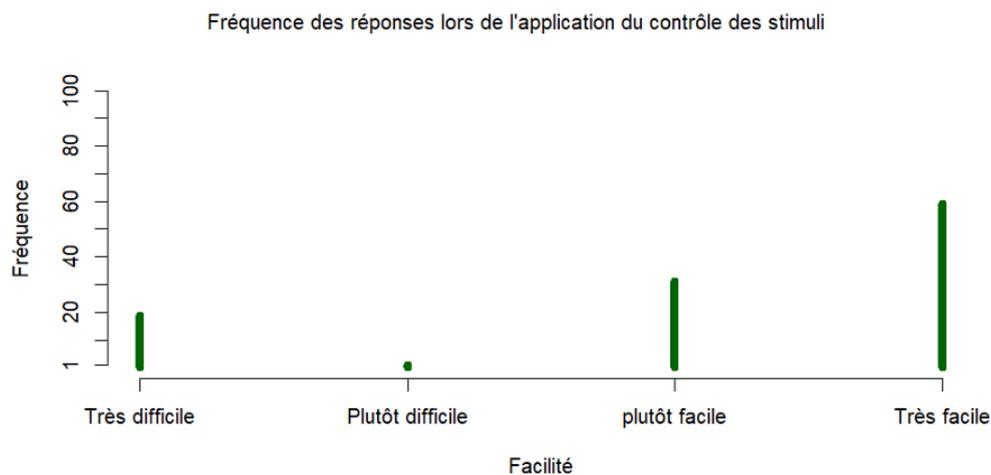


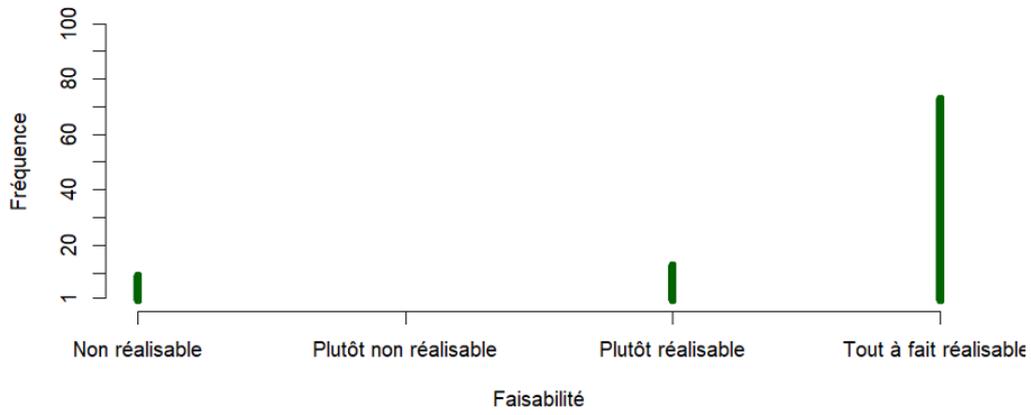
Figure 23. Répartition de fréquence des réponses aux questions sur l'avancement de la mise en œuvre des interventions thérapeutiques comportementales (N=128).

Il est frappant de constater que pour toute intervention comportementale, il semble exister deux types de groupes de participants. Un groupe de participants qui indiquent que l'application des interventions comportementales est « plutôt facile » à « très facile » et un groupe qui indique que l'application est « très difficile ». On ne sait pas exactement ce qui pourrait expliquer cette dichotomie. Des analyses supplémentaires sur toutes les interventions comportementales ne montrent aucune différence significative entre les groupes professionnels ($F(4, 112)=1,04, p=0,39$) ou entre les types de formation ($F(2, 114)=2,33, p=0,10$).

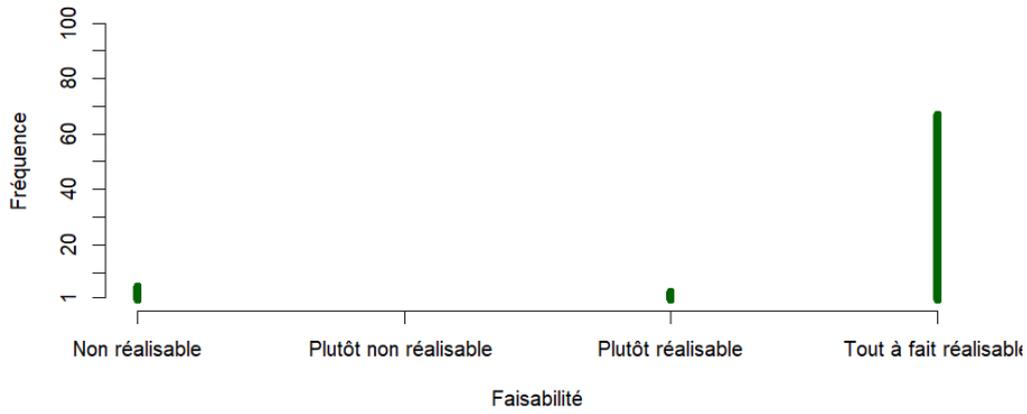
e) Faisabilité d'interventions comportementales spécifiques

En plus des questions sur la manière dont s'est déroulée la mise en œuvre des interventions comportementales spécifiques, les participants ont également été interrogés sur la faisabilité des interventions comportementales lors du post-test 3 mois après la formation. La figure 24 donne un aperçu de la distribution de fréquence des réponses par intervention comportementale. Le graphique montre que la majorité des prestataires de soins de santé ont indiqué pour chaque intervention qu'elle était « tout à fait réalisable ». Tout comme pour l'évaluation des progrès de la mise en œuvre, mais de manière moins prononcée, il semble également y avoir un groupe de participants qui ont une opinion clairement différente et évaluent les interventions comme « non réalisable ». Des analyses supplémentaires sur toutes les interventions montrent qu'il existe des différences significatives entre les groupes professionnels dans la mesure dans laquelle les interventions comportementales ont été évaluées comme « réalisables » ($F(4, 123) = 2,516, p < 0,05$). Le groupe professionnel « autres » (moyenne = 5,2) semblait évaluer les interventions comme étant significativement moins réalisables que les médecins généralistes (moyenne = 14,68) ($t = -2,851, p < 0,01$). Il n'y avait pas de différence significative dans la faisabilité des interventions comportementales entre les types de formation ($F(2, 125) = 2,533, p = 0,08$).

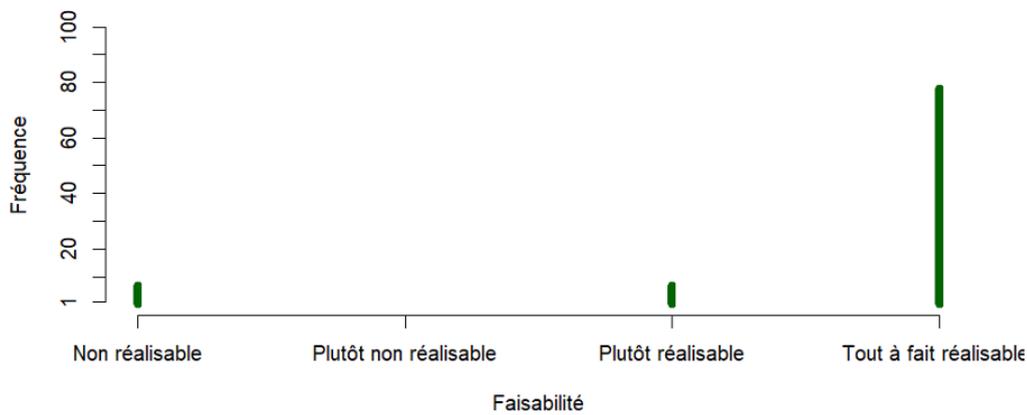
Fréquence des réponses à la faisabilité de l'application des techniques cognitives



Fréquence des réponses concernant la faisabilité de l'application de la relaxation



Fréquence des réponses à la faisabilité de l'application du contrôle des stimuli



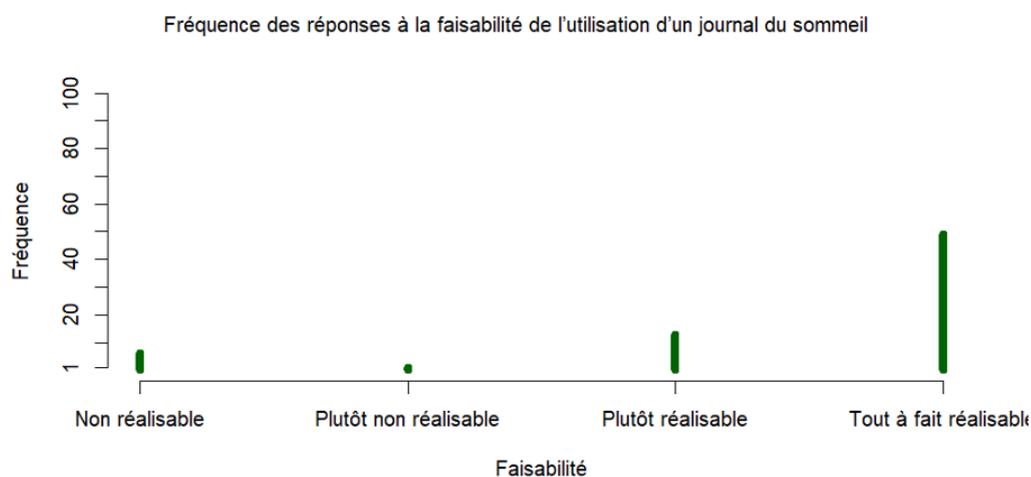
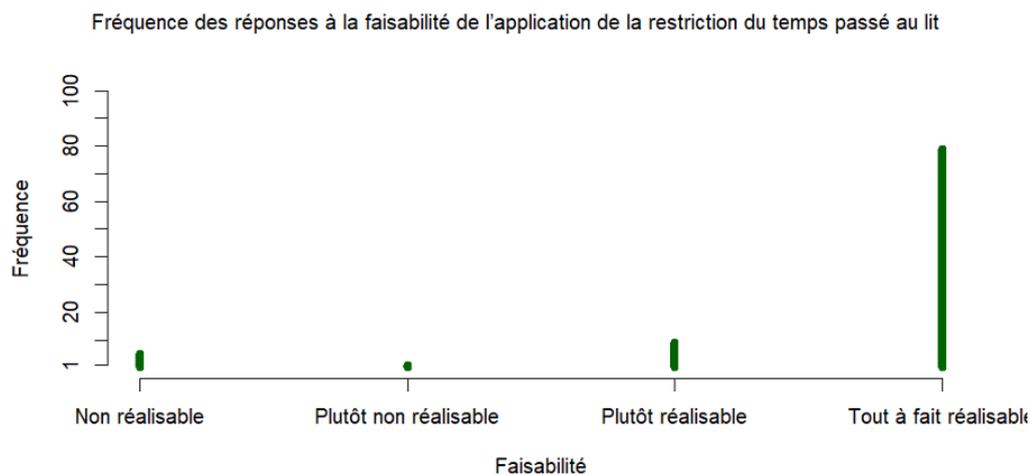


Figure 24. Distribution de fréquence de la faisabilité des interventions comportementales (N=128).

f) Obstacles à la mise en œuvre

Sur la base d'un certain nombre de questions qualitatives ouvertes de l'enquête, les obstacles perçus à la mise en œuvre ont également été évalués. Un manque de motivation des patients pour une approche non pharmacologique a été souvent évoqué. De nombreux patients attendent une « solution rapide », ce qui n'est pas toujours possible avec des interventions comportementales. Les problèmes de sommeil ne constituent souvent pas le principal problème. En pratique, on rencontre régulièrement des comorbidités ou des problèmes complexes. Des facteurs contextuels tels que le travail en équipe peuvent également compliquer l'applicabilité des interventions comportementales de faible intensité. L'offre d'intervention supervisée a été fortement appréciée dans ce contexte.

D'autres facteurs limitants mentionnés sont le manque de temps, le manque d'outils et l'incertitude persistante dans l'application des interventions comportementales. Enfin, certains prestataires de soins font état de difficultés de coopération avec les médecins. D'après leur expérience, les médecins préfèrent prescrire des médicaments plutôt que d'investir dans une alternative non médicamenteuse. Heureusement, les médecins participant à la formation ont corrigé cette perception erronée.

2.2.4. Conséquences pour les patients souffrant d'insomnie

Pour déterminer si le programme de formation avait un effet indirect sur la prise en charge des patients ayant des problèmes de sommeil, diverses questions ont été posées : lors du prétest et du posttest 3 mois après la formation, les médecins généralistes ont été interrogés sur la fréquence de prescription et de réduction des somnifères. Lors du post-test effectué 3 mois après la formation, il a été demandé à tous les prestataires de soins combien de patients ils avaient déjà traités avec l'approche comportementale de l'insomnie et combien de patients ils avaient orientés vers une offre spécialisée pour l'approche de l'insomnie.

a) Fréquence de prescription de somnifères

L'analyse qualitative nous a déjà appris que la plupart des médecins généralistes participants s'efforcent d'obtenir une utilisation limitée de somnifères ou ils optent pour des alternatives telles que la mélatonine ou des préparations à base de plantes. Par ailleurs, il a été demandé aux médecins généralistes à quelle fréquence ils prescrivaient des somnifères à des patients qui ne prenaient pas encore de médicaments au moment de la consultation. La figure 25 donne un aperçu de la répartition de fréquence des réponses à cette question pour le programme de formation. La majorité des médecins généralistes (67 %) semblaient prescrire des somnifères à seulement moins de 10 % des patients avant la formation. C'est frappant ; il est possible que ce soient précisément les médecins généralistes qui préfèrent ne pas prescrire de médicaments qui s'inscrivent également à une formation sur l'approche non médicamenteuse de l'insomnie. Un seul médecin généraliste indique prescrire des somnifères à plus de 80 % des patients.

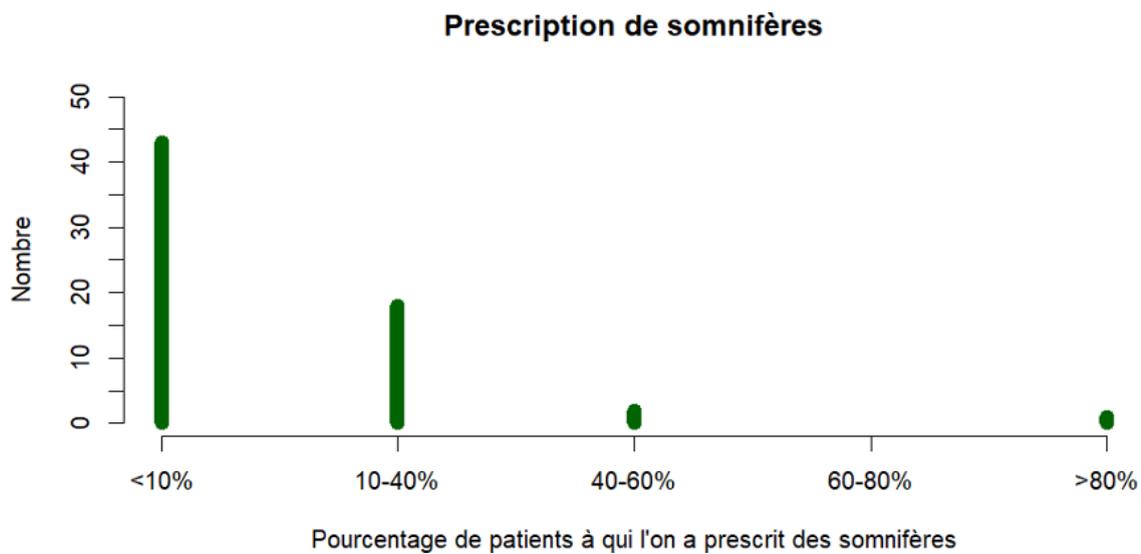


Figure 25. Répartition de fréquence des réponses à la question de prescription de somnifères lors du prétest (N=63).

Nous observons la même tendance dans la répartition de fréquence des réponses à la question sur le comportement de prescription lors du post-test 3 mois après la formation professionnelle (voir Figure 26). La majorité des médecins généralistes (79 %) indiquent prescrire des somnifères à moins de 10 % des patients. En raison de la nature des données (mesures catégoriques et répétées avec données manquantes), il est impossible de déterminer la signification entre le prétest et le posttest.

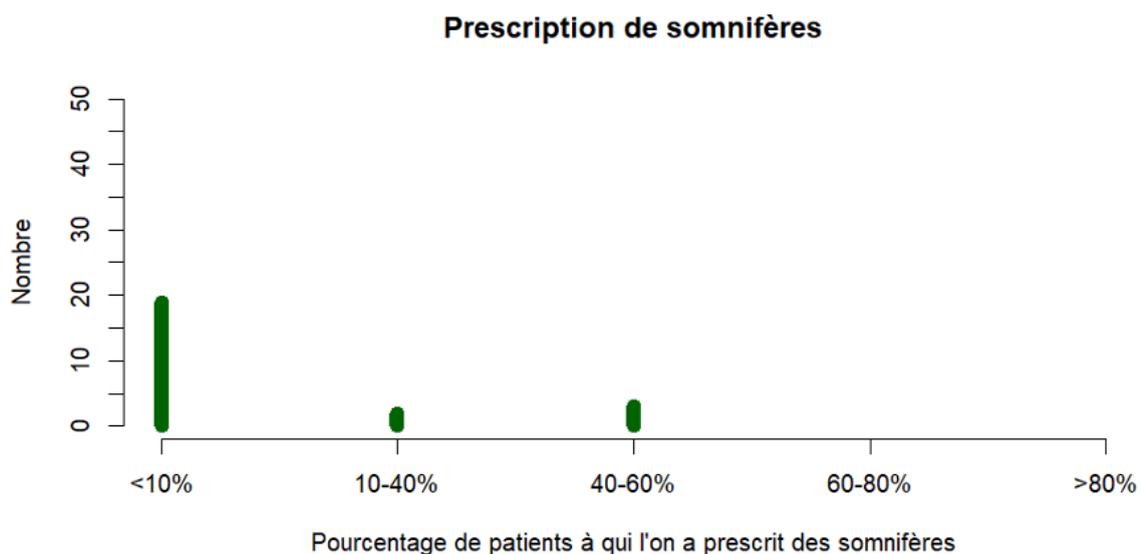


Figure 26. Répartition de fréquence des réponses à la question de prescription de somnifères lors du post-test 3 mois après la formation (N=25).

b) Fréquence de diminution progressive des somnifères

En plus d'une question sur la fréquence de prescription des somnifères, il a également été demandé aux médecins généralistes, lors du prétest et du post-test 3 mois après la formation, à quelle fréquence ils réduisaient les médicaments chez les patients prenant des somnifères depuis une longue période. La figure 27 donne un aperçu de la distribution de fréquence de leurs réponses au prétest. La majorité des médecins généralistes (51,56 %) semblaient diminuer les somnifères chez 10 à 40 % des patients avant la formation. 10,92 % des médecins généralistes indiquent qu'ils diminuaient les somnifères chez moins de 10 % des patients et 18,75 % des médecins généralistes diminuaient les somnifères chez 40 à 60 % et 60 à 80 % des patients.

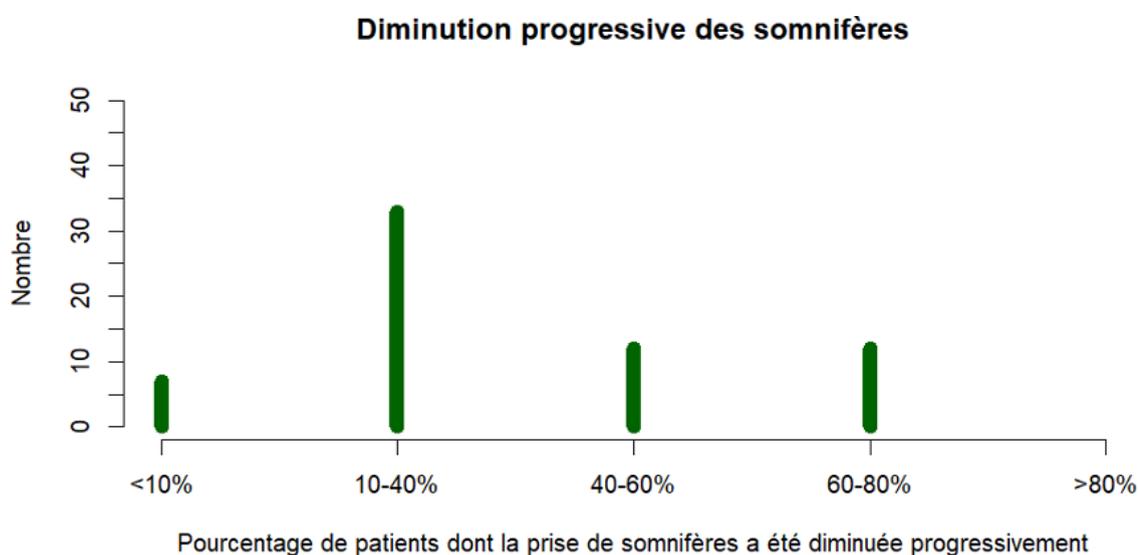


Figure 27. Répartition de fréquence des réponses à la question sur la diminution des somnifères lors du prétest (N=63).

Il semble y avoir un changement dans le modèle de réponse à la question sur la diminution des somnifères lors du post-test 3 mois après la formation (voir Figure 28). Lors du post-test, 4 % des médecins généralistes ont déclaré avoir diminué les somnifères chez moins de 10 % des patients. 8 % feraient cela chez plus de 80 % des patients. Respectivement 33%, 37,5% et 16,67% des médecins généralistes indiquent diminuer les somnifères chez 10 à 40% des patients, 40 à 60% des patients et 60 à 80% des patients. Il est encore une fois impossible en raison de la nature des données (mesures catégoriques et répétées avec données manquantes) de déterminer si ce décalage est significatif.

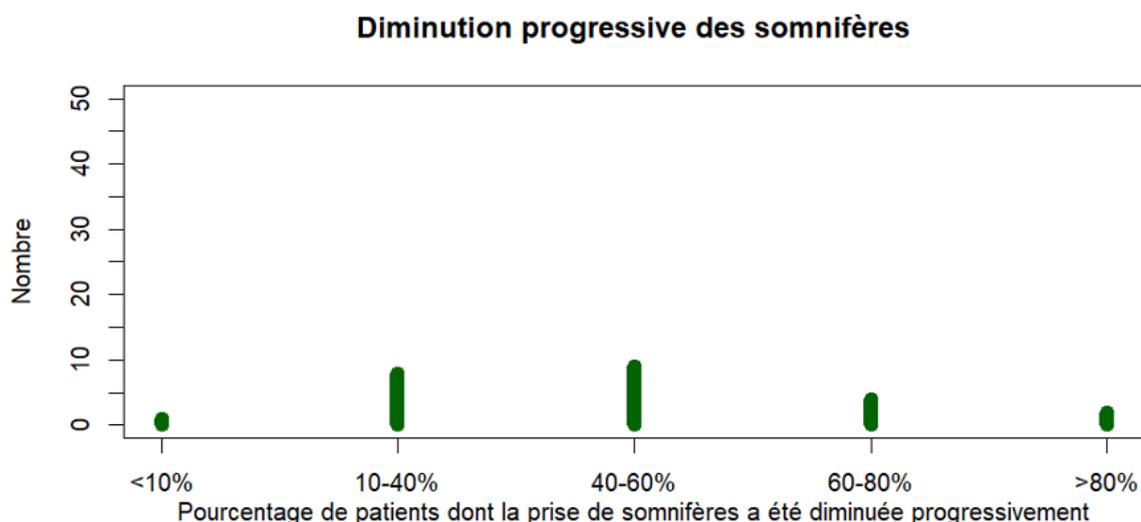


Figure 28. Distribution de fréquence des réponses à la question sur la diminution des somnifères lors du post-test 3 mois après l'entraînement (N=25).

Dans l'analyse qualitative, les médecins ont indiqué qu'il leur était toujours difficile de diminuer progressivement leurs somnifères. Ils rencontrent beaucoup de résistance de la part des patients, notamment des personnes âgées ou des patients prenant des médicaments depuis longtemps. Une approche progressive fonctionnerait dans la pratique. Certains participants ont indiqué qu'ils travaillaient avec un contrat de diminution progressive. La motivation pour diminuer progressivement les médicaments est cruciale.

c) Nombre de patients traités avec une approche comportementale de l'insomnie

Lors du post-test effectué trois mois après la formation, il a été demandé à tous les prestataires de soins de santé combien de patients ils avaient jusqu'à présent traités avec l'approche comportementale de l'insomnie. La figure 29 donne un aperçu de la distribution de fréquence des réponses. La majorité des prestataires de soins de santé ont traité 0 à 5 patients avec des interventions comportementales. Deux prestataires de soins indiquent avoir déjà traité 20 patients avec l'approche comportementale. Au total, parmi tous les soignants ayant effectué 3 post-tests, 482 patients ont été traités avec l'approche comportementale de l'insomnie.

Fréquence du nombre de patients traités avec une approche comportementale pour l'insomnie

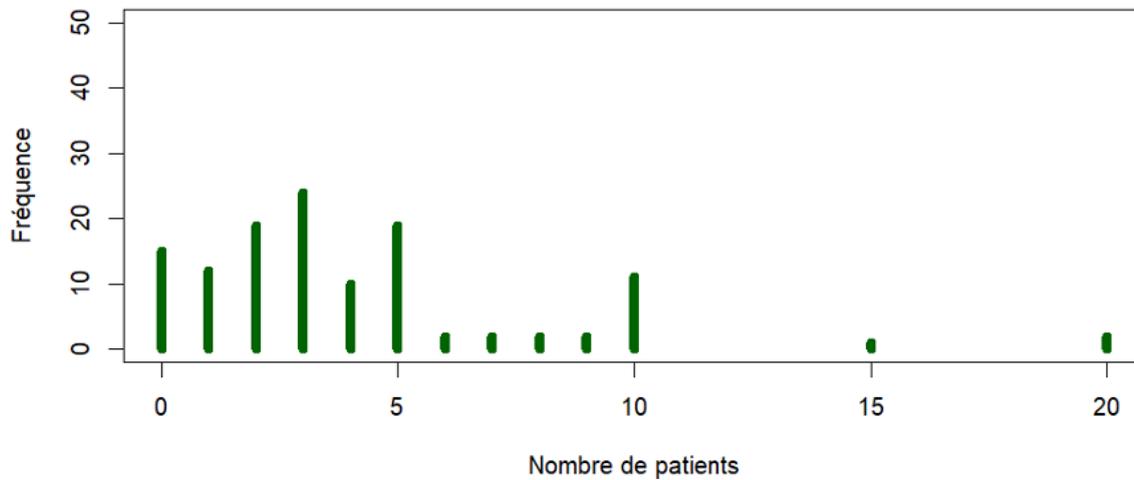


Figure 29. Répartition de la fréquence du nombre de patients pour lesquels les répondants ont indiqué avoir traité avec l'approche comportementale de l'insomnie (N=128).

Une analyse plus approfondie a montré qu'il existe des différences entre les groupes professionnels dans le nombre de patients déjà traités avec l'approche comportementale de l'insomnie ($F(4, 116) = 3,999, p < 0,01$). Les médecins généralistes sont les leaders et ont traité en moyenne 6,33 patients avec l'approche comportementale de l'insomnie. Le nombre de patients était significativement inférieur dans les autres groupes professionnels. Les kinésithérapeutes ont traité en moyenne 2,95 patients ; les psychologues/orthopédagogues cliniciens ont en moyenne 3,90 patients et les infirmières en moyenne 1,67 patients. Cela semble logique puisque les médecins généralistes sont souvent les premiers prestataires de soins avec lesquels les patients souffrant de troubles du sommeil entrent en contact.

Il n'y avait aucune différence dans le nombre de patients traités entre les types de formation ($F(2, 118) = 0,867, p = 0,42$).

d) Nombre de patients orientés vers une offre spécialisée de TCC-i

Lors du troisième post-test, il a également été demandé aux prestataires de soins de santé combien de patients ils avaient déjà orientés vers une offre spécialisée pour l'insomnie. Au total, tous prestataires de soins confondus, 143 patients ont été orientés vers une offre spécialisée de TCC-i. La figure 30 montre la répartition des réponses. La plupart des prestataires de soins n'avaient encore orienté aucun patient, tandis que 4 prestataires de soins ont indiqué avoir déjà orienté 10 personnes.

Fréquence du nombre de patients souffrant d'insomnie qui ont été réorientés

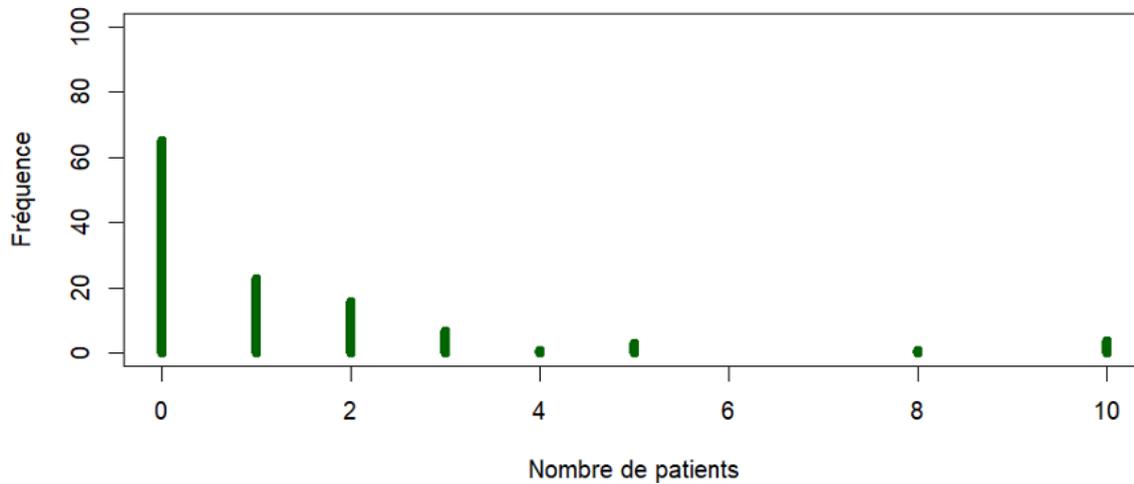


Figure 30. Répartition de la fréquence du nombre de patients pour lesquels les répondants ont indiqué avoir orienté vers une offre spécialisée de TCC-i (N=128).

Il n'y avait pas de différences significatives dans le nombre de patients orientés entre les groupes professionnels ($F(4, 115) = 2,32$; $p = 0,06$). Il n'y avait pas non plus de différences significatives entre les trois types de formation ($F(2, 118) = 0,87$; $p = 0,42$).

2.3. Conclusion interventions comportementales de faible intensité

Les analyses ont montré que la plupart des participants étaient satisfaits du programme de formation. La majorité des participants ont indiqué qu'ils étaient « plutôt satisfaits » à « très satisfaits » des deux cours d'apprentissage en ligne. La majorité a également jugé « bon » l'intensité et le niveau de l'apprentissage en ligne. La satisfaction à l'égard de la formation professionnelle était également élevée (moyenne : 4,45). Il s'est avéré que les participants ayant suivi la formation légère étaient nettement moins satisfaits que les participants ayant suivi la formation physique complète.

En outre, il est apparu que la formation professionnelle a amélioré les connaissances et les compétences auto-évaluées, ainsi que les perceptions, les idées et les attitudes concernant l'approche comportementale de l'insomnie. Il y avait toujours un changement significatif entre les scores au prétest avant la formation et les scores après la formation. Entre le premier post-test après la formation et le deuxième post-test 3 mois après la formation, il y a eu une stabilisation des connaissances et des compétences évaluées

concernant l'intervention comportementale contre l'insomnie. Pour les perceptions, idées et attitudes, il y a une diminution significative entre le post-test juste après la formation et le deuxième post-test. En conséquence, la plupart des participants ont également indiqué que la formation professionnelle avait amélioré leurs compétences de « suffisant » à « plus que suffisant » et les avait « plutôt bien » motivés à « complètement » pour appliquer l'intervention dans la pratique.

Entre les différents groupes professionnels, il y avait seulement des différences dans l'évaluation des connaissances et des compétences ainsi que dans les perceptions, idées et attitudes concernant l'approche comportementale de l'insomnie. Les physiothérapeutes avaient un score significativement inférieur au prétest pour les deux cas par rapport au médecin généraliste. Ils estimaient donc que leurs connaissances et leurs compétences étaient nettement inférieures à celles du médecin généraliste et que leurs perceptions, idées et attitudes étaient également significativement moins positives que celles du médecin généraliste. L'évaluation des connaissances et des compétences a évolué tout au long du processus de formation pour les physiothérapeutes de la même manière que pour les médecins généralistes. En ce qui concerne les perceptions, les idées et les attitudes, on constate effectivement des différences significatives entre les physiothérapeutes et les médecins généralistes dans la façon dont celles-ci ont évolué tout au long du processus : chez les physiothérapeutes, il y a eu une augmentation plus importante entre le prétest et le posttest juste après la formation que chez les médecins généralistes. Mais pour eux il y avait aussi une diminution entre le post-test juste après la formation et le post-test 3 mois après la formation. Les physiothérapeutes ont peut-être été positivement surpris par l'approche comportementale de l'insomnie à travers le programme de formation, mais ils ont été confrontés à des difficultés supplémentaires lors de la mise en pratique.

Les autres groupes professionnels avaient également un score nettement inférieur au prétest en termes de perceptions, d'idées et d'attitudes par rapport aux médecins généralistes. Avant le début du programme de formation, les médecins généralistes avaient donc une attitude plus positive à l'égard de l'approche comportementale de l'insomnie par rapport aux autres groupes professionnels. L'évolution tout au long du programme de formation en termes de perceptions, d'idées et d'attitudes pour les autres groupes professionnels a été similaire à celle des médecins généralistes.

De plus, il y avait également des différences d'efficacité entre les 3 programmes de formation. Les analyses ont montré qu'il y avait un changement plus faible dans les connaissances et les compétences des prestataires de soins de santé qui suivaient la trajectoire légère par rapport à la trajectoire physique standard. D'après l'évaluation des personnes interrogées, le programme léger s'est révélé moins efficace à cet égard. Il y

avait seulement une différence significative dans la perception, les idées et les attitudes concernant l'approche comportementale de l'insomnie lors du prétest. Les prestataires de soins qui ont suivi le programme léger avaient une attitude moins positive envers l'approche comportementale de l'insomnie que les participants au programme standard. Cela peut aussi expliquer pourquoi ils ont opté pour une formation moins intensive. Il n'y avait pas de différences significatives dans la manière dont les attitudes à l'égard de la gestion comportementale de l'insomnie évoluaient tout au long du programme de formation.

En ce qui concerne la mise en œuvre pratique, des différences ont été constatées entre les différents composants du traitement non pharmacologique. La majorité des prestataires de soins de santé ont indiqué que la motivation des patients pour une intervention non pharmacologique contre l'insomnie s'est déroulée de « plutôt facilement » à « très facilement ». Il n'y avait aucune différence entre les groupes professionnels ou le type de formation. La situation était différente lorsqu'il s'agissait de motiver les patients à diminuer leurs somnifères. La majorité des personnes interrogées ont indiqué que cela était « plutôt difficile ». Il existe également des différences significatives entre les prestataires de soins ayant suivi le programme de formation léger et les prestataires de soins ayant suivi le programme standard. Pour les participants au programme de formation léger, il était plus difficile de motiver les patients pour une intervention non médicamenteuse. Lors de l'application des interventions comportementales spécifiques, la plupart des prestataires de soins de santé ont indiqué que cela s'était « plutôt bien déroulé ». Ici, il y avait une différence significative entre les répondants qui ont suivi la formation en ligne et ceux qui ont suivi le parcours standard. Les participants au processus en ligne ont indiqué que l'application des interventions comportementales s'est déroulée moins facilement. Les scores des participants à la trajectoire légère étaient inférieurs, mais pas significativement différents de ceux de la trajectoire standard. Il semble ici que les participants au programme standard comprenant deux séances d'entraînement physique in vivo étaient mieux préparés à la mise en pratique.

Afin d'examiner les conséquences du programme de formation sur la prescription et l'arrêt progressif des somnifères, il a été demandé aux médecins généralistes, lors du prétest et du post-test, 3 mois après la formation, à combien de patients ils avaient prescrit des somnifères et avec combien de patients ils avaient essayé de réduire progressivement leurs somnifères. Les analyses ont montré que la plupart des médecins généralistes prescrivaient peu de médicaments avant la formation et essayaient de réduire les médicaments pour un grand nombre de patients. Ce n'est pas surprenant : les médecins généralistes déjà critiques dans la prescription de médicaments sont plus enclins à s'inscrire à une formation sur l'approche comportementale de l'insomnie. Étant donné que les habitudes de prescription étaient déjà très faibles et que la réduction des

somnifères était déjà assez élevée, il n'y avait pas beaucoup de place pour une amélioration. Lors du post-test effectué 3 mois après l'entraînement, il semble y avoir un léger changement positif à la fois pour la prescription et l'arrêt des somnifères, mais il n'a pas été possible de déterminer si ce changement était également significatif.

Trois mois après la formation, il a également été demandé à tous les participants combien de patients ils avaient jusqu'à présent traités avec l'approche comportementale de l'insomnie et à quelle fréquence ils avaient orienté un patient vers une offre spécialisée. Parmi tous les participants, 482 patients ont été traités avec une intervention comportementale contre l'insomnie. Il existe des différences significatives entre les groupes professionnels, les médecins généralistes montrant qu'ils ont traité le plus grand nombre de patients. Cela n'est pas surprenant car ils constituent souvent le premier point de contact des patients. Au total, 143 patients ont été orientés vers des soins spécialisés concernant l'insomnie. Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes professionnels.

Dans l'ensemble, nous pouvons conclure que les prestataires de soins de santé étaient non seulement satisfaits du programme de formation, mais que, sur la base de leur auto-évaluation, on peut également conclure que le programme de formation a été efficace pour accroître les connaissances et les compétences et améliorer les perceptions, les idées et les attitudes concernant les interventions comportementales contre l'insomnie. Le déroulement de la mise en pratique variait en fonction de l'application concrète et de la formation reçue. Par exemple, motiver les patients à adopter une approche non médicamenteuse s'est bien déroulé, mais motiver les patients à réduire leurs somnifères a été plutôt difficile. De plus, il existe des différences entre les programmes de formation. L'application des interventions comportementales s'est déroulée moins facilement pour les participants à la formation en ligne que chez les participants qui ont suivi la trajectoire standard.

Lors de l'interprétation des analyses et des conclusions, il est important de prendre en compte le fait que les données proviennent des auto-évaluations des participants. Par conséquent, on ne peut pas dire avec certitude si les informations sont exactes. Des facteurs tels que la désirabilité sociale, la distorsion de la mémoire et l'interprétation subjective peuvent influencer les résultats. Une certaine prudence est donc conseillée avant de tirer des conclusions définitives. De plus, une diminution a été constatée dans le nombre de participants ayant complété les questionnaires au fin du temps. On ne sait pas exactement qui a abandonné ni pour quelles raisons. Il est donc incertain si les résultats sont représentatifs.

Trois mois après la formation, 482 patients étaient déjà traités avec l'approche comportementale de l'insomnie et 143 patients étaient orientés vers une offre spécialisée. Espérons que ce nombre puisse continuer à augmenter avec une mise en œuvre plus poussée dans la pratique.

Chapitre 3. Évaluation des actions visant à abaisser le seuil des TCC-i spécialisées

3.1. Participants

Au total, 69 psychologues/orthopédagogues cliniciens ont participé aux formations TCC-i. La grande majorité est active au sein de la convention PPL. En moyenne, les prestataires de soins de santé ont travaillé dans les soins de première ligne pendant 6,88 (NL) - 5,43 (FR) années. Lors de la sélection des participants, une répartition régionale a été prévue : Brabant flamand : 5 ; Brabant wallon : 3 ; Anvers : 10 ; Bruxelles 3 NL + 11 FR; Limbourg : 4 ; Flandre orientale : 3 ; Flandre occidentale : 7 ; Hainaut : 7 ; Liège : 9 ; Namur : 5 et Luxembourg : 5.

3.2. Évaluation

Pour évaluer la formation TCC-i, les participants à la formation ont été interrogés à trois moments : avant la formation (prétest), juste après la formation (posttest1), 3 mois après la formation (posttest2) et entre 6 mois et 1 an après la formation (posttest3). En interrogeant les participants à différents moments, nous avons pu évaluer l'impact de la formation sur les connaissances et compétences des prestataires de soins et leurs attitudes à l'égard des thérapies cognitivo-comportementales. Cela nous a également permis d'examiner comment la mise en œuvre de la TCC-i s'est déroulée dans la pratique et comment la perception et les attitudes des connaissances, des compétences ont évolué lorsqu'elles ont été mises en œuvre dans leur pratique. De plus, des éléments ont également été inclus dans les post-tests pour évaluer la qualité de la formation et de la supervision. Le tableau 14 donne un aperçu du nombre de participants par test et des variables demandées pour chaque test.

Tableau 14. Aperçu du nombre de participants et des variables interrogées par test

	Prétest	Post-test 1	Post-test 2	Post-test 3

Nombre de participants	59	33	21	16
Variables démographiques	x			
Satisfaction formation		x		
Evaluation des supervisions			x	x
Évaluation des compétences générales	x	x		x
Attitude envers l'approche comportementale de l'insomnie	x	x		x
Connaissances et compétences en interventions thérapeutiques comportementales		x		x
Intention de recourir à des interventions thérapeutiques comportementales		x		x
Combien de clients ont suivi un traitement TCC-i			x	x
Déroulement général			x	x
Cours d'interventions thérapeutiques comportementales			x	x
Faisabilité des interventions thérapeutiques comportementales			x	x

Sur les 69 participants à la formation, 59 prestataires de soins ont complété le pré-test, 33 le premier post-test, 21 le deuxième post-test et 16 le post-test final. Tous les participants n'ont pas complété tous les tests. Sur les 59 participants qui ont complété le prétest, seules 15 personnes ont également complété le premier post-test et 10 ont chacune complété le deuxième et le dernier post-test. Sur les 33 participants ayant complété le premier post-test, 5 ont complété le deuxième post-test et 8 ont complété le post-test final. Sur les 21 participants ayant complété le deuxième post-test, 6 ont complété le post-test final.

3.2.1. Satisfaction de la formation

a) Formation TCC-i

Peu de temps après la formation, lors du premier post-test, il vous a été demandé d'évaluer la qualité de la formation. Une évaluation a été demandée pour 5 composantes de la formation sur une échelle de 1 (très insatisfait) à 5 (très satisfait) :

- clarté des objectifs d'apprentissage
- contenu de la formation
- méthodes de travail et méthodes utilisées
- matériel fourni
- organisation pratique

Le tableau 15 donne un aperçu de la moyenne des scores de satisfaction par composante. La moyenne des scores de satisfaction étaient très élevés. Toutes les composantes ont obtenu un score de satisfaction moyen supérieur à 4.

Tableau 15 Scores de satisfaction moyens par composant

Composants de la formation	Note de satisfaction moyenne (score maximum = 5)
Clarté des objectifs d'apprentissage	4.52
Contenu de la formation	4.48
Formes de travail et méthodologies utilisées	4.21
Matériel fourni	4.33
Organisation pratique	4,58

La figure 31 donne un aperçu de la distribution de fréquence des réponses par composant. Cela a montré que pour tous les composants, la plupart des participants ont donné une note maximale de 5 (très satisfait). La deuxième note la plus fréquemment attribuée était 4, certains participants donnaient également une note de 3 (= neutre) ou 2

(plutôt insatisfait). L'analyse qualitative peut indiquer ce dont ces participants étaient le moins satisfaits.

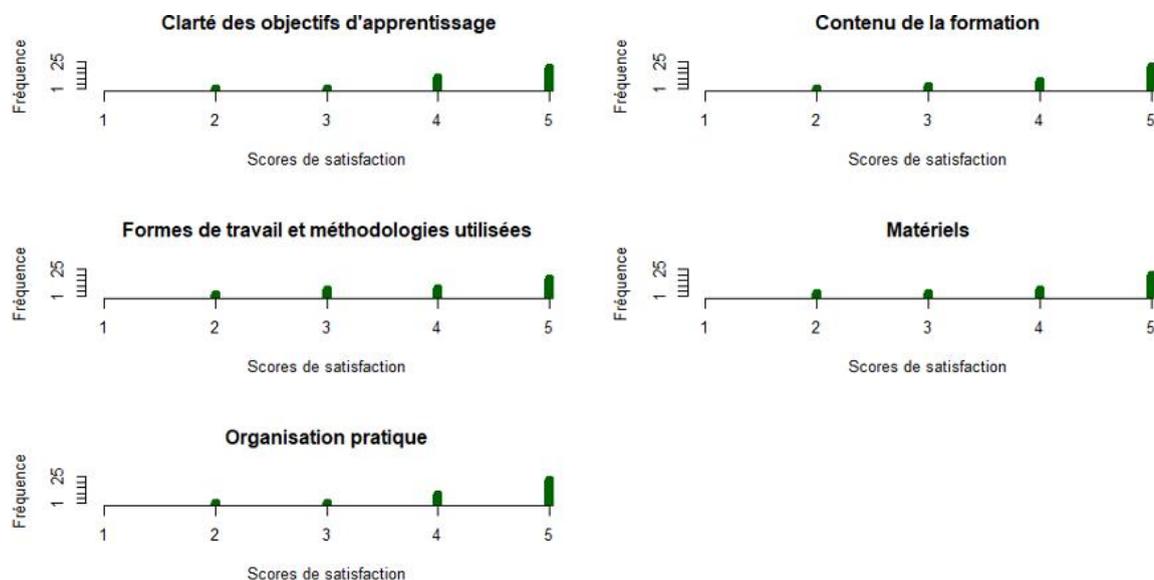


Figure 31. Scores de satisfaction pour les différents composants (N=33).

L'analyse qualitative a également montré que la formation a été accueillie positivement. Les participants ont particulièrement apprécié l'applicabilité en pratique, la combinaison de la théorie et de la pratique ainsi que la qualité des enseignants. Même s'il s'agissait d'un processus assez intensif, certains participants souhaitaient néanmoins davantage de théorie sur la pharmacologie, les processus hormonaux, la recherche sur le sommeil et la restructuration cognitive. Des exercices plus pratiques et des discussions de cas seraient également souhaitables. Enfin, la communication et la structure de la formation pourraient également être améliorées.

Néanmoins, la majorité des participants recommandent la formation en raison de la pertinence du sommeil, de l'efficacité de la TCC-i, de son applicabilité en pratique et de sa bonne organisation. Raisons pour lesquelles la recommandation n'est pas recommandée : chevauchement avec des connaissances existantes ou absence de possibilité de travail en groupe.

b) Supervision

La supervision est considérée par la majorité comme ayant une grande valeur ajoutée. C'est important pour le processus de traduction de la théorie à la pratique. Il propose des échanges, des retours d'experts et un accompagnement à la mise en œuvre. Quelques

participants ont optés pour la supervision individuelle plutôt qu'à la supervision en groupe, en raison de contraintes de temps ou de leurs connaissances préalablement acquises.

3.2.2. Efficacité de la formation

Pour déterminer l'efficacité de la formation, deux questions ont été posées : l'attitude envers une approche comportementale de l'insomnie et une évaluation de ses propres connaissances et compétences en matière de traitement comportemental. Les attitudes ainsi que les connaissances et les compétences ont été interrogées à 3 moments : le prétest, le posttest immédiatement après la formation et lors du dernier posttest à 12 mois après la formation. De cette manière, les changements d'attitudes, de connaissances et de compétences au cours du programme de formation pouvaient être examinés, ainsi que la manière dont ils ont évolué lors de leur mise en pratique.

a) Prétest - mesure préalable

Le but de l'enquête du prétest était d'obtenir une mesure préalable des attitudes, des connaissances et des compétences dans le traitement comportemental de l'insomnie avant le début de la formation.

Attitude par rapport à l'approche comportementale de l'insomnie

Le score moyen des 59 participants ayant complété le prétest était de 8,42 (score maximum : 10). Cela signifie que l'attitude envers le traitement était déjà positive au début de la formation. Ceci n'est bien sûr pas du tout surprenant puisque les gens ne s'inscriront pas à une formation à l'égard de laquelle ils n'ont pas une attitude positive. En effectuant le même questionnement lors du post-test juste après la formation et lors du tout dernier post-test après que les participants ont également mis en pratique le traitement, nous pouvons déterminer comment la formation et la mise en pratique ont modifié leur attitude envers l'approche comportementale de l'insomnie.

Évaluation des connaissances et des compétences

La figure 32 donne un aperçu du nombre de fois qu'une réponse précise a été indiquée par compétence. Cela montre que la plupart des participants estiment que leurs compétences en entretien motivationnel sont bonnes avant le début de la formation. Cela n'est pas surprenant puisque l'entretien motivationnel est une compétence de base

pour les psychologues cliniciens et les orthopédagogues. Les participants ont déjà appris et mis en pratique cette compétence. Pour l'item « compétences dans le traitement des problèmes de sommeil », la plupart des participants ont estimé que leurs connaissances étaient insuffisantes ou à un niveau basique. L'évaluation des participants sur les deux autres items « connaissance des problèmes de sommeil » et « compétences en thérapie cognitivo-comportementale » se situe entre les deux.

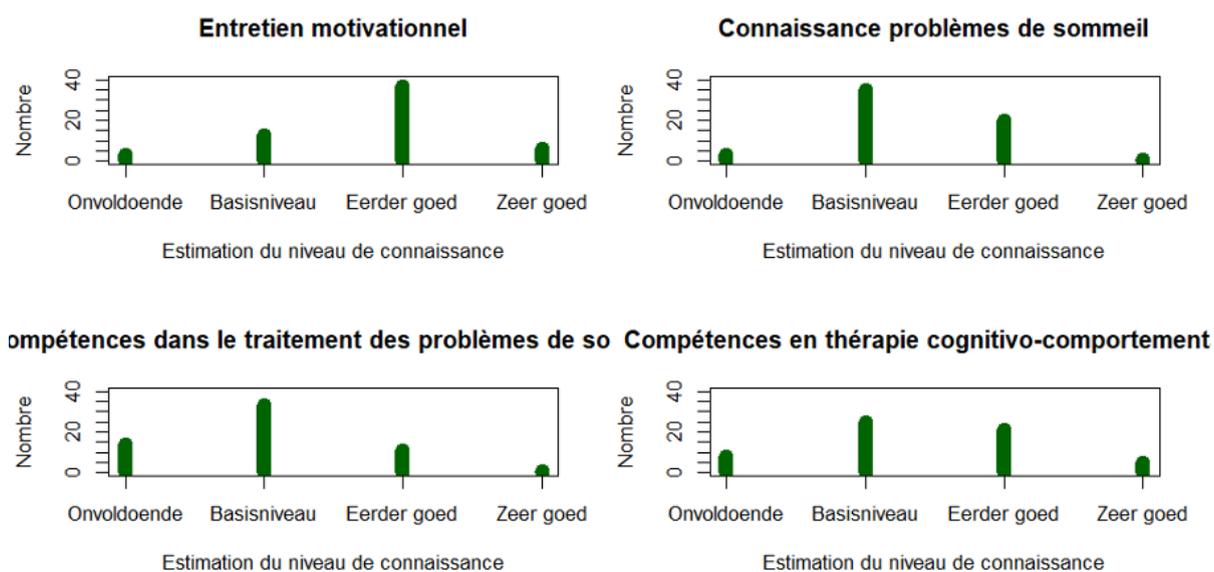


Figure 32. Fréquences de la catégorie de réponse par compétence (N=59).

b) Efficacité de la formation

Évaluation des connaissances et des compétences

Afin de déterminer s'il y a eu un changement significatif dans leur propre évaluation des connaissances et des compétences, les scores des évaluations que les participants se sont attribués pour chaque composante ont été additionnés. Avant la formation, lorsque le prétest était proposé, l'auto-évaluation moyenne des connaissances et des compétences pour tous les items était égale à 9,47. Au premier post-test, il était égal à 12,18 et au dernier post-test, il était de 12,25 (score maximum = 16).

Étant donné que tous les participants n'ont pas complété les différents pré- et post-tests, il a été décidé de traiter les données avec un modèle mixte linéaire. Ces modèles ne rencontrent aucune difficulté lorsque les données de différents participants manquent entre des moments précis. (Verbeke et Molenberghs, 2000). Les modèles incluent comme effets fixes à la fois un prédicteur temporel, qui nous permettait d'examiner l'évolution

temporelle, et une interaction entre le prédicteur temporel et un prédicteur incluant le statut d'entraînement (Pre, PosttestAfter, PosttestLate). Cela a permis de déterminer si l'évolution temporelle différait selon le statut de formation des participants. Les participants ont été inclus de manière aléatoire dans le modèle.

La figure 33 montre à la fois l'évolution temporelle observée (points) et l'évolution temporelle estimée à l'aide du modèle mixte linéaire (lignes).

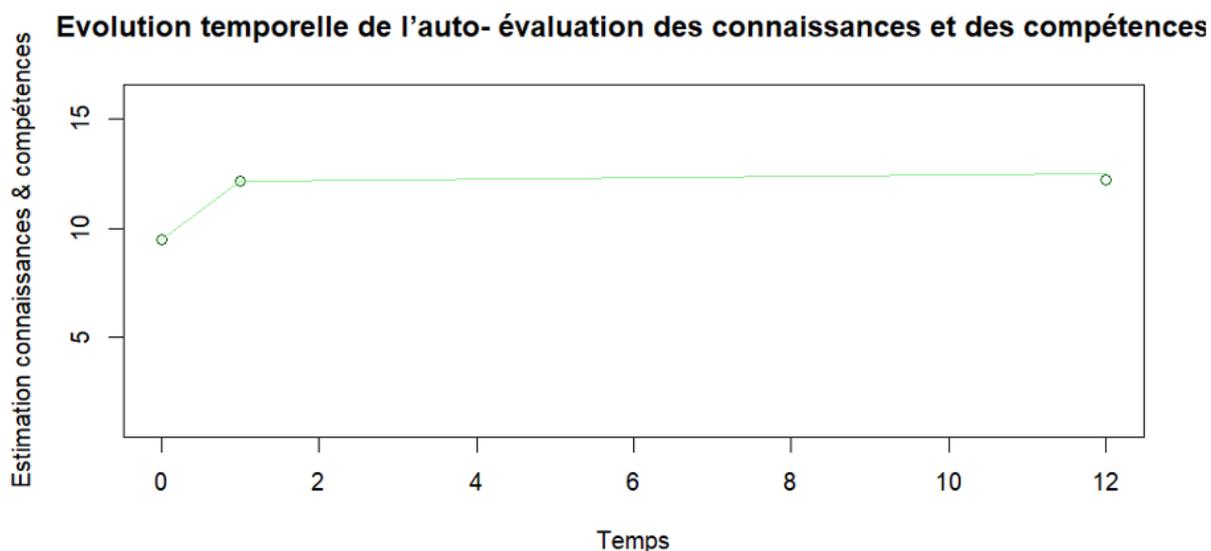


Figure 33. Évolution temporelle de son auto-évaluation des connaissances et des compétences concernant l'approche comportementale de l'insomnie (N_pretest=59; N_posttest1=33; N_posttest2=21; N_posttest3=16).

Il semble qu'au fil du temps, les participants évaluent mieux leurs connaissances et leurs compétences. Il est également apparu que cette augmentation se produisait principalement entre le prétest et le premier posttest au moment où la formation avait lieu. Il n'y a pas eu d'augmentation entre le premier post-test et le dernier post-test.

L'analyse statistique a montré que cette évolution était significative. Le temps du prédicteur et l'interaction ($\beta_{\text{time}} = 2,69$; IC : [1,97,3,42] ; $\sqrt{\text{Test de Wald}} = 7,42$; $p < 0,0001$) avec le statut d'entraînement étaient significatifs (statut $\beta_{\text{timetraining}} = -2,44$; IC : [-3,15, -1,74] ; $\sqrt{\text{Test de Wald}} = -6,90$; $p < 0,0001$). Entre le prétest et le premier post-test, il y a eu une augmentation significative de l'évaluation des connaissances et des compétences par les participants (Augmentation par unité de temps = 2,69, IC : [1,97, 3,42]). Entre le premier post-test et le deuxième post-test, il n'y a pas eu de changement significatif dans l'évaluation des connaissances et des compétences par les participants (différence moyenne = 0,34, IC : [-0,74, 1,33], $\sqrt{\text{Test de Wald}} = 0,68$, $p = 0,25$). L'auto-évaluation des

connaissances et des compétences est donc restée stable entre le premier post-test et le deuxième post-test.

Attitude envers l'approche comportementale de l'insomnie

Les scores des différents items ont été additionnés pour déterminer s'il y avait un changement significatif dans l'attitude des soignants envers l'approche comportementale de l'insomnie. Avant la formation, lors du prétest, l'attitude moyenne envers l'approche comportementale de l'insomnie était de 8,42. Au premier post-test, il était égal à 9,21 et au dernier post-test, il était de 9,00.

Une fois de plus, il a été décidé de traiter les données avec un modèle mixte linéaire. Le modèle inclut comme effets fixes à la fois un prédicteur temporel, qui nous permettait d'examiner l'évolution temporelle, et une interaction entre le prédicteur temporel et un prédicteur incluant le statut d'entraînement (Pre, PosttestAfter, PosttestLate). Cela a permis de déterminer si l'évolution temporelle différait selon le statut de formation des participants. Les participants ont été inclus de manière aléatoire dans le modèle.

La figure 34 visualise à la fois l'évolution temporelle observée (points) et l'évolution temporelle estimée basée sur le modèle mixte linéaire (lignes).

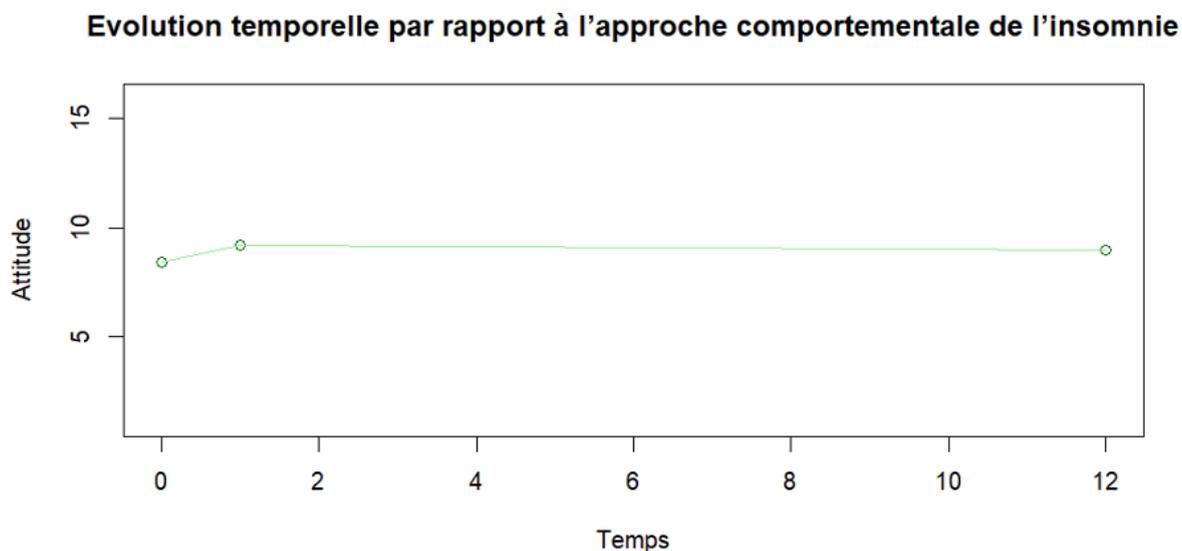


Figure 34. Évolution temporelle de la perception et de l'attitude envers l'approche comportementale de l'insomnie (N_pretest=59 ; N_posttest1=33 ; N_posttest2=21 ; N_posttest3=16).

Il semble que l'attitude des prestataires de soins de santé à l'égard de l'approche comportementale de l'insomnie soit devenue plus positive au fil du temps.

L'augmentation s'est principalement produite entre le prétest et le premier posttest. Il n'y a pas eu d'augmentation supplémentaire entre le premier et le dernier post-test.

L'analyse statistique a montré que cette évolution était également significative. Le temps du prédicteur ($\beta_{\text{time}}=0,77$; IC : [0,31, 1,24] ; $\sqrt{\text{Wald test}}=3,33$; $p<0,001$) et l'interaction avec le statut d'entraînement étaient significatifs ($\beta_{\text{timetraining status}}=-0,72$; IC : [-1,18, -0,28] ; $\sqrt{\text{Test de Wald}}= -3,21$; $p<0,001$). Entre le prétest et le premier posttest, les participants ont développé une attitude plus positive envers l'approche comportementale de l'insomnie (Augmentation par unité de temps = 0,77 ; IC : [0,31 ; 1,24]). Entre le premier post-test et le deuxième post-test, il n'y a pas eu de changement significatif d'attitude parmi les participants (Différence moyenne=-0,20 ; IC : [-0,84, 0,43], $\sqrt{\text{Test de Wald}}=-0,63$, $p=0,26$). Ainsi, leurs attitudes sont restées stables entre le premier post-test et le deuxième post-test. Cela signifie que la mise en pratique de la formation n'a eu aucune influence sur leur attitude à l'égard du traitement et sur leur volonté de l'appliquer.

3.2.3. Déroulement de la mise en œuvre du TCC-i

a) Connaissances et compétences en interventions thérapeutiques comportementales

Lors du premier post-test après la formation, les participants ont été invités à estimer leurs connaissances et compétences pour les interventions thérapeutiques comportementales spécifiques couvertes pendant la formation : journal du sommeil, restriction du temps passé au lit, contrôle des stimuli, relaxation et techniques cognitives. Lors du troisième et dernier post-test, cette question à nouveau été posée afin de déterminer si l'évaluation des participants avait changé après avoir appliqué ces techniques dans la pratique.

Posttest 1 : juste après la formation

Il a été demandé aux participants d'évaluer leurs connaissances et compétences pour les interventions de thérapie comportementale sur une échelle de 1 (plus qu'insuffisant) à 4 (plus que suffisant). Les données ont montré que la plupart des participants estimaient leurs connaissances et compétences comme étant suffisantes, voire plus que suffisantes. Le tableau 16 donne un aperçu des scores moyens par intervention.

Tableau 16. Aperçu des scores d'évaluation moyens par intervention

Intervention	Note moyenne
--------------	--------------

Journal du sommeil	3,78
Restriction du temps passé au lit	3,73
Contrôle de stimuli	3,76
Relaxation	3,59
Techniques cognitives	3,51

La figure 35 montre que la plupart des participants ont attribué une note de 3 (suffisant) et 4 (plus que suffisant). Pour les interventions « contrôle des stimuli », « relaxation » et « techniques cognitives », respectivement 1, 2 et 2 participants ont également donné une note de 2 (insuffisant).

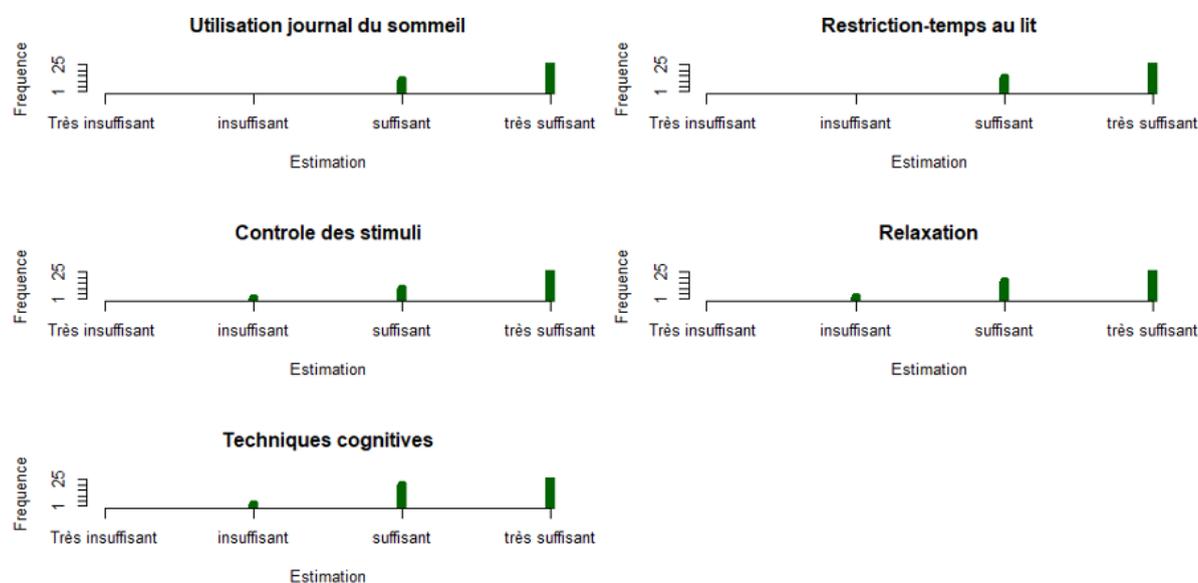


Figure 35. Distribution de fréquence des scores d'évaluation pour les interventions thérapeutiques comportementales (N=33).

Evolution du posttest 1 au posttest 3

Comme il y avait à nouveau des différences dans le nombre de personnes ayant terminé le post-test 1 et le post-test 3 et que seul un nombre limité de personnes ont rempli les deux tests, un changement possible entre le post-test 1 et le post-test 3 a été testé à l'aide d'un modèle mixte linéaire avec le test comme effet fixe et les participants comme effet aléatoire.

Les analyses ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux tests dans l'évaluation des connaissances et des compétences pour les interventions de thérapie comportementale ($\beta_{\text{test}}=-0,63$; IC [-1,47,0,18] ; $\sqrt{\text{Wald test}}=-1,59$; $p=0,06$). Après la mise en pratique, les participants ont continué à évaluer leurs connaissances et compétences comme étant suffisantes, voire plus que suffisantes.

b) Intention à appliquer à des interventions thérapeutiques comportementales

Posttest 1 juste après la formation

Après la formation, il s'est avéré que la plupart des participants avaient l'intention d'appliquer également les interventions thérapeutiques comportementales dans la pratique (voir Figure 36). La majorité des participants ont indiqué qu'ils « mettraient certainement en œuvre » chacune des interventions. Un certain nombre de participants ont indiqué qu'ils « allaient probablement les mettre en œuvre ». Pour la « restriction du temps passé au lit » et la « relaxation », respectivement 3 et 2 participants ont indiqué qu'ils allaient « probablement mettre en œuvre ».

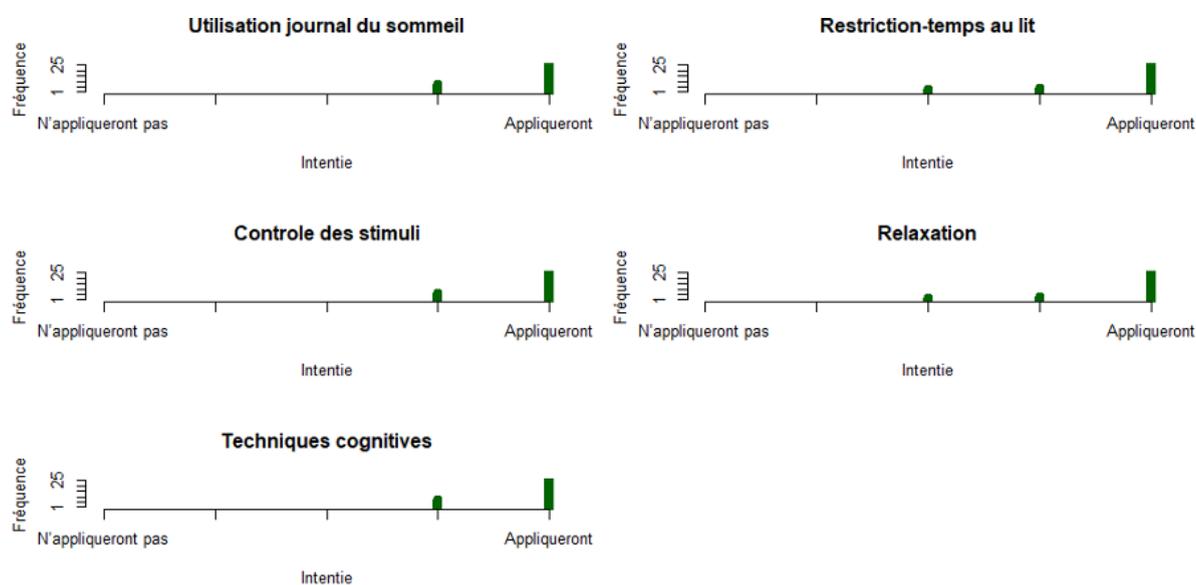


Figure 36. Distribution de fréquence des intentions d'appliquer les interventions thérapeutiques comportementales dans la pratique (N=33).

Evolution du posttest 1 au posttest 3

Étant donné que le nombre de participants ayant terminé le post-test 1 et le post-test 3 différait et que seul un nombre limité a terminé les deux tests, un changement possible entre le post-test 1 et le post-test 3 a été testé avec un modèle mixte linéaire, le test étant un effet fixe et les participants un effet aléatoire.

Les analyses ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre le premier et le dernier post-test dans l'intention de mettre en œuvre les interventions de thérapie comportementale dans la pratique ($\beta_{\text{test}} = 0,05$; IC [-0,31, 0,45] ; $\sqrt{\text{Wald test}} = 0,27$; $p = 0,61$). L'intention d'appliquer les interventions thérapeutiques comportementales dans la pratique n'a pas changé après que les participants les aient appliquées dans leur pratique.

c) Motiver les patients pour une approche comportementale de l'insomnie

Trois et douze mois après la formation, les participants ont été interrogés sur la motivation des patients pour une approche comportementale. Les participants ont indiqué sur une échelle de 1 (très difficile) à 4 (très facile) comment se déroulait la motivation à adopter une approche comportementale face à l'insomnie. Il était également possible d'indiquer que cela n'avait pas encore été appliqué dans la pratique. À 3 mois, 1 participant a indiqué qu'il n'avait pas encore motivé ses patients à adopter une approche comportementale face à l'insomnie.

Lors de l'enquête à 3 mois (posttest 2), le score moyen sur cet item était de 3,05. Les participants ont donc indiqué en moyenne que la motivation des patients s'est déroulée « plutôt facilement ». Après 12 mois, le score moyen était de 2,75. Ici, motiver les patients pour une approche comportementale s'est avéré en moyenne « plutôt difficile » à « plutôt facile ». La distribution de fréquence (voir Figure 37) des réponses suggère également que la motivation des patients pour une approche comportementale s'est plutôt bien déroulée pour la majorité des psychologues.

Evolution du posttest 2 au posttest 3

La question de savoir si le changement entre le post-test 2 et le post-test 3 était significatif a été testée à l'aide d'un modèle mixte linéaire avec le test comme effet fixe et les participants comme effet aléatoire. Les analyses ont montré que la différence entre les deux tests était étroitement significative ($\beta_{\text{test}} = -0,25$; IC [-0,57, 0,01] ; $\sqrt{\text{Wald test}} = -1,94$; $p < 0,05$). Après 12 mois, les participants ont indiqué que la motivation des patients pour

une approche comportementale de l'insomnie était moins facile que 3 mois après la formation.

Fréquence des réponses concernant le déroulement de la motivation pour une approche comportementale

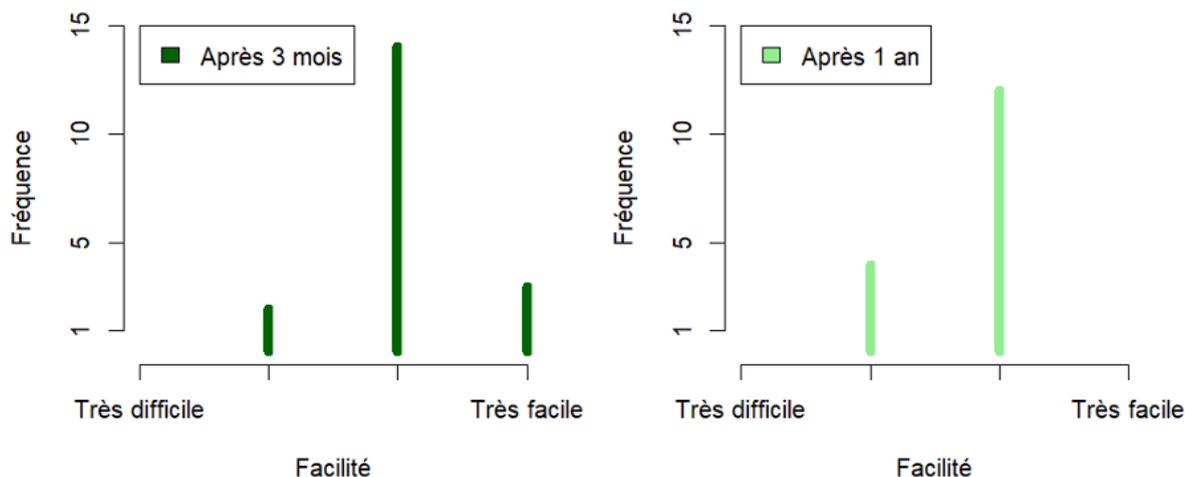


Figure 37. Distribution de fréquence des réponses dans le déroulement de la motivation des patients pour une approche comportementale (N_posttest1=33; N_posttest3=16).

d) Motiver les patients à réduire leurs somnifères

En plus de motiver les patients pour une approche comportementale, à 3 et 12 mois, il leur a également été demandé comment la motivation des patients pour une réduction des somnifères se déroulait dans la pratique. Ils ont noté cela sur une échelle de 1 (très difficile) à 4 (très facile), avec la possibilité d'indiquer qu'ils ne l'avaient pas encore appliqué. À 3 mois, 6 participants ont indiqué qu'ils n'avaient pas encore motivé les patients à réduire leurs somnifères, à 12 mois, 1 participant ne l'avait pas encore fait.

La plupart des psychologues ont indiqué que motiver les patients à réduire leurs somnifères était « plutôt difficile » à « plutôt facile ». Lors de l'enquête après 3 mois (posttest 2), le score moyen pour cet item était de 2,64 et après 12 mois, il était de 2,33. La distribution des fréquences (voir Figure 38) montre qu'à 3 mois la plupart des psychologues indiquaient que ce thème était « plutôt difficile » à « plutôt facile », tandis qu'à 12 mois la plupart des psychologues indiquaient que motiver était « plutôt difficile ».

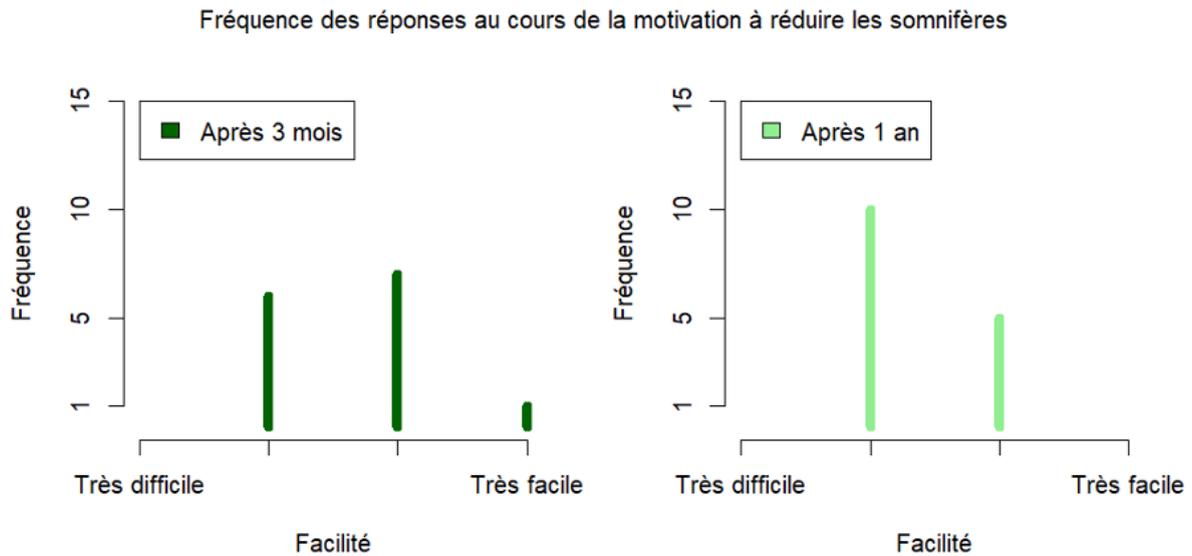


Figure 38. Distribution de fréquence des réponses au cours de la motivation des patients à réduire leurs somnifères (N_posttest1=33; N_posttest3=16).

Evolution du posttest 2 au posttest 3

A la question de savoir si le changement dans la motivation des patients à réduire leurs somnifères entre le post-test 2 et le post-test 3 était significatif a à nouveau été testée en utilisant un modèle mixte linéaire avec le test comme effet fixe et les participants comme effet aléatoire. Les analyses ont montré que la différence entre les deux tests était significative ($\beta_{\text{test}}=-0,34$; IC [-0,66,-0,00] ; $\sqrt{\text{Wald test}}=-2,16$; $p<0,05$). Après 12 mois, les participants ont indiqué que la motivation des patients à réduire leurs médicaments s'est déroulée moins facilement que 3 mois après la formation.

e) Mise en œuvre du TTC-i en général

Outre la question sur la motivation des patients, 3 et 12 mois après la formation, nous avons également interrogé sur la mise en œuvre de la TCC-i en général. Les participants ont à nouveau indiqué sur une échelle de 1 (très difficile) à 4 (très facile) comment se déroulait la mise en œuvre de la TCC-i. Là encore, il était possible d'indiquer que cela n'avait pas encore été appliqué dans la pratique. À 3 mois, 4 participants ont indiqué qu'ils n'avaient pas encore appliqué la TCC-i dans la pratique, à 12 mois, 1 participant l'a indiqué.

Le score moyen pour la mise en œuvre de la TCC-i était de 2,81 après 3 mois et est passé à 3 après 12 mois. En moyenne, les participants ont évalué la mise en œuvre pratique du

TCC-i comme étant « plutôt difficile » à « plutôt facile ». De plus, la distribution des fréquences (voir Figure 39) suggère que seul un petit nombre de participants ont rencontré des problèmes à ce sujet. A 12 mois, la majorité des participants indiquent que la mise en œuvre s'est « plutôt facilement déroulée ».

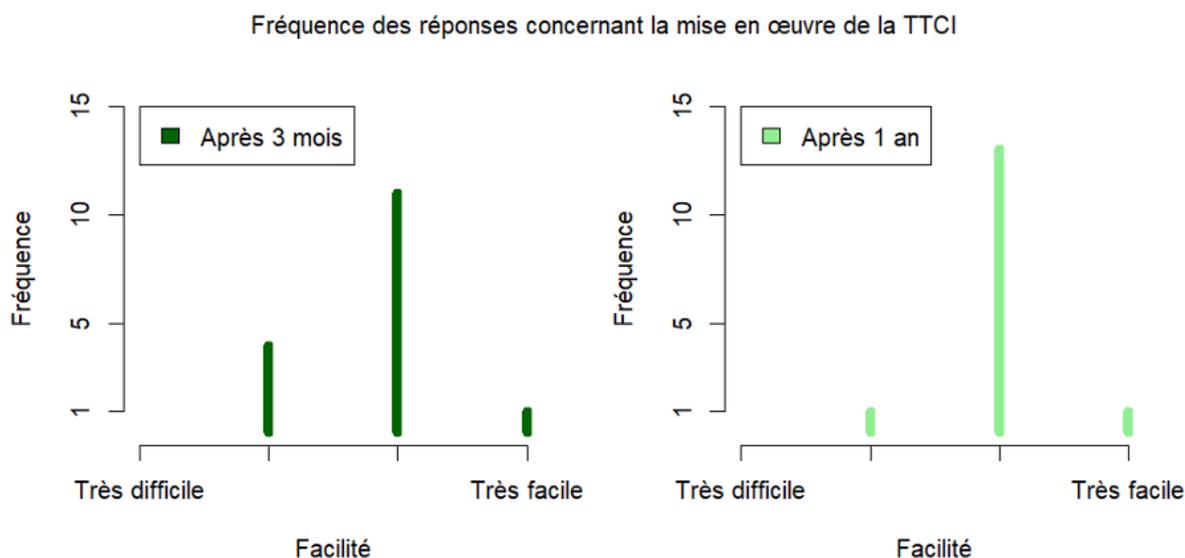


Figure 39. Répartition de fréquence des réponses concernant la mise en œuvre du TCC-i (N_posttest1=33; N_posttest3=16).

f) Mise en œuvre d'interventions thérapeutiques comportementales spécifiques

En plus d'une évaluation des connaissances et des compétences et de l'intention d'appliquer les interventions thérapeutiques comportementales dans la pratique, le post-test 2 (3 mois après la formation) et le post-test 3 (12 mois après la formation) ont examiné comment la mise en œuvre des interventions thérapeutiques comportementales s'est déroulée dans la pratique. Les participants ont indiqué sur une échelle de 1 (très difficile) à 4 (très facile) comment la mise en œuvre s'est déroulée. Il était également possible d'indiquer que l'intervention n'avait pas encore été appliquée dans la pratique.

Le tableau 17 donne un aperçu des scores moyens de maîtrise par intervention à 3 mois et 12 mois et du nombre de fois où l'intervention n'a pas encore été appliquée. Les scores moyens de fluidité à 3 mois se situaient entre plutôt difficile et facile et entre plutôt facile et très facile. À 3 mois, certains participants n'avaient pas encore appliqué les interventions. Deux participants n'avaient encore appliqué aucune intervention. En plus de ces deux participants, 1 personne n'avait pas encore appliqué la restriction de temps au

lit. Une autre personne n'avait pas encore mis la relaxation en pratique. À 12 mois, 1 personne ayant rempli le questionnaire n'avait pas encore appliqué l'intervention de relaxation. Les deux participants qui ont indiqué n'avoir encore appliqué aucune intervention à 3 mois n'ont plus complété le questionnaire à 12 mois. Les scores moyens de maîtrise à 12 mois se situaient entre couramment et très couramment.

Tableau 17. Scores moyens de maîtrise par intervention à 3 mois et 12 mois et nombre de fois où l'intervention n'a pas encore été appliquée.

Interventions de thérapie comportementale	Moyenne 3 mois	Non appliqué	Moyenne 12 mois	Non appliqué
Journal du sommeil	3.06	2	3.19	0
Restriction du temps passé au lit	2,76	3	3	0
Contrôle des stimuli	2,83	2	3.19	0
Relaxation	3.12	3	3.27	1
Techniques cognitives	2,78	2	3.19	0

Evolution du posttest 2 au posttest 3

Le nombre de participants ayant terminé le post-test 2 et le post-test 3 était différent et seul un nombre limité a terminé les deux tests. Un changement possible des scores de maîtrise entre le post-test 1 et le post-test 3 a donc été testé avec un modèle mixte linéaire, dans lequel le test était inclus comme effet fixe et les participants comme effet aléatoire.

Les analyses ont indiqué une différence significative dans les scores de maîtrise entre le deuxième et le troisième post-test ($\beta_{\text{test}} = 1,63$; IC [0,38,2,78] ; $\sqrt{\text{Wald test}} = 2,89$; $p < 0,05$).

La mise en œuvre des interventions thérapeutiques comportementales semble donc se dérouler plus facilement 12 mois après la formation que 3 mois après la formation.

Cependant, il est également possible qu'à 12 mois, seuls les psychologues qui appliquaient facilement les interventions dans la pratique aient rempli le questionnaire.

Deux participants qui ont indiqué qu'ils n'avaient pas encore appliqué les interventions à 3 mois n'ont pas rempli le questionnaire à 12 mois. La prudence quant aux conclusions est donc de mise.

g) Faisabilité des interventions thérapeutiques comportementales

En plus d'évaluer les progrès de la mise en œuvre des interventions thérapeutiques comportementales, 3 mois après la formation (posttest 2) et 12 mois après la formation (posttest 3) il nous a également été demandé d'évaluer la faisabilité des différentes interventions thérapeutiques comportementales. Les participants ont évalué la faisabilité sur une échelle de 1 (non réalisable) à 4 (tout à fait réalisable). En outre, ils pouvaient indiquer s'ils n'avaient pas encore appliqué l'intervention dans la pratique. Le tableau 18 donne un aperçu des scores de faisabilité pour chaque intervention de thérapie comportementale 3 et 12 mois après la formation. Les scores de faisabilité moyens se situent entre plutôt réalisable et tout à fait réalisable. À 12 mois, les scores moyens sont légèrement supérieurs à ceux à 3 mois.

À 3 mois, un participant a indiqué qu'il n'avait pas encore mis en œuvre ces interventions. À 12 mois, aucun participant n'a indiqué qu'il n'avait pas encore mis en œuvre les interventions. Ceci diffère des réponses données pour l'item « Mise en œuvre d'interventions thérapeutiques comportementales spécifiques ». Ici, à 3 mois, plusieurs participants ont indiqué qu'ils n'avaient pas encore appliqué tout ou une partie des interventions et à 12 mois, 1 personne a indiqué qu'elle n'avait pas encore appliqué la restriction de temps au lit. On ne sait pas pourquoi ces différences existent. Il est possible que certains participants aient évalué la faisabilité des interventions sans les avoir mises en œuvre.

Tableau 18. Scores de faisabilité moyens par intervention à 3 mois et 12 mois et nombre de fois où l'intervention n'a pas encore été appliquée.

Interventions de thérapie comportementale	Moyenne 3 mois	Non appliqué	Moyenne 12 mois	Non appliqué
Journal du sommeil	3.25	1	3,69	0
Restriction du temps passé au lit	3.25	1	3.44	0
Contrôle des stimuli	3.2	1	3,63	0
Relaxation	3.25	1	3.5	0
Techniques cognitives	3.25	1	3,63	0

Evolution du posttest 2 au posttest 3

La différence significative dans les scores de faisabilité moyens entre 3 et 12 mois a été testée à l'aide d'un modèle linéaire mixte, dans lequel le test était inclus comme effet fixe et les participants comme effet aléatoire. Le nombre total de participants ayant rempli les questionnaires différait entre les deux propositions de tests et tout le monde n'a pas complété les deux tests.

Les analyses ont indiqué une différence significative dans les scores de faisabilité entre le deuxième et le troisième post-test ($\beta_{\text{test}} = 1,75$; IC [0,35,3,09] ; $\sqrt{\text{Test de Wald}} = 2,75$; $p < 0,05$). Douze mois après la formation, la faisabilité des interventions de thérapie comportementale a donc été estimée supérieure qu'à 3 mois après la formation. Cependant, il est également possible qu'à 12 mois, seuls les psychologues qui appliquent facilement les interventions dans la pratique aient rempli le questionnaire. Il est apparu précédemment que 2 participants qui indiquent ne pas avoir encore appliqué les interventions à 3 mois, ne remplissaient plus le questionnaire à 12 mois. Si seuls les psychologues dont la mise en pratique s'est bien déroulée avaient rempli le questionnaire à 12 mois, cela aurait pu influencer les scores de faisabilité. La prudence quant aux conclusions est donc de mise.

3.3. Nombre de clients atteints

Après trois mois (deuxième post-test) et 12 mois (dernier post-test), il a été demandé aux participants combien de clients avaient suivi un programme TCC-i avec eux. Ces données ont montré que trois mois après la formation, 85 clients avaient suivi un programme TCC-i avec les psychologues qui avaient rempli le questionnaire. Cela signifie qu'en moyenne 4,25 clients par psychologue ont suivi un programme TCC-i. Douze mois après la formation, il s'est avéré que 177 clients suivaient déjà un programme TCC-i. Cela concerne en moyenne 11,06 clients par psychologue ayant complété le questionnaire.

La figure 40 donne un aperçu de la fréquence du nombre de clients ayant reçu le TCC-i. Cela a montré qu'au fil du temps, de plus en plus de psychologues suivaient un programme TCC-i avec de plus en plus de clients. À trois mois, le nombre de clients par psychologue ayant suivi un programme TCC-i était souvent encore inférieur à 10, la majorité même inférieure à 5. À douze mois, un changement était déjà visible, la majorité des psychologues recevant +10 clients d'un programme TCC-i. Ces chiffres sont conformes au nombre moyen de clients par psychologue. La mise en œuvre de la TCC-i est donc répartie entre les différents psychologues. Il n'est donc pas vrai qu'un nombre

limité de psychologues proposent un programme à de nombreux clients tandis que les autres ne proposent pas de programme TCC-i.

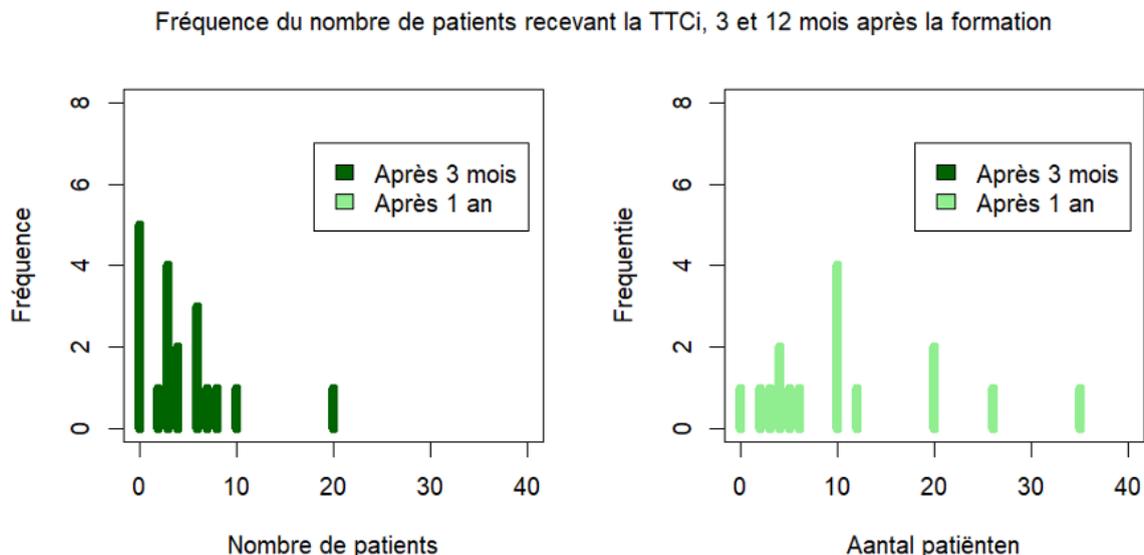


Figure 40. Fréquence du nombre de patients recevant de la TCC-i, 3 et 12 mois après la formation (N_posttest1=33, N_posttest3=16).

L'offre en groupe a également été installée. Douze des personnes interrogées prévoyaient de lancer une offre de groupe. Cinq psychologues/orthopédagogues cliniciens y travaillaient concrètement.

3.4. Conclusion TCCI

Avec la formation TCC-i, nous avons atteint un total de 69 psychologues cliniciens/éducateurs spécialisés. Tous ont reçu une formation à l'approche comportementale de l'insomnie grâce au protocole TCC-i.

La formation des psychologues/orthopédagogues cliniciens en TCC-i a été couronnée de succès. Immédiatement après la formation, les participants ont évalué leurs connaissances générales et leurs compétences concernant l'approche comportementale de l'insomnie à un niveau plus élevé qu'avant la formation. L'utilisation d'un journal du sommeil, la psychoéducation et la collaboration avec d'autres prestataires de soins de santé sont considérées comme importants. La formation a également abouti à une attitude plus positive envers le traitement TCC-i. Cet effet s'est maintenu jusqu'à au moins 12 mois après la formation.

Après la formation, les participants ont évalué leurs propres connaissances et compétences par rapport aux interventions thérapeutiques comportementales spécifiques de la TCC-i (journal du sommeil, contrôle des stimuli, restriction du temps au lit, techniques de relaxation et cognitives) comme étant suffisantes, voire plus que suffisantes. Cet effet a également persisté 12 mois après la formation. Interrogées sur leur intention d'appliquer ces interventions dans la pratique, la majorité des personnes ayant rempli le questionnaire juste après la formation ont indiqué qu'elles « allaient certainement les appliquer ». 12 mois après la formation, il n'y avait pas de changement significatif dans les intentions d'appliquer les interventions dans la pratique par rapport à

3 mois après la formation. Cela suggère que les participants sont restés motivés à continuer d'appliquer et de mettre en pratique ce qu'ils avaient appris au cours de la formation. Il est donc possible qu'il n'y ait pas eu de problèmes majeurs lors de la mise en œuvre pratique qui ont entravé la traduction de la formation dans la pratique.

Ceci est également confirmé lorsque les participants ont été interrogés 3 et 12 mois après la formation sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de ces interventions dans la pratique et la faisabilité des interventions. Après 3 et 12 mois, ils ont évalué la mise en œuvre comme étant facile et les interventions comme réalisables, mais 12 mois après la formation, les scores étaient significativement plus élevés qu'à 3 mois après la formation. Cela suggère que la mise en œuvre est devenue de plus en plus facile et réalisable pour les participants à mesure que les interventions étaient mises en pratique. Ils ont également évalué la mise en œuvre de la TCC-i en général comme étant facile à 3 et 12 mois. Ce n'est que lorsque l'on motive les clients à adopter une approche comportementale de l'insomnie et à éliminer progressivement les somnifères que la mise en œuvre est jugée significativement moins facile 12 mois après la formation que 3 mois après la formation. Les psychologues/orthopédagogues cliniciens peuvent être confrontés aux doutes et aux réserves de leurs patients concernant une approche comportementale de l'insomnie.

Trois mois après la formation, les participants ayant rempli le questionnaire avaient déjà traité un total de 85 patients avec TCC-i. A 12 mois après la formation, ce chiffre était de 177. Cela concerne respectivement une moyenne de 4,25 patients et 11,06 patients par psychologue/orthopédagogue clinicien. La répartition de la fréquence des réponses indiquait que l'augmentation à 12 mois semblait concerner tous les prestataires de soins. L'augmentation n'est donc pas causée par certains psychologues qui ont traité de nombreux patients avec TCC-i. Cela suggère que les patients peuvent consulter différents psychologues cliniciens et orthopédagogues dans des régions éventuellement différentes pour un traitement comportemental de l'insomnie.

Les psychologues/orthopédagogues cliniciens indiquent que la motivation des patients reste un défi majeur ; en particulier avec des changements d'habitudes ou avec des clients qui ne signalent pas spécifiquement des problèmes de sommeil. La réduction des médicaments reste difficile en raison de la résistance des patients, du manque de confiance en soi des prestataires de soins ou de l'opposition des médecins. D'autres obstacles à l'application pratique sont les difficultés liées à l'introduction et au suivi du journal du sommeil. La complexité est également difficile avec la comorbidité (par exemple la dépression, l'autisme, l'épuisement professionnel) et avec des facteurs perturbateurs liés au travail (travail en équipe, stress, etc.).

Il est important de noter que les analyses et les conclusions sont basées sur les données recueillies auprès des participants par le biais d'auto-évaluations. Il n'est donc pas clair si les informations rapportées sont totalement exactes. Des facteurs tels que la désirabilité sociale, la distorsion de la mémoire et l'interprétation subjective peuvent influencer les résultats. Il convient donc de faire preuve de prudence avant de tirer des conclusions définitives. Selon les tests administrés, on a également constaté une diminution du nombre de participants ayant complété le questionnaire. On ne sait pas clairement qui a abandonné et pourquoi. Il n'est donc pas clair si les résultats peuvent être généralisés pour tous les psychologues cliniciens et pour tous les pédagogues cliniciens.

Partie 4. Conclusions et recommandations

Ce rapport décrit un projet de mise en œuvre visant les directives pour le traitement des troubles du sommeil et de l'insomnie en soins de première ligne. Le projet vise à accroître le recours aux interventions comportementales en soins de première ligne et à réduire la prescription de somnifères. Le projet a commencé par l'identification des obstacles à la mise en œuvre. Des actions spécifiques ont été menées pour surmonter ces obstacles, telles que le développement de matériel destiné aux patients, la promotion de l'expertise des prestataires de soins de santé en soins de première ligne et l'augmentation des options d'orientation vers des thérapeutes spécialisés en TCC-i.

4.1. Évaluation du projet

Le projet de mise en œuvre sur la lutte contre les problèmes de sommeil dans les soins de première ligne a conduit à une nette augmentation des connaissances, des compétences et de la motivation des prestataires de soins de santé à appliquer des interventions non pharmacologiques, conformément aux directives en vigueur. Les cours e-learning, de formation professionnelle et spécialisés TCC-i ont été pour la plupart évalués positivement. L'approche comportementale a été perçue comme pertinente et applicable, même si les obstacles pratiques tels que la motivation des patients, le manque de temps et la coopération entre les prestataires de soins restent des points d'attention. Le projet a touché un large groupe de prestataires de soins de santé et a jeté une base solide pour une plus grande durabilité des directives dans la pratique. Cela a conduit à une collaboration entre BASS et VVKP pour organiser une formation annuelle spécialisée en TCC-i.

La limite de ce projet est la courte durée de 2 ans. L'impact de certaines actions ne se manifeste qu'avec le temps. L'offre de formation se fait progressivement connaître et nous recevons régulièrement des questions sur la mise en place de formations de compétences. Un suivi après la formation semble également nécessaire. Certaines lacunes subsistent dans les connaissances et les compétences des prestataires de soins de première ligne ; notamment dans le domaine des entretiens motivationnels et du traitement de cas complexes. D'une certaine manière, notre intervention supervisée a apporté une réponse à cette question, mais cette offre a en réalité été sous-utilisée.

Les superviseurs étaient en sous-effectifs. Seuls 7 encadrants néerlandophones et 7 encadrants francophones ont effectivement assuré la formation. Il n'a pas été facile de convaincre nos superviseurs de s'engager afin de dispenser une formation.

Rétrospectivement, leur participation au projet était sans engagement et nous aurions

mieux travaillé avec une déclaration d'engagement.

4.2. Durabilité des réalisations

Plusieurs réalisations du rapport peuvent être pérennisées efficacement et garantir la pérennité des connaissances et de l'expertise. Voici un aperçu des réalisations durables les plus importantes :

1. **Développement et diffusion de matériel destiné aux patients.** Des supports tels que le journal du sommeil, la prescription de sommeil avec conseils comportementaux et psychoéducation ont été distribués par les associations professionnelles (Domus Medica, SSMG, VVP, VVKP, UPPCF, APB et Axxon) et restent disponibles via des plateformes telles que:
 - Le site Web d'Evikey
 - <https://www.usagepsychotropes.be/>
 - Web de VIVEL
 - les sites Web du projet [Slaap Wel](#) et [Dors Bien](#).
 - i. <https://vvkp.be/dossiers/projet-slaap> (NL)
 - ii. <https://vvkp.be/dossiers/projet-de-sommeil> (FR)

Le guide du sommeil, sous forme de livret détachable, a également été imprimé et distribué, augmentant ainsi les chances de l'utiliser régulièrement. Des exemplaires supplémentaires peuvent être commandés auprès de VVKP.

2. **Développement de ressources d'apprentissage numériques** Des formations en ligne telles que « Entretien Motivationnel » et « Premiers secours en cas de troubles du sommeil » sont disponibles en permanence sur la plateforme d'apprentissage PSYNET. Ces formations en ligne comprennent non seulement des cours théoriques, mais aussi des vidéos de démonstration, des auto-évaluations et des outils pratiques. Elles ont été rendues accessibles à un public plus large, indépendamment du programme de formation complet.
 - <https://psynet.thehuddle.nl/resources/eerste-hulp-bij-slaapproblemen> (NL)
 - <https://psynet.thehuddle.nl/resources/premiers-secours-en-cas-de-problemes-de-sommeil> (FR)
 - <https://psynet.thehuddle.nl/resources/motiverende-gespreksvoering> (NL)
 - <https://psynet.thehuddle.nl/resources/entretien-motivationnel> (FR)

Ce matériel sert également de référence pour la formation des participants afin que les prestataires de soins puissent continuer à le consulter même après la fin du projet.

3. **Structure de formation des formateurs et réseau de superviseurs.** Un réseau de superviseurs formés a été mis en place, soutenu par un répertoire numérique de formateurs via PSYNET. Les formateurs peuvent continuer à dispenser des formations de

manière autonome, même au sein de leur propre organisation ou région, éventuellement dans le cadre de l'article 8 de la Convention PPL.

Les supports de formation (p. ex., présentations PowerPoint, organigrammes et dossiers de formation) restent disponibles sur les plateformes en ligne. Le contenu a été standardisé et illustré, facilitant ainsi sa réutilisation.

La simple distribution d'une présentation PowerPoint aux établissements de formation ne semble pas suffisante pour assurer la formation. Cependant, une option consiste à distribuer la présentation PowerPoint aux professionnels de santé ayant suivi la formation et souhaitant la partager au sein de leurs équipes. Cela facilite la diffusion entre pairs.

- <https://www.dropbox.com/scl/fi/wvc8cgvp4fty1fhafbaq8r/Vaardigheidstraining.pptx?rlkey=mlbi8ib1bfixv16z7zry37g8a&dl=0> (NL)
- <https://www.dropbox.com/scl/fi/lu9i4sg1uvol7hfyqn709/Vaardigheidstraining-FR.pptx?rlkey=2zhdpslx667fz12flectlhycu&dl=0> (FR)
- <https://www.dropbox.com/scl/fi/e4odraaip5ff6e00ol2h2/Vaardigheidstraining-light.pptx?rlkey=6k7lcpcl4ncgnt4mwmk90oge&dl=0> (NL léger)
- <https://www.dropbox.com/scl/fi/9950ehlca0xcrgqg2rz6o/Vaardigheidstraining-light-FR.pptx?rlkey=de6mige03xginaxsyeh04hyg8&dl=0> (Feu FR)

4. **Liste de référence de psychologues spécialisés dans le sommeil.** Cette liste de référence (publiée sur les sites web de Slaap Wel et Dors Bien) est tenue à jour et inclut les psychologues cliniciens formés à la TCC-i dans le cadre de ce projet et d'autres programmes tels que BASS et ULB. Elle constitue une ressource permanente pour les prestataires de soins primaires souhaitant orienter des patients.

- [Slaappychologen](#) (NL)
- [Psychologues de sommeil](#) (FR)

5. **Ancrage dans les réseaux et les organisations professionnelles.** Le projet a été mis en œuvre en collaboration avec les zones de soins primaires, les réseaux de santé mentale et les associations professionnelles. Sa promotion a été assurée par de nombreux canaux (magazines, réseaux sociaux, journées de formation), garantissant une large diffusion et une intégration dans les structures existantes. Conclusion La combinaison d'outils numériques accessibles, de structures de formation des formateurs, de supports publics destinés aux patients et de la collaboration avec les réseaux existants renforce considérablement la durabilité. Une intégration plus poussée nécessite désormais une maintenance (par exemple, la mise à jour du contenu) et l'encouragement d'une mise en œuvre locale.

Enfin, nous avons également été confrontés à la complexité des données de recherche. Cela n'a pas seulement ralenti la collecte et le traitement des données. Il n'était pas non plus toujours possible d'extraire toutes les données souhaitées de nos ensembles de données. Il existe toujours une tension entre la préservation de l'anonymat des répondants et la collecte d'autant de données pertinentes que possible.

4.3. Recommandations pour améliorer la prise en charge des troubles du sommeil en soins primaires.

De plus, en partie avec la contribution des 2 groupes de réflexion, nous aimerions formuler quelques recommandations pour améliorer l'approche des troubles du sommeil en soins de première ligne.

1. **Renforcer le lien avec les établissements de formation.** Utilisez les établissements de formation comme lien pour atteindre, former et enthousiasmer les prestataires de soins de santé pour les interventions comportementales en matière de sommeil.
2. **Investir dans l'éducation et la formation.** Créer une gamme de programmes de formation axés sur la pratique et multidisciplinaires compte tenu de leur effet prouvé sur les connaissances, la motivation et l'applicabilité. Par souci d'efficacité, un processus d'apprentissage mixte peut être choisi dans lequel des modules en ligne sont suivis en préparation à des sessions physiques et interactives. Il existe également une forte demande pour davantage d'opportunités de pratique et d'approfondissement. C'est pourquoi nous recommandons d'intégrer la formation à l'entretien motivationnel dans la formation de base et la formation continue :
3. **Fournir un soutien structurel après la formation.** Assurer le suivi et l'ancrage pratique. Des exemples intéressants tirés des groupes de réflexion sont des moments d'intervision continus et accessibles, une ligne d'assistance téléphonique centrale ou une plateforme numérique de consultation de cas.
4. **Renforcer et rembourser le rôle des prestataires de soins de première ligne.** En d'autres termes, continuer à investir dans la formation aux interventions non pharmacologiques pour tous les acteurs de première ligne. Assurer également une compensation pour les consultations sur le sommeil pour les pharmaciens, les assistants médicaux et autres prestataires de soins de première ligne qui jouent un rôle actif dans l'éducation et les interventions comportementales. Prévoir un numéro de nomenclature adaptée aux médecins généralistes pour les consultations psychosociales concernant les troubles du sommeil qui nécessitent plus de temps qu'une consultation régulière.
5. **Réduire les obstacles dans la pratique.** Prendre en compte la charge de travail élevée dans les soins de première ligne, en particulier chez les médecins

généralistes, et prévoir du temps et des ressources d'une compensation pour la mise en œuvre d'interventions comportementales. Soutenez également la motivation des patients grâce à des supports de communication ciblés et à des

outils d'auto-assistance concernant la restriction du temps passé au lit et l'élimination progressive des somnifères.

6. **Encourager la collaboration multidisciplinaire.** Investir dans des structures de concertation locales regroupant médecins généralistes, psychologues, pharmaciens et kinésithérapeutes sur les soins du sommeil. Une formation continue interdisciplinaire peut également être utile à cet égard : les prestataires de soins apprennent à mieux connaître le rôle, l'expertise et les possibilités de référence de chacun.
7. **Améliorer l'accès aux soins spécialisés du sommeil.** Augmenter le nombre de thérapeutes TCC-i formés (y compris des non-psychologues tels que des infirmières praticiennes ou des travailleurs sociaux) grâce à des cours de formation subventionnés. Rassemblez tous les prestataires de soins disponibles et leurs temps d'attente dans des listes de référence accessibles. Enfin, travaillez sur l'abordabilité de la TCC-i : après tout, les soins non conventionnels sont souvent trop chers pour le patient.
8. **Sensibiliser les prestataires de soins et les citoyens.** Lancer une vaste campagne de sensibilisation sur l'importance d'un sommeil sain et les risques des somnifères à long terme. Par ailleurs, briser le tabou sur l'aide psychologique en présentant les troubles du sommeil comme un problème de santé pour lequel l'aide comportementale a prouvé son efficacité.

Ces recommandations visent à ancrer structurellement la mise en œuvre d'interventions non pharmacologiques pour les troubles du sommeil en soins de première ligne, par la formation, les systèmes de remboursement, la coopération et la sensibilisation. Ils constituent une étape nécessaire vers des soins du sommeil durables et axés sur le patient.

Partie 5. Références

<https://cfirguide.org/evaluation-design/implementation-outcomes/>

Cloetens, H., e. un. (2018). Approche des troubles du sommeil et de l'insomnie en soins primaires. MONDE ;

Miller, W. et Rollnick, S. (2014). Entretien motivationnel. Aider les gens à changer.

Thompson, B., Luoma, J., Terry, C., LeJeune, J., Guinther, P. et Robb, H. (2015). Créer un groupe de consultation sur la thérapie d'acceptation et d'engagement dirigé par les pairs : le modèle de Portland. Journal de science comportementale contextuelle.

Troxel, W. et Buysse, D. (2012). Prise en charge clinique de l'insomnie avec traitement comportemental bref (BBTI). Médecine comportementale du sommeil, 10(4), 266-279.

van Straten, A., Van der Zweerde, T., Verbeek, I et Lancee, J. (2023). Rue endormie. Évaluation d'un programme de soins du sommeil en médecine générale. Journal de thérapie comportementale, 56, 2, 120-137.

Verbeke, G. et G. Molenberghs. 2000. Modèles mixtes linéaires pour les données longitudinales. New York : Springer.

Partie 6. Annexes

Annexe 1 : résultats de l'analyse des besoins

Annexe 2 : documents destinés aux patients

Annexe 3 : dépliant de formation qualifiante

Annexe 4 : dossier du formateur pour les encadrants

Annexe 5 : PowerPoint de formation professionnelle

Annexe 6 : Ouvrage de référence TCC-i

Annexe 7 : Programme de groupe TCC-i

Annexe 8 : mesures d'évaluation

Annexe 1

Résultats de l'analyse des besoins

NL :

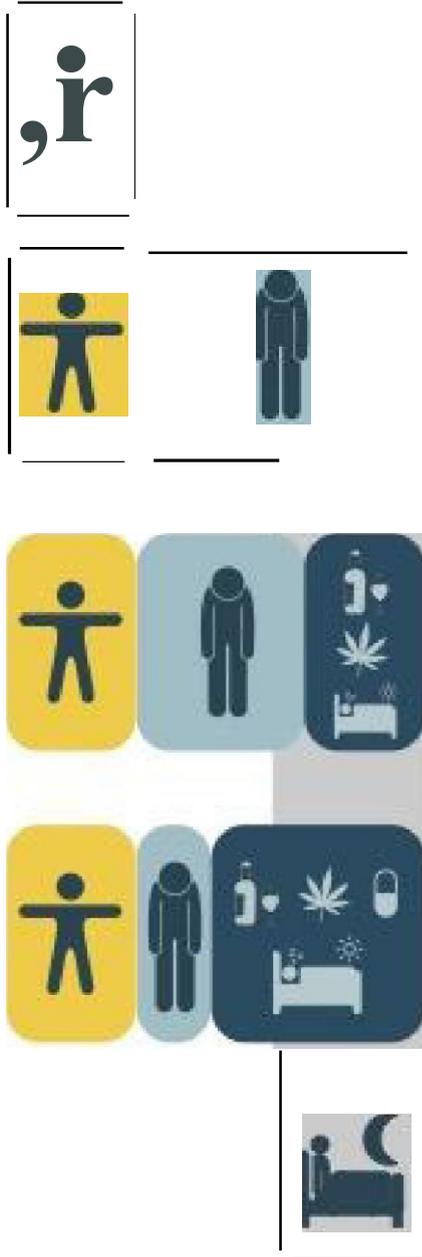
<https://drive.google.com/file/d/1PrkMQ8fyQas8bTslNndVOh1ssj8UK38Z/view?usp=sharing>

FR :

https://drive.google.com/open?id=1Pw8B0Yodw94a7tdY8lSiQGZ6NcDzMiQQ&usp=drive_fs

Annexe 2

la rue du sommeil



VOICI COMMENT SE PRODUIT L'INSOMNIE

PHASE 1

Vous êtes quelqu'un qui a des problèmes de sommeil parce que vous êtes stressé.

PHASE 2

Vous vivez quelque chose qui empêche de dormir.

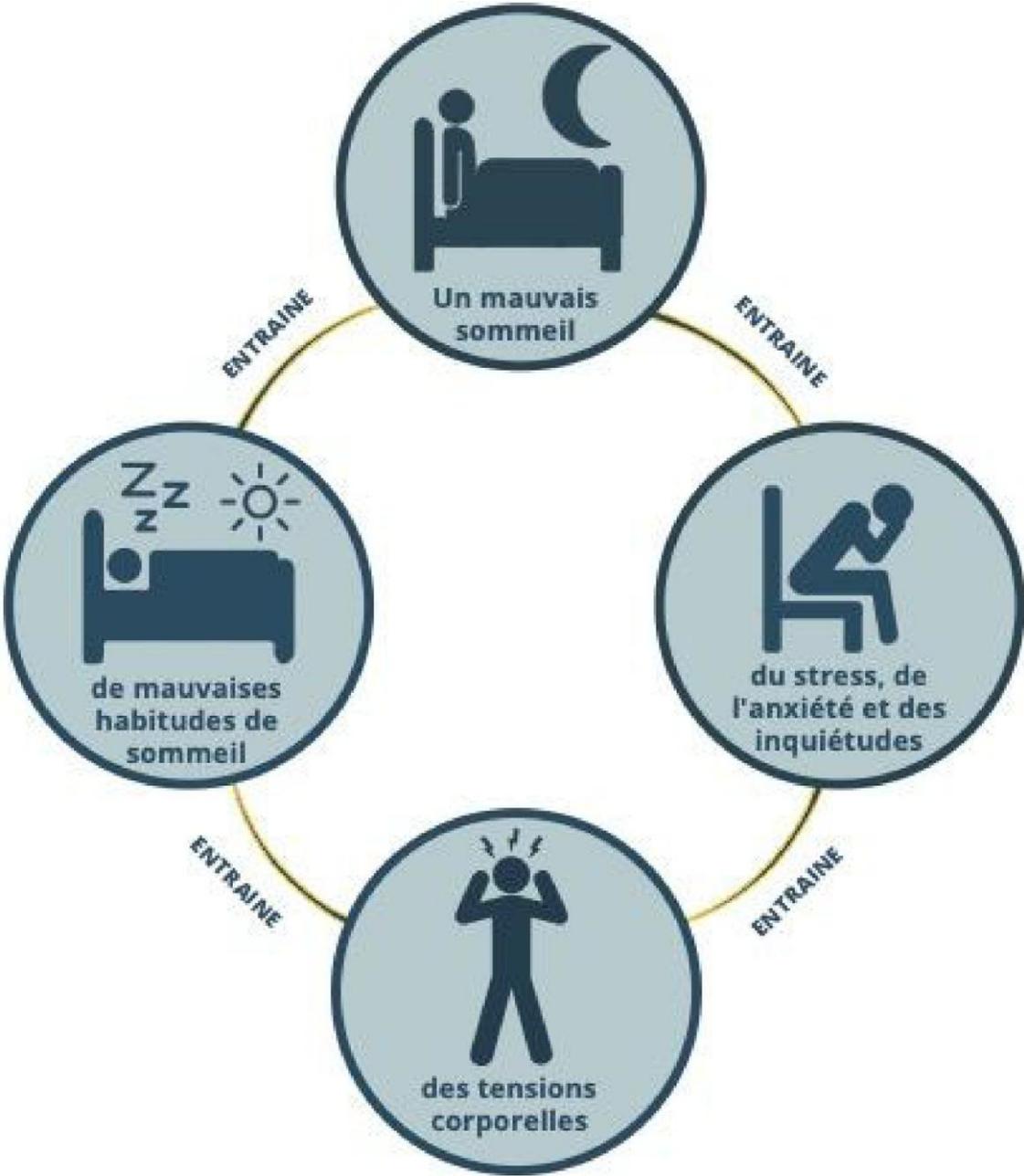
PHASE 3

Vous essayez de résoudre vos problèmes de sommeil.

PHASE 4

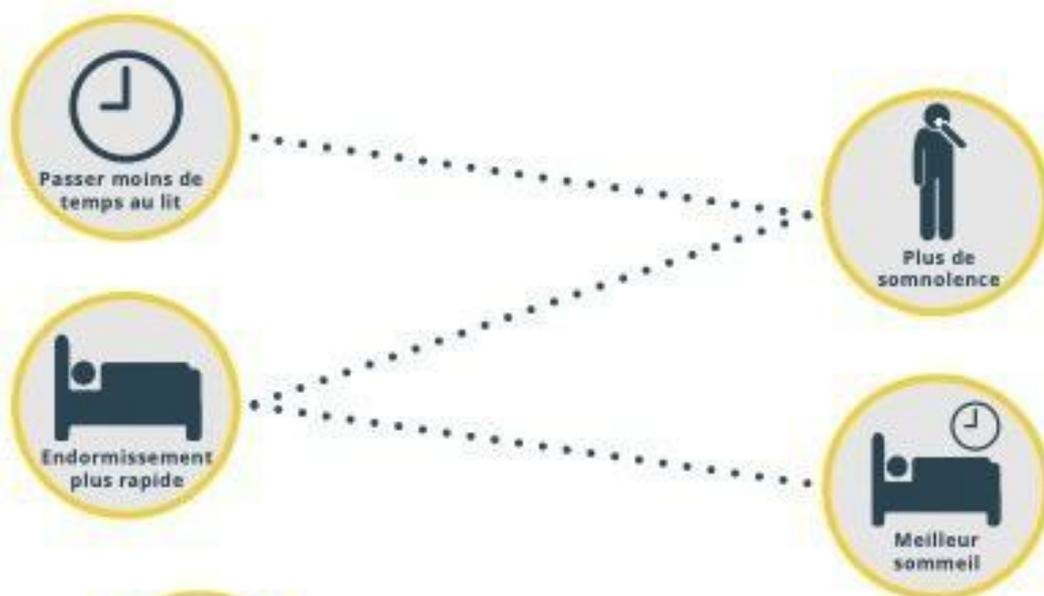
L'impact de l'insomnie est de plus en plus important. Vous avez besoin d'un traitement.

-  = Prédiposition
-  = Événement déclencheur, tel qu'un événement de vie ou une fête
-  = Le fait de rester au lit longtemps et d'importants efforts pour dormir
-  = Problème de sommeil



la rue du sommeil

MOINS DE TEMPS AU LIT



Êtes-vous du matin ou du soir?



Décider de l'heure à laquelle vous vous couchez et à laquelle vous vous levez.



Prévoyez quelque chose d'amusant à faire lorsque vous vous couchez plus tard ou que vous vous levez plus tôt.

1G med ,om **meil** U UT, ENSEZ AU s-OMMEII



Levez-vous si vous n'arrivez pas à dormir. Ne touchez pas votre téléphone ni votre ordinateur.



Essayez de vous rendormir après 15 minutes.



Utiliser le Ut uniquement pour dormir ou pour faire l'amour.



Ne faites pas de sieste pendant la journée.



Régler le réveil à une heure fixe matin tous les jours.

Prescription de Sommeil



Remplissez dans les cases ci-dessous ce que vous allez faire concrètement

Heure du lever _____

Heure du coucher _____

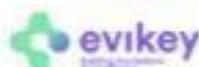
Activités avant le coucher _____

Activités pendant la nuit quand vous n'arrivez pas à dormir _____

Heure et dosage des médicaments _____

Remarques _____

© 2022 Université de Bourgogne, www.univ-bourgogne.fr



Problème de
sommeil

Qu'est-ce que
vous pouvez faire ?



Régulez le rythme veille/sommeil : couchez-vous tard et levez-vous à l'heure

Ne dormez pas pendant la journée

Pas de « surveillance de l'heure »

Levez-vous si vous êtes stressé : couchez-vous que lorsque vous êtes fatigué

Faites régulièrement de l'exercice l'avant-soir

Décompressez avant d'aller au lit : ne travaillez pas trop longtemps et faites quelque chose de relaxant

Maintenez une bonne hygiène du sommeil : évitez la caféine, l'alcool, les repas copieux, le bruit et la température ambiante trop chaude ou trop froide

Quand vous vous levez, ouvrez les rideaux ou allumez la lumière

Ne vous énermez pas si vous ne dormez pas

Accepter de ne pas dormir. N'essayez pas
« plus fort »



FORMATION professionnelle

GRATUIT

2024

- **Une alternative aux somnifères?**
C'est possible!

Prenez part à une approche non médicamenteuse des troubles de sommeil.

Découvrez-en plus sur l'approche comportementale:

- **E-learning** sur l'entretien motivationnel et les premières aides en cas de troubles du sommeil
- Formation en **présentiel** de 2 x 3 heures
- **Intervision supervisée** en ligne pour les cas
- Demande d'accréditation

r;;J?? **Pour qui?** Médecins généralistes,
 kinesithérapeutes, pharmaciens, infirmières
et psychologues en soins primaires.



VLAAMSE VERENIGING VAN
Klinisch Psychologen



formation sur la prise en charge non pharmacologique de l'insomnie

Pour les medeciins generalistes, les pharmaciens, les kinesitherapeutes, les infirmier(ere)s et les autres intervenants de premiere ligne

Etape 1 : Developpez vos connaissances

- E-learning 'L'Art de Motiver S'apprend' et/ou
- E-learning 'Premiers Solutions lors de Problemes de Sommeil'

Crez un compte gratuit !
<https://p.r.ynet.thehuddle.nl>

Etape 2: Approfondissez vos competences
avec une formation en ligne

La participation est gratuite, mais l'inscription est obligatoire:



Etape 2: Approfondissez vos competences
avec une formation en presentiel

La participation est gratuite, mais si inscrire est obligatoire:



Etape 3: Possibilite d'interventions supervisees en ligne pour les etude de cas (optionelle, plus d'infos lors de la formation)

Accreditation pour les Medecins, Afresitherapeutes et les psychologues
Avec le somnologue

SCAJN ME!



III
:a:l
□
g
N
□
2
:.
□
u
□
-
□
C



Formation professionnelle

Gratuite



26 Nov 2024

18h- 21h
Saint-Luc Bouge (salle 4),
Rue Saint-Luc B & Namur



Dernuvrez-en plus sur l'approche comportementale:

- E-le.amirig sur l'entretien motL Vatiio l lne, et les premieres aides en cas de troubles du sommeif
- Fonnation en presentiel de 3 hemes
- Intervision sup □rvisee en lignle pour les cas
- Dema nde dra ccred!itatloo

Pour qui?

Mededns genera listes, phaml aciens, kin:esithera peutes, infirmliere:set psychologues en soins primaires



VLAAMSE VERENIGING VAN
Klinisch Psychologe

Cliniqiff S " L.u □



Annexe 4

Formation de compétences (2 x 3 heures)

Objectifs d'apprentissage

La formation pratique fait partie d'un programme de formation comprenant un cours e-learning sur l'entretien motivationnel et les premiers secours en cas de problèmes de sommeil, une formation de compétences (2 x 3 heures) et 4 interventions supervisées (2 heures en ligne).

Groupe cible : médecins généralistes et autres prestataires de soin de première ligne (pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmières à domicile, etc.)

Objectif général : les participants peuvent appliquer des interventions comportementales de faible intensité aux patients souffrant d'insomnie (les interventions comportementales vont au-delà de simplement donner des conseils sur le sommeil).

Sous-objectifs :

- Les participants comprennent la physiologie normale du sommeil.
- Les participants comprennent les mécanismes sous-jacents aux troubles du sommeil.
- Les participants peuvent indiquer quand une approche comportementale est appropriée pour les plaintes et les problèmes de sommeil.
- Les participants peuvent motiver les patients à adopter une approche comportementale face aux plaintes et aux problèmes de sommeil.
- Les participants peuvent appliquer des interventions comportementales (de faible intensité) pour l'insomnie (journal du sommeil, psychoéducation, restriction du temps passé au lit et contrôle des stimuli).
- Les participants peuvent motiver les patients à réduire leurs somnifères.

Partie 1 : Indications

Présentation et introduction

- Présentation du formateur et des participants (10 min)
- Présentation du projet (5 min) : ne pas oublier de souligner l'importance de l'étude évaluative.

Théorie

Enseignement ou quiz : brief rappel de la théorie du e-learning Premiers Secours (15 min). Même si les participants ont essentiellement suivi le e-learning, il est important de revoir le cadre théorique. La motivation et l'adhésion des patients à une approche non médicamenteuse dépendent d'une bonne explication des interventions comportementales. Cela nécessite une bonne compréhension de la part du prestataire de soins.

- Sommeil et physiologie du sommeil : comment fonctionne le moteur du sommeil ?
- Troubles du sommeil : qu'est-ce qui ne va pas ? Quelles pièces du moteur fonctionnent mal ?
- Quand parle-t-on d'insomnie ?
- Le modèle de Morin : qu'est-ce qui fait que les gens continuent à mal dormir?
- Comment les interventions comportementales neutralisent-elles avec les facteurs de maintien ?

Evaluation

Éducation : Indication (15 min). Mettez l'accent sur l'importance d'un bon diagnostic différentiel et passez en revue les outils de diagnostic; Pour rendre cette partie plus interactive, vous pouvez par exemple demander aux participants de compléter le DBAS.

- Entretien sur le sommeil
- Questionnaires (PSQ, ISI, ESS, STOP-BANG et éventuellement DBAS)
- Journal du sommeil
- Actigraphie (CAVE : faible fiabilité)
- Polysomnographie

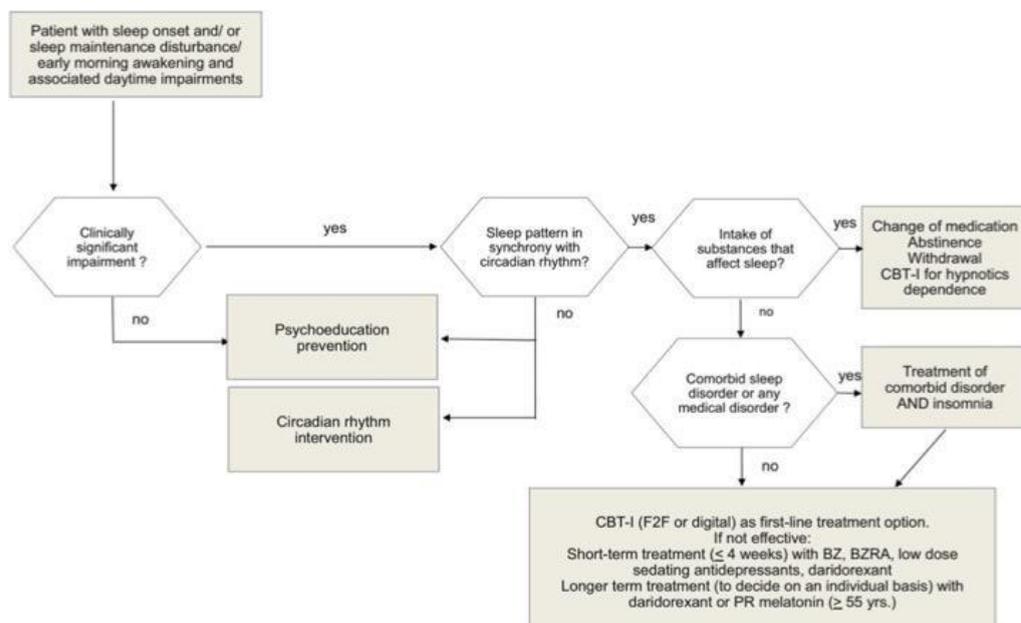
Démonstration du journal du sommeil (5 min) : Montrez comment donner des instructions pour surveiller le sommeil à l'aide d'un journal du sommeil.

Exercice sur le journal du sommeil (10 min) : demander aux participants de calculer et d'interpréter les paramètres du sommeil d'un journal du sommeil « brut » : il peut s'agir de

leur propre journal du sommeil ou d'un journal du sommeil de patients fictifs (cf. fiches de travail).

- SOL : Latence d'endormissement: le temps pour s'endormir (< 30 min)
- SPT : Période de sommeil : le temps depuis la latence d'endormissement jusqu'au réveil
- WASO : Temps éveillé la nuit depuis la latence d'endormissement jusqu'au réveil du matin
- EMA : Temps éveillé du matin jusqu'au moment de se lever
- TWT : Temps d'éveil total : SOL + WASO + EMA (< 60 min)
- TIB : Temps passée au lit de l'endormissement au lever
- TST : Temps total de sommeil : TIB - TWT
- SE : Efficacité du sommeil : (TST/TIB) x 100

Discussion en groupe (10 min) : réfléchissez aux conseils en matière de sommeil qui peuvent être donnés en fonction du journal du sommeil ; présentez également le diagramme de flux pour les troubles du sommeil.



Études de cas

En petits groupes, les participants reçoivent 3 études de cas (30 minutes par cas) ; ils sont chargés de formuler des hypothèses concernant le diagnostic et le traitement pour chaque cas.

- Cas Kathy : SAOS (syndrome d'apnées du sommeil)
- Cas Bea : trouble du rythme circadien
- Le cas de Sonia : l'insomnie

Conclusion en grand groupe (5 min) : soulignez ici que les troubles du sommeil sont souvent complexes et que la comorbidité est plus la règle que l'exception ; dans ce sens, une approche multidisciplinaire est recommandée.

Partie 2 : Traitement

Introduction

Répétez brièvement le diagramme de flux pour l'approche des troubles du sommeil et vérifiez s'il y a des questions concernant l'évaluation (5 minutes).

Motiver pour une approche comportementale

La motivation et l'adhésion thérapeutique des patients pour une approche comportementale dépendent d'une explication adéquate. La restriction du temps passé au lit semble très paradoxale pour quelqu'un qui dort mal. Il est donc important que le patient comprenne bien le mécanisme efficace de cette intervention.

Exercice (5 min) : réfléchissez en groupe aux éléments qu'il est important d'inclure dans une explication pour une approche comportementale des problèmes de sommeil ; Une méthode alternative consiste à demander à chaque participant de réaliser l'exercice individuellement (sur un post-it) et à extraire les éléments communs en groupe.

Démonstration: donner une explication (10 min) : montrez comment donner une psychoéducation sur la régulation de notre sommeil et quels sont les facteurs qui régulent ou nuisent à notre régulation du sommeil. Utilisez les directives de l'entretien motivationnel :

- Prenez votre temps mais établissez également des priorités
- Utiliser le langage et les exemples du patient

- Adaptez l'information aux besoins du patient (cf. [méthode demander-fournir-demander ou D-F-D](#))
- Fournissez également des informations positives
- Vérifiez comment l'information a été reçue

Jeu de rôle (20 min) : laissez les participants pratiquer donner une explication en binôme. Donnez le conseil de ne pas commencer par les soi-disant "patients difficiles" : c'est une situation de formation: on n'apprend pas non plus à nager dans une mer agitée.

Discussion en groupe (15 min) : demandez comment s'est déroulé le jeu de rôle et cherchez ensemble des solutions pour surmonter d'éventuels obstacles dans la pratique (par exemple « Je n'ai que 10 minutes pour une consultation »).

Interventions comportementales de court durée pour l'insomnie

Éducation: interventions comportementales brèves (10 min) : discuter des quatre étapes pour améliorer le sommeil à partir d'un cas fictif ; à chaque étape, faites le lien avec le cadre théorique de l'e-learning.

- Réduire le temps au lit : TST + 30 min (avec un minimum de 6 heures). Dans le cadre du BBTI (Brief Behavioral Treatment for Insomnia), un minimum de 6 heures est utilisé ; tandis qu'en TCC-i, un minimum de 5 heures est utilisé. Si vous fixez un minimum de 5 heures, il est recommandé d'autoriser des siestes de sécurité pendant la journée.
- Se lever toujours à la même heure, quelle que soit la qualité du sommeil la veille.
- Ne vous couchez pas à moins d'être somnolent (la somnolence n'est pas la même chose que la fatigue)
- Ne restez pas au lit si vous êtes éveillé pendant plus de 30 minutes.

Démonstration de prescription de sommeil (10 min) : montrez comment intégrer ces quatre étapes pour améliorer le sommeil dans une conversation ; Cette conversation aboutit à une prescription de sommeil composée des éléments suivants :

- Heure du coucher et du lever
- Activités avant le coucher
- Activités pendant la nuit quand on ne peut pas dormir
- (Heure et dosage des médicaments)
- Rendez-vous pour une réunion de suivi

Jeu de rôle sur la prescription du sommeil (20 min) : laissez les participants pratiquer la rédaction d'une prescription de sommeil en binôme ; ils peuvent utiliser le cas fictif ou un cas de leur pratique.

Éducation : conversation de suivi (5 min) : discutez des ingrédients de la conversation de suivi : journal du sommeil, renforcement de l'adhésion thérapeutique et l'ajustement de la prescription de sommeil.

Conversation de suivi du carrousel (40 min) : sélectionner d'abord 4 participants qui veulent jouer le rôle de patients et divisez ensuite le reste du groupe en 4 sous-groupes : ils jouent ensemble le rôle de prestataires de soins et reçoivent successivement 1 des patients suivants ; après de 7 minutes, le patient passe au groupe suivant afin que chaque équipe de soins ait pratiqué avec chaque patient :

- Patient où l'intervention a été très efficace
- Patient qui n'a pas osé appliquer l'intervention car il avait peur de ne pas pouvoir fonctionner pendant la journée
- Patient qui a effectivement exécuté l'intervention mais attribue l'effet à ses somnifères
- Patient qui a effectivement exécuté l'intervention mais déclare d'avoir été éveillé toute la nuit.

Post-discussion en grand groupe : conversation de suivi (15 min) : laissez d'abord parler les patients et demandez-leur quelles interventions ont favorisé la motivation et lesquelles ne l'ont pas fait ; Ensuite, les prestataires de soins peuvent poser des questions.

Réduire progressivement les somnifères

Éducation (5 min) : discutez de l'importance de suivre le rythme du patient et orienter les personnes intéressées vers des projets pertinents si elles souhaitent plus d'informations à ce sujet (cf. informations générales dans ce manuel de formation).

Conclusion

Encouragez les participants à mettre en pratique ce qu'ils ont appris lors de la formation professionnelle : la pratique engendra la maîtrise. Invitez-les à participer l'intervention supervisée et soulignez l'importance de leur coopération à l'étude d'évaluation.

Formation de compétences light (1 x 3 heures)

Objectifs d'apprentissage

La formation de compétence light est une version abrégée de la formation initial : elle se compose d'un cours e-learning sur l'entretien motivationnel et les premiers secours en cas de problèmes de sommeil, une formation (en ligne) de 3 heures et des interventions (en ligne) supervisées (2 heures). Afin de répondre aux questions sur l'e-learning, nous organiserons des sessions de questions-réponses (en ligne) via la VVKP pour que la formation puisse être utilisée au maximum pour apprendre à appliquer le cadre théorique.

Groupe cible : médecins généralistes et autres prestataires de soins de première ligne (pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmières à domicile, etc.)

Objectif général d'apprentissage : les participants peuvent appliquer des interventions comportementales de faible intensité aux patients souffrant d'insomnie (où les interventions comportementales vont au-delà de la simple fourniture de conseils sur le sommeil).

Sous-objectifs :

- Les participants ont une compréhension de la physiologie normale du sommeil.
- Les participants comprennent les mécanismes sous-jacents aux troubles du sommeil.
- Les participants savent quand une approche comportementale est appropriée pour les plaintes et les problèmes de sommeil.
- Les participants peuvent motiver les patients à adopter une approche comportementale pour plaintes et problèmes de sommeil.
- Les participants peuvent appliquer des interventions comportementales (de faible intensité) pour l'insomnie (journal du sommeil, psychoéducation, restriction du temps passé au lit et contrôle des stimuli).
- Les participants peuvent motiver les patients à réduire leur consommation des somnifères.

Contenu et méthodes

Déclaration du problème

- Les problèmes de sommeil ne sont pas seulement ennuyeux : impact de l'insomnie sur la santé physique et mentale (5 min)
- Illustrez l'approche non médicamenteuse des problèmes de sommeil à l'aide du cas de Myriam : une femme de 65 ans qui souffre de troubles du sommeil depuis toujours ; elle prend Stilnoct depuis des années, mais ses symptômes se sont récemment aggravés (depuis que son mari a été diagnostiqué avec un carcinome hépatique).

Évaluation

Éducation: indication (15 min). Soulignez l'importance d'un bon diagnostic différentiel (OSAS, jambes sans repos, troubles du rythme circadien, dépression, etc.) et discuter des outils diagnostiques :

- Entretien de sommeil : quelles questions poser ?
- Questionnaires (PSQ, ISI, ESS, STOP-BANG et DBAS)
- Instructions du journal du sommeil

Exercice du journal du sommeil (20 min) : demandez aux participants de calculer les paramètres de sommeil du journal de Myriam et de tirer des conclusions pour l'approche future:

- SOL : Latence d'endormissement: le temps pour s'endormir (< 30 min)
- SPT : Période de sommeil : le temps depuis la latence d'endormissement jusqu'au réveil
- WASO : Temps éveillé la nuit depuis l'endormissement jusqu'au réveil matinal
- EMA : Temps d'éveil depuis le réveil matinal jusqu'au lever
- TWT : Temps d'éveil total : SOL + WASO + EMA (< 60 min)
- TIB : Temps passée au lit de l'endormissement au lever
- TST : Temps total de sommeil : TIB - TWT
- SE : Efficacité du sommeil : $(TST/TIB) \times 100$

Note: Deux semaines avant la formation, les participants reçoivent l'instruction de tenir eux-mêmes un journal du sommeil ; vous pouvez leur demander d'interpréter également leur propre journal du sommeil.

Motiver pour une approche comportementale

La motivation et l'adhésion au traitement des patients pour une approche comportementale dépendent de la fourniture d'une bonne justification. La restriction du temps passé au lit semble très paradoxale pour quelqu'un qui dort mal. Il est donc important que le patient comprenne bien le mécanisme de cette intervention.

Démonstration : donner une justification (10 min) : démontrez comment vous donneriez une psychoéducation à Myriam sur la façon dont notre sommeil est régulé ; et quels facteurs régulent ou nuisent à la régulation du sommeil. Tenez compte des directives de l'entretien de motivation :

- Prenez votre temps mais fixez également des priorités
- Utiliser le langage et les exemples du patient
- Adapter les informations aux besoins du patient (cf. [méthode demander-fournir-demander ou D-F-D](#))
- Fournissez également des informations positives
- Vérifiez comment l'information a été reçue

Break-out rooms (10 min) : demandez aux participants de pratiquer la fourniture d'une justification pour un cas de leur pratique en binômes. Donnez le conseil de ne pas commencer avec les patients difficiles: c'est une situation d'exercice, on n'apprend pas à nager dans une mer agitée.

Discussion en groupe (10 min) : demandez comment s'est déroulé le jeu de rôle et cherchez ensemble des solutions pour surmonter d'éventuels obstacles dans la pratique (par exemple « Je n'ai que 10 minutes pour une consultation »).

Interventions comportementales à court terme pour l'insomnie

Éducation: interventions comportementales à court terme (10 min) : discuter des quatre étapes pour améliorer le sommeil selon le cas Myriam ; faire le lien avec le cadre théorique du e-learning à chaque étape.

- Réduire le temps passé au lit : TST + 30 min (avec un minimum de 6 heures). Dans le cadre du BBTI (Brief Behavioral Treatment for Insomnia), un minimum de 6 heures est utilisé ; tandis qu'en TCC-i, un minimum de 5 heures est utilisé. Si vous fixez un minimum de 5 heures, il est recommandé de permettre des siestes de sécurité pendant la journée.
- Se lever à la même heure chaque jour - quelle soit la qualité du sommeil de la nuit précédente.

- Ne pas se coucher à moins d'être somnolent (la somnolence n'est pas la même chose que la fatigue)
- Ne restez pas au lit si vous êtes éveillé pendant plus de 30 minutes.

Break-out rooms (10 min) : Réfléchissez à la manière de répondre à quelques répliques courantes.

Éducation : prescription de sommeil (5 min) : résume les interventions comportementales de Myriam dans la prescription du sommeil :

- Heure de lever (7h) et de coucher (1h)
- Activités avant de se coucher (par exemple regarder la télévision sur une chaise dure)
- Activités pendant la nuit en cas d'insomnie (par exemple plier le linge)
- (Heure et dosage des médicaments)
- Rendez-vous pour une réunion de suivi après 2 semaines

Break-out rooms (10 min) demandez aux participants de pratiquer la rédaction d'une prescription de sommeil pour un cas issu de leur pratique en binômes.

Éducation : suivi (10 min) : discuter des ingrédients des suivis : journal du sommeil, promotion de l'adhésion au traitement, ajustement de la prescription de sommeil et prévention des rechutes.

Break-out rooms sur le suivi (25 min) : sélectionnez d'abord 4 participants pour jouer le rôle de patient en divisez ensuite le reste du groupe en 4 sous-groupes : ils jouent ensemble le rôle de soignant et reçoivent successivement 1 des patients suivants ; après 7 minutes, le patient passe au groupe suivant afin que chaque équipe de soignants ait pratiqué avec chaque patient :

- Patient où l'intervention a été très efficace
- Patient qui n'a pas osé réaliser l'intervention car il avait peur de ne pas pouvoir fonctionner pendant la journée
- Patient qui a réalisé l'intervention de manière efficace mais en attribue l'effet à ses somnifères
- Patient qui a effectivement réalisé l'intervention mais affirme être resté éveillé toute la nuit.

Débriefing en grand groupe : suivi (10 min) : laissez d'abord parler les patients et demandez-leur quelles interventions ont favorisé la motivation et lesquelles ne l'ont pas fait ; Ensuite, les prestataires de soins peuvent poser des questions.

Réduire progressivement les somnifères

Éducation (5 min) : discutez de l'importance de suivre le rythme du patient et orientez les personnes intéressées vers des projets pertinents si elles souhaitent plus d'informations à ce sujet (cf. informations générales de ce manuel de formation).

Conclusion

Encouragez les participants à commencer avec ce qu'ils ont appris lors de la formation professionnelle : la pratique rend parfait. Invitez-les à l'intervision supervisée et rappelez l'importance de leur coopération à l'étude d'évaluation.

Intervisions supervisés

Objet et modalités

Les intervisions supervisées suivent la formation professionnelle et ont un double objectif : faire face aux difficultés d'application des compétences dans la pratique quotidienne et éviter ce que l'on appelle la « dérive du thérapeute ».

L'intervisions supervisées se déroulent en ligne en petits groupes de 5 participants maximum et durent 2 heures. Les participants peuvent choisir parmi 4 moments d'intervision. Pour profiter au maximum de l'intervision supervisée, nous leur demandons de se préparer à l'intervision. S'ils souhaitent présenter un cas, ils font une description concise des problèmes du client et de sa demande d'aide. Nous demandons également un aperçu des solutions qu'ils ont déjà essayées et des obstacles auxquels ils sont confrontés.

Vous pouvez utiliser le modèle Portland lors de la mise en pratique des compétences. Ce modèle d'intervision structure l'intervision supervisée et garantit que l'accent est mis sur l'apprentissage expérientiel au lieu de simplement parler de cas comme dans les intervisions classiques. Parler simplement des défis n'est pas très efficace. Nous apprenons principalement en faisant plutôt qu'en regardant et en écoutant.

Modèle Portland

Phase 1 : Accueil et établissement de l'agenda (10 min) : déterminez qui contribuera : il peut s'agir d'un cas avec lequel quelqu'un est coincé ou d'une intervention spécifique que quelqu'un souhaite mettre en pratique.

Phase 2 : Jeu de rôle (20 minutes par jeu) : nous formons des compétences à travers des jeux de rôle ; il y a quatre rôles :

- Patient : la personne qui présente le cas joue le patient : brève description du contexte (max 5 min)
- Le conseiller pratique les compétences
- Le co-conseiller soutient activement le conseiller ; le conseiller peut également demander de prendre le relais s'il est bloqué ou s'il souhaite essayer une autre stratégie.
- Les observateurs observent l'effet des différentes interventions et notent des remarques intéressantes des conseillers.
- Le superviseur est le contrôleur du processus : il veille à ce que chacun participe et garantit la stabilité et l'ambiance de travail constructive au sein du groupe ; si nécessaire, il fait des ajustements

Phase 3 : Débriefing (15 min) : le patient partage son expérience sur ce qu'il a trouvé utile ; l'observateur discute ensuite de ses observations et enfin les prestataires de soins peuvent indiquer ce qu'ils feraient différemment la prochaine fois et il est alors possible de réfléchir à des interventions alternatives.

Phase 4 : Clôture (5 min) : chacun raconte ce qu'il a appris de l'intervention et quelle est son intention pour l'avenir.

Annexe 5

Slides de formation professionnelle :

- [Présentation néerlandaise](#)
- [Présentation en langue française](#)

Slides de formation professionnelle light:

- [Présentation néerlandaise](#)
- [Présentation en langue française](#)

Annexe 6

Module 1 : Les bases de la thérapie cognitivo-comportementale

Qu'est-ce que la thérapie cognitivo-comportementale ?

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une forme de psychothérapie qui se concentre sur la modification des pensées et des comportements qui causent des problèmes dans la vie quotidienne. La TCC nécessite la participation active du client et est généralement de courte durée. C'est un traitement efficace pour de nombreux problèmes psychologiques, notamment les problèmes de sommeil. Il peut être proposé individuellement ou en groupe et peut être appliqué dans le cadre d'une approche holistique des problèmes de sommeil.

La thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-i) suppose que les pensées et les comportements jouent un rôle important dans le développement et le maintien des problèmes de sommeil. TCC-i se concentre sur la modification des pensées et des comportements qui affectent négativement le sommeil. Un élément important ici est le suivi du comportement de sommeil, qui permet d'identifier des modèles et des problèmes spécifiques. Sur cette base, un programme de restriction du sommeil est établi, dans lequel le temps de sommeil est limité afin d'augmenter la pression du sommeil et ainsi rétablir le manque de sommeil.

Le rôle des cognitions dans l'insomnie

Les facteurs cognitifs peuvent avoir une influence majeure sur notre sommeil. Les personnes souffrant d'insomnie ont souvent des pensées et des croyances négatives à propos du sommeil, telles que « Si je ne dors pas suffisamment, je ne me sentirai pas bien demain » ou « J'ai besoin de dormir au moins huit heures, sinon je ne pourrai pas fonctionner. » Ces pensées créent de l'anxiété liée au sommeil et inquiètent les gens s'ils ne s'endorment pas. Plus nous craignons de ne pas pouvoir dormir, plus la tension augmente et cela affecte négativement la qualité du sommeil. Cela conduit à un cercle vicieux dans lequel de mauvaises habitudes de sommeil et des cognitions négatives se renforcent mutuellement.

Cercle vicieux



TCC-i se concentre sur la modification de ces cognitions négatives. Premièrement, la relation entre les pensées sur le sommeil et les effets sur la qualité du sommeil est cartographiée. Ces pensées sont ensuite remises en question et remplacées par des pensées plus utiles. Un exemple de défi pourrait être : « Est-il vrai que vous ne pouvez pas fonctionner si vous dormez moins de huit heures ? »

L'importance d'une approche holistique

Face aux problèmes de sommeil, il est utile d'avoir une vision plus large et de ne pas se concentrer uniquement sur le sommeil. Le sommeil est le reflet de ce qui se passe pendant la journée. C'est pourquoi une approche holistique est recommandée, qui examine tous les aspects de la vie d'une personne susceptibles de contribuer à l'insomnie. Nous pensons à :

- Santé mentale. Les personnes souffrant d'anxiété, de dépression ou de stress ont souvent du mal à dormir. C'est pourquoi il est important de s'attaquer à tout problème de santé mentale sous-jacent.
- Alimentation. Certains aliments comme la caféine, le sucre et l'alcool peuvent contribuer à l'insomnie. Demandez ce que quelqu'un consomme pendant la journée et ajustez si nécessaire. De plus, il est préférable de manger à des heures régulières et pas trop tard le soir ; certainement pas de repas copieux.
- Activité physique. L'exercice peut contribuer à une bonne nuit de sommeil. En revanche, une activité trop intense avant le coucher augmente la production d'adrénaline et rend le sommeil difficile.

- Rythme veille/sommeil. Un rythme veille/sommeil constant favorise une bonne nuit de sommeil. En introduisant un rythme veille/sommeil cohérent, le corps peut s'habituer au rythme, ce qui peut contribuer à une meilleure nuit de sommeil.
- Environnement de sommeil. L'environnement dans lequel une personne dort influence le sommeil. Les facteurs importants comprennent le bruit, la lumière et la température.

Prêter attention à tous ces aspects ne combat pas seulement l'insomnie en tant que symptôme. Cela peut contribuer à une meilleure qualité de vie.

Module 2 : Diagnostic et évaluation

L'importance d'un bon diagnostic

Un diagnostic approprié est essentiel pour traiter efficacement l'insomnie. Le diagnostic prend du temps, mais il en vaut la peine, car il évite de gaspiller un temps et des ressources précieux en traitements inutiles et inefficaces. Les techniques comportementales ne sont pas une solution à tous les problèmes de sommeil. Certains problèmes de sommeil sont causés par des conditions médicales sous-jacentes, comme l'apnée du sommeil, et nécessitent un traitement différent. En cas de doute, il est donc judicieux de consulter votre médecin généraliste.

Un diagnostic d'insomnie nécessite avant tout d'en comprendre les symptômes : s'endormir prend plus de 30 minutes, ne pas pouvoir dormir toute la nuit ou se réveiller prématurément. Ces symptômes perturbent le fonctionnement diurne (problèmes de concentration, fatigue, irritabilité...). On distingue trois types d'insomnie :

- Insomnie aiguë (moins de 4 semaines)
- Insomnie subaiguë (de 4 à 12 semaines)
- Insomnie chronique (plus de 12 semaines)

Examinez également les antécédents de sommeil et les antécédents médicaux et identifiez les facteurs psychosociaux. Il est également important de autres conditions et conditions cela peut affecter le sommeil. Nous pensons à l'anxiété, à la dépendance et à la dépression. Dans ce cas, le traitement de ces affections peut améliorer la qualité du sommeil.

Un diagnostic approprié consiste également à déterminer la gravité de l'insomnie. Cela peut aider à déterminer quel traitement est nécessaire. Pour une personne qui ne souffre qu'occasionnellement d'insomnie, de simples changements dans son mode de vie, comme réduire la caféine, peuvent aider à réduire les symptômes. Cependant, une personne souffrant d'insomnie sévère aura besoin d'un traitement plus intensif tel que la TCC-i.

Comment mesurer le sommeil ?

La mesure du sommeil est essentielle au diagnostic et au traitement de l'insomnie. Il donne un aperçu des habitudes de sommeil et aide à identifier les problèmes spécifiques pouvant conduire à l'insomnie.

Polysomnographie

La polysomnographie est une méthode standardisée pour mesurer le sommeil. Elle est réalisée dans un laboratoire du sommeil et consiste à surveiller différents paramètres physiologiques, tels que l'activité cérébrale, les mouvements oculaires, la tension musculaire et la respiration. Une polysomnographie est une méthode très précise de mesure du sommeil. Cependant, cela coûte cher et prend du temps et n'est donc pas toujours réalisable.

Actigraphie

L'actigraphie est une méthode non invasive de mesure du sommeil qui utilise un petit appareil porté au poignet pendant une période prolongée. L'appareil enregistre les mouvements et les activités et utilise ces informations pour déterminer le cycle veille-sommeil. L'actigraphie n'est pas une méthode fiable pour mesurer le sommeil.

Journaux de sommeil

Les journaux de sommeil sont un moyen simple, peu coûteux et efficace d'avoir un aperçu du sommeil. Il comprend le suivi des heures de sommeil et de réveil, des causes suspectées et de toute activité avant le coucher. Le patient a la possibilité d'ajouter les informations pertinentes qu'il juge importantes. Il est donc largement applicable et peut être rendu personnel. Il est important que le patient ne regarde pas l'horloge pour remplir son journal. Cela peut causer un stress supplémentaire. Il n'est pas non plus prévu de remplir le journal la nuit. Il s'agit plutôt d'une évaluation de la façon dont on évalue la nuit qui suit.

Quels questionnaires sont disponibles ?

L'utilisation de questionnaires peut aider au diagnostic et au traitement de l'insomnie. Différents types de questionnaires sont disponibles pour évaluer les symptômes et la gravité de l'insomnie.

1. Indice de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI)

Le questionnaire PSQI est l'un des instruments les plus couramment utilisés pour mesurer la qualité du sommeil et la gravité des problèmes de sommeil. Le questionnaire mesure divers aspects du sommeil, notamment la durée du sommeil, le temps nécessaire pour s'endormir, la fréquence des réveils nocturnes et le niveau de somnolence diurne.

2. Indice de gravité de l'insomnie (ISI)

Le questionnaire ISI est conçu pour mesurer la gravité de l'insomnie et suivre les progrès du traitement. Il contient sept questions portant sur la difficulté à s'endormir, la fréquence des réveils pendant la nuit, l'heure à laquelle on se réveille le plus tôt le matin et la qualité globale du sommeil.

3. Échelle de somnolence d'Epworth (ESS)

Le questionnaire ESS mesure le niveau de somnolence diurne et son impact sur les activités quotidiennes. Il contient huit questions portant sur la tendance à s'endormir pendant la journée, par exemple en conduisant ou lors de réunions sociales.

4. Connaissances et pratiques en matière d'hygiène du sommeil (SHKP)

Le questionnaire SHKP mesure les connaissances et les pratiques d'un individu en matière d'hygiène du sommeil. Il comprend 25 questions sur l'hygiène du sommeil et les troubles courants du sommeil, tels que l'utilisation de stimulants avant de se coucher et l'utilisation d'appareils électroniques avant de se coucher.

5. Échelle d'éveil avant le sommeil (PSAS)

L'échelle d'éveil pré-sommeil (PSAS) peut être utilisée pour quantifier le niveau d'éveil pré-sommeil chez une personne.

6. Croyances et attitudes dysfonctionnelles à l'égard du sommeil (DBAS)

Le questionnaire DBAS identifie les pensées dysfonctionnelles concernant le sommeil et les problèmes de sommeil.

Comment déterminer la gravité de l'insomnie ?

Déterminer la gravité de l'insomnie est un élément important du diagnostic de la maladie. Il existe plusieurs façons de mesurer et d'évaluer la gravité de l'insomnie, chacune ayant ses propres avantages et inconvénients. Nous discutons ici des méthodes les plus couramment utilisées.

1. Évaluation subjective

Une méthode couramment utilisée pour déterminer la gravité de l'insomnie consiste à procéder à une évaluation subjective. Cela signifie que le patient est invité à évaluer son sommeil à partir d'un certain nombre de questions. Un exemple d'un tel questionnaire est l'indice de gravité de l'insomnie (ISI). L'ISI se compose de 7 questions liées aux difficultés rencontrées par le patient pour s'endormir, rester endormi et se lever le matin. Un autre exemple d'évaluation subjective est l'indice de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI). Ce questionnaire mesure la qualité du sommeil à l'aide de 19 éléments mesurant divers aspects du sommeil, tels que la durée du sommeil, l'efficacité du sommeil, la latence du sommeil et l'utilisation de somnifères. De plus, un journal du sommeil est une méthode fréquemment utilisée. Le patient enregistre la quantité de sommeil qu'il a dormi tout au long de la nuit. Bien que ces méthodes soient utiles pour déterminer la gravité de l'insomnie, elles reposent sur l'évaluation subjective du patient et peuvent être moins précises que d'autres méthodes.

2. Mesures objectives

Une autre façon de déterminer la gravité de l'insomnie consiste à mesurer objectivement le sommeil. Cela peut être fait, par exemple, par polysomnographie (PSG). Il s'agit d'un test dans lequel le patient est connecté pendant la nuit à un équipement de mesure pour mesurer certains aspects physiologiques du sommeil, tels que les ondes cérébrales, la respiration, la fréquence cardiaque et l'activité musculaire. Une autre méthode de mesure objective est ce qu'on appelle les actigraphes. Ce sont de petits appareils qui mesurent les mouvements du patient pendant la nuit et fournissent ainsi des informations sur les périodes de sommeil et d'éveil. Les mesures objectives ont l'avantage de dépendre moins de l'expérience subjective du patient. Cependant, ils peuvent donner une image faussée parce que les patients dorment souvent moins bien lorsqu'ils sont mesurés en laboratoire ou parce que le port d'appareils de mesure les gêne pendant leur sommeil.

Module 3 : Mécanismes pour améliorer le comportement de sommeil

Hygiène du sommeil

L'amélioration de l'hygiène du sommeil est un élément important du traitement de l'insomnie. L'hygiène du sommeil se concentre sur l'amélioration de la qualité du sommeil grâce à des habitudes de sommeil saines et à des facteurs environnementaux favorables au sommeil.

Voici quelques conseils :

1. Choisissez une heure de coucher et de réveil cohérente. Il est important de fixer une heure de coucher et de réveil cohérente, même le week-end (même s'il existe une marge d'environ 2 heures). Se coucher et se lever à la même heure chaque jour aide le corps à s'adapter à un horaire de sommeil régulier.
2. Créez un environnement propice au sommeil. Assurez-vous que la chambre est sombre, calme et fraîche et que le matelas et les oreillers sont confortables. Évitez les stimuli dérangement dans la chambre, comme la télévision ou les téléphones portables. Tourner l'horloge pour qu'on ne puisse pas voir l'heure est également utile pour de nombreuses personnes.
3. Évitez les stimulants. Évitez de consommer du café et d'autres boissons contenant de la caféine quatre à six heures avant le coucher. Évitez également autant que possible la consommation d'alcool. Les repas copieux avant le coucher ne sont pas non plus recommandés.
4. Faites de l'exercice et du soleil. L'exercice régulier peut améliorer la qualité du sommeil, mais il est important de ne pas le faire juste avant de se coucher. La lumière du soleil pendant la journée peut également contribuer à favoriser des cycles veille-sommeil normaux. Ronfler n'est pas aussi bon : il vaut mieux s'exposer immédiatement à la lumière.
5. Évitez les siestes pendant la journée. Les siestes diurnes peuvent réduire la qualité du sommeil la nuit. Si vous dormez pendant la journée, il est préférable de le garder aussi court que possible, jusqu'à un maximum de 30 minutes (de préférence le plus tôt possible dans la journée).
6. Utilisez la chambre uniquement pour dormir et faire l'amour. N'utilisez pas la chambre pour lire, regarder la télévision, travailler ou manger. En conséquence, la chambre à coucher est associée à l'activité plutôt qu'au repos et au sommeil. Conseil pour ne pas se coucher trop tôt : la qualité du sommeil est plus importante que la quantité.
7. Réduisez l'anxiété et le stress. Essayez de vous détendre bien avant de vous coucher, par exemple grâce à des techniques de relaxation comme le yoga, la méditation ou des exercices de respiration profonde. Moins il y a d'adrénaline avant de se coucher, mieux c'est.

Grâce à ces conseils d'hygiène du sommeil, le patient peut prendre des mesures vers une amélioration générale du sommeil. Soyez doux dans l'application de ces conseils et sachez que l'hygiène du sommeil est souvent insuffisante pour lutter contre l'insomnie chronique. Une thérapie cognitivo-comportementale plus avancée pour l'insomnie (TCC-i) est indiquée ici.

Techniques comportementales

Les techniques comportementales constituent une partie importante de la TCC-i : elles visent à modifier les habitudes comportementales qui entretiennent les problèmes de sommeil.

1. Contrôle du stimulus : le patient utilise la chambre uniquement pour dormir (et éventuellement pour avoir des relations sexuelles). D'autres activités comme regarder la télévision, travailler ou manger sont exclues de la chambre. De plus, le patient est encouragé à quitter la chambre s'il ne parvient pas à s'endormir dans les 15 à 20 minutes. De cette façon, la personne apprend à associer la chambre au repos et au sommeil.
2. Restriction du temps passé au lit : Le nombre d'heures au lit est considérablement limité. L'objectif est d'augmenter l'efficacité du sommeil : le temps passé au lit est limité au temps de sommeil réel.
3. Techniques de relaxation : Le patient apprend la relaxation et d'autres techniques induisant le sommeil telles que la méditation, la visualisation et des exercices de respiration pour se calmer avant de s'endormir.
4. Extinction des mauvaises habitudes : Le patient apprend à réduire les habitudes qui affectent négativement le sommeil, comme boire trop de caféine.
5. Heure de décompression : Le patient apprend à se détendre une heure avant de se coucher, sans s'endormir. Recherchez ce qui est relaxant pour le patient : s'il s'agit de regarder une série relaxante sur le canapé, c'est bien aussi.
6. Résolution de problèmes en début de soirée : les inquiétudes qui surviennent souvent la nuit sont déplacées en début de soirée à une heure fixe et une durée fixe. Il est important que cela se produise dans un endroit fixe, afin que l'inquiétude soit associée à cet endroit et non au lit.

Une partie importante de ces techniques comportementales consiste à tenir un journal du sommeil. Ce journal donne un aperçu des habitudes de sommeil du patient et aide à adapter le traitement.

Techniques de relaxation

Dans cette section, nous aborderons diverses techniques qui peuvent aider à détendre le corps et l'esprit. Ces techniques peuvent être utiles pour réduire le stress et l'anxiété et donc améliorer la qualité du sommeil.

Il existe différentes techniques de relaxation. Nous en abordons ci-dessous un certain nombre :

1. Relaxation musculaire progressive. Il s'agit d'une technique dans laquelle le patient contracte puis détend systématiquement les muscles du corps. Cette alternance de tension et de relaxation permet au patient de ressentir où se trouvent les tensions dans son corps. Cela lui permet de mieux relâcher les tensions et d'atteindre une relaxation plus profonde.
2. Techniques de respiration. Cette technique implique une respiration calme et profonde, qui ralentit le rythme cardiaque et réduit la tension.
3. Visualisation. Ici, le patient utilise son imagination pour s'imaginer dans un environnement détendu.
4. Pleine conscience. La pleine conscience est une manière spécifique de prêter attention à l'ici et maintenant. En soi, l'intention de la pleine conscience est de se détendre, mais cela peut avoir un effet calmant pour certaines personnes car pendant la pleine conscience, on n'a rien à faire et on ne peut qu'être présent.

Il est important d'expérimenter différentes techniques pour découvrir quelle technique fonctionne le mieux pour le patient. De plus, il est également conseillé de prévoir du temps pour des activités relaxantes, comme des temps de décompression ou des pauses occasionnelles dans la journée pour réduire le niveau de stress.

Module 4 : Changer les pensées et croyances négatives sur le sommeil

Identifier et changer les pensées inutiles sur le sommeil

Dans cette section, nous nous concentrerons sur la reconnaissance et l'ajustement des pensées inutiles liées au sommeil. Les pensées peuvent nous rendre anxieux, stressés ou dépassés. Cela augmente la tension générale, rendant de plus en plus difficile l'endormissement et le maintien du sommeil.

Parfois, les patients ont également des idées irréalistes sur le sommeil (par exemple : « J'ai besoin de dormir 8 heures d'affilée »). En conséquence, ils placent la barre si haut qu'ils ont même peur de s'endormir, car ils craignent de ne pas pouvoir dormir. Pour briser ce cercle vicieux, nous devons apprendre à reconnaître les pensées inutiles concernant le sommeil et à les remplacer par des pensées plus utiles.

Étape 1 : Identifiez les pensées inutiles concernant le sommeil

Essayez de faire prendre conscience au patient des pensées qu'il a à propos du sommeil : « Quelles pensées vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez au sommeil ? » Essayez d'avoir une bonne idée de la manière dont ces pensées influencent le comportement de sommeil et si ces pensées sont réalistes. Les pensées négatives possibles pourraient être : « Si je ne dors pas au moins 8 heures, je ne fonctionnerai pas bien au travail », « Si je ne m'endors pas quand je le veux, je pourrais rester éveillé toute la nuit ».

Étape 2 : Remettez en question les pensées inutiles

Remettez en question les pensées inutiles : « Est-il vrai que vous avez besoin d'au moins 8 heures de sommeil pour fonctionner correctement ? Et que se passe-t-il si vous dormez régulièrement 7 heures ? Il est tout à fait normal d'avoir occasionnellement du mal à dormir, surtout dans des situations stressantes. Remettre en question ses pensées permet à la personne de penser de manière plus nuancée et d'éviter de tomber dans des schémas de pensée pessimistes.

Étape 3 : Créez des pensées alternatives utiles

Pour remplacer les pensées inutiles sur le sommeil, les questions suivantes peuvent être posées : « Quelles sont les alternatives possibles ? », « Comment pouvez-vous voir cette situation de manière réaliste ? ». Cela permet au patient de penser de manière plus nuancée et de garantir que son comportement de sommeil est moins influencé par des pensées inutiles. Des pensées alternatives possibles pourraient être : « Si je dors 7 heures, je peux toujours bien fonctionner » et « S'inquiéter du sommeil ne fait que rendre plus difficile l'endormissement ».

Étape 4 : Mettez en pratique ces pensées alternatives

L'étape suivante consiste à mettre en pratique les pensées alternatives. Il peut être utile d'écrire ces pensées et de les répéter chaque jour jusqu'à ce qu'elles deviennent automatiques. En répétant ces pensées alternatives, on peut contrôler ses pensées sur le sommeil et améliorer la qualité du sommeil.

L'importance d'attentes réalistes

Avoir des attentes réalistes, c'est se rendre compte qu'un sommeil parfait n'existe pas et qu'il est normal de mal dormir de temps en temps. Le sommeil est un processus naturel qui peut parfois être difficile et un mauvais sommeil ne signifie pas que quelque chose ne va pas chez nous. Avoir des attentes réalistes réduit la pression de dormir « parfaitement ». Cela peut aider à réduire l'anxiété et le stress et à se détendre avant de se coucher.

De plus, avoir des attentes réalistes peut vous aider à vous fixer des objectifs réalistes et à développer une routine de sommeil adaptée à la vie quotidienne.

1. **Les mauvaises nuits sont normales.** Tout le monde passe parfois une mauvaise nuit, il est donc important de réaliser que cela fait partie de la vie. Accepter cette réalité peut vous aider à vous détendre et à ressentir moins de pression pour bien dormir.
2. **Fixez-vous des objectifs réalistes.** Il est important de se fixer des objectifs réalistes en matière de sommeil. Cela pourrait signifier, par exemple, que nous ne nous attendons pas à dormir toute la nuit, mais que nous nous contentons de quelques heures de sommeil de qualité.
3. **Créez une routine de sommeil personnalisée.** Développer une routine de sommeil sur mesure a plus de chances de réussir. Par exemple, si quelqu'un est un oiseau de nuit, il ne devrait pas essayer de se coucher tôt.
4. **Évitez les comparaisons.** Se comparer aux autres peut rendre une personne peu sûre de ses propres habitudes de sommeil. Il est important de se rappeler que chacun est différent et que ce qui fonctionne pour une personne ne fonctionnera pas nécessairement pour une autre.

Surmonter la peur de s'endormir

La peur de s'endormir est un problème courant chez les personnes souffrant d'insomnie. Cette anxiété peut rendre difficile le coucher et aggraver les problèmes de sommeil. Heureusement, il existe des moyens de surmonter cette peur et d'obtenir une meilleure qualité de sommeil.

L'exposition est une technique importante de la TCC-i pour réduire l'anxiété avant de dormir. Cette technique nécessite une exposition progressive à la peur, ce qui signifie

dans ce cas augmenter progressivement le temps passé au lit. En montrant qu'il n'y a aucune raison d'avoir peur de dormir, la peur diminue.

Module 5 : Appui à la prévention et au suivi des rechutes

L'importance du suivi

Le suivi est un élément essentiel de tout traitement TCC-i. L'objectif principal de ce suivi est de s'assurer que le patient continue d'utiliser les compétences et les stratégies qu'il a acquises pendant le traitement TCC-i. Cela permet de prévenir les rechutes et d'améliorer la qualité du sommeil sur le long terme.

Stratégies pour prévenir les rechutes

Comprendre les causes de la rechute

La première étape pour prévenir les rechutes est d'en comprendre les causes. Les rechutes des troubles du sommeil peuvent être causées par de nombreux facteurs externes et internes. Les facteurs externes incluent les voyages, le stress ou les changements au travail et dans l'environnement. Les facteurs internes peuvent inclure l'anxiété, la dépression, les problèmes de santé et la consommation d'alcool ou de drogues.

Soyez attentif aux signes de rechute

Il est important de reconnaître les signes de rechute afin que le patient puisse agir rapidement et prévenir une rechute. Les symptômes possibles de rechute peuvent inclure :

- Difficulté à s'endormir
- Se réveiller plusieurs fois par nuit
- Réveillez-vous tôt
- Dormir trop peu
- Avoir de l'anxiété pendant le sommeil

Assurer une bonne hygiène du sommeil

Une bonne hygiène du sommeil reste importante même une fois le traitement terminé. Développer une routine, créer un environnement de sommeil confortable et maintenir un mode de vie sain peut aider à maintenir des habitudes de sommeil saines.

Continuer à travailler activement avec les techniques apprises

Les techniques TCC-i peuvent aider à prévenir les rechutes et à améliorer la qualité du sommeil à long terme. Il est important de continuer à pratiquer ces techniques et de les utiliser lorsque des symptômes de rechute apparaissent.

Suivi des plannings

Des séances de suivi peuvent réduire le risque de rechute. Il peut donc être utile de planifier des rendez-vous de suivi pour vérifier si la qualité du sommeil continue de s'améliorer.

Module 6 : Somnifères et TCC-i

Utilisation de somnifères

En Belgique, 1.260.034 doses de somnifères et sédatifs sont distribuées chaque jour. La sensibilisation à l'utilisation des somnifères est un élément essentiel du traitement des problèmes de sommeil. Il existe de nombreux risques associés à l'utilisation de somnifères.

Les somnifères favorisent principalement un sommeil léger et ne prolongent pas les phases importantes : le sommeil profond et le sommeil paradoxal. Bien qu'il puisse supprimer temporairement notre système de stress, cet effet est limité à deux semaines maximum. En fait, l'utilisation de somnifères n'améliore la quantité de sommeil que pendant une courte période. Cela peut aider les gens à s'endormir plus rapidement (jusqu'à 15 à 20 minutes) et à augmenter la durée totale du sommeil de 30 à 50 minutes. Cependant, à long terme, le bénéfice maximum n'est qu'une prolongation d'environ 20 minutes.

D'ailleurs, il ne s'agit pas tant d'augmenter la quantité : on souhaite surtout améliorer la qualité du sommeil. Contrairement aux somnifères, la TCC-I n'augmente pas la durée totale du sommeil : elle vise à améliorer significativement la qualité du sommeil sur une courte période de temps.

Risques des somnifères

Il existe de nombreux risques liés à l'utilisation de somnifères :

- Habituation : Le corps peut s'habituer au médicament au fil du temps : une plus grande quantité de médicament est nécessaire pour obtenir le même effet.
- Sédation excessive : Certains somnifères peuvent entraîner une somnolence excessive, ce qui peut nuire à la capacité de fonctionner correctement pendant la journée.
- Effet rebond : À l'arrêt du médicament, les problèmes de sommeil peuvent s'aggraver et donc s'aggraver qu'avant l'utilisation.
- Réactions paradoxales : Dans de rares cas, les somnifères peuvent provoquer des réactions paradoxales, dans lesquelles le médicament a des effets opposés, comme l'excitation ou l'anxiété.
- Gueule de bois : Certains somnifères peuvent entraîner un effet de « gueule de bois », entraînant une diminution de la vigilance le lendemain.
- Diminution des performances intellectuelles, troubles cognitifs : les somnifères peuvent affecter les fonctions cognitives, provoquant des problèmes de mémoire, de concentration et de vigilance.
- Dépendance : Certains somnifères peuvent créer une dépendance, ce qui peut entraîner une dépendance et des symptômes de sevrage lorsqu'ils sont arrêtés.
- Risque accru de chutes : les somnifères, en particulier chez les personnes âgées, peuvent augmenter le risque de chutes en raison d'une diminution de la stabilité et de la coordination.
- Dépendance : Étant donné que les gens placent leur capacité à dormir de manière externe, c'est-à-dire avec la pilule, une dépendance au médicament peut se développer. Il est important qu'ils reprennent confiance en leur capacité à dormir eux-mêmes.

Les produits Z comme la valériane, etc. ne sont pas plus efficaces que les benzodiazépines. Même si elles présentent moins de risques que les benzodiazépines, les patients continuent d'associer la capacité de dormir à quelque chose d'extérieur.

Les somnifères peuvent être utiles dans certains cas, mais leur utilisation doit être soigneusement étudiée et toujours sous la surveillance d'un médecin. En général, les somnifères peuvent être indiqués pendant une période de stress aigu. Par exemple, lorsqu'il y a un décès dans le quartier. Les somnifères peuvent également être indiqués en cas d'insomnie aiguë, due par exemple à un décalage horaire ou à des changements temporaires des conditions de vie.

Cependant, il est important de noter que l'utilisation de somnifères ne doit pas être le premier choix de traitement. Des approches non pharmacologiques, telles que la TCC-i,

l'hygiène du sommeil et les modifications du mode de vie, sont recommandées comme approche initiale. Les somnifères doivent toujours être prescrits par un médecin et leur utilisation doit être régulièrement revue afin de minimiser les risques potentiels et la dépendance.

Réduire progressivement les somnifères pendant la TCC-i

La réduction progressive des médicaments pendant le traitement de l'insomnie nécessite une planification minutieuse et une consultation avec le médecin traitant. Voici quelques étapes et considérations pour ce processus :

- Consultation avec le médecin traitant : Il est essentiel de toujours consulter le médecin traitant. Le médecin peut évaluer la situation spécifique du patient et formuler les recommandations appropriées.
- La sensibilisation est l'étape la plus importante : Comprendre l'importance de la réduction progressive peut augmenter l'efficacité du traitement.
- Apprenez et gérez d'abord les alternatives : avant de commencer la réduction progressive, il est important que le patient apprenne des stratégies alternatives pour gérer les symptômes. Cela peut aller des changements de mode de vie à la TCC-i.
- Processus long : Le tapering doit se faire progressivement. C'est un long processus qui demande de la patience et une surveillance étroite.

Annexe 7

[Programme de groupe NL](#)

[Programme de groupe FR](#)

Annexe 8

Évaluation des cours e-learning :

E-learning EM NL :

https://docs.google.com/open?id=1JZqgmAdhs2rH4TfmCXeDb6puUzEEvMxkYZZ85xNS2Bk&usp=drive_fs

E-learning EM FR :

https://docs.google.com/open?id=1t_UGtFYjY2affk_2nSZoySEWCrcUkez-i2ctlk5krDw&usp=drive_fs

E-learning Premiers Secours NL :

https://docs.google.com/open?id=1prkOJU6rSD3ieIVSmYL-IlmtoOYBvLD8QsR4cR2Y2Mo&usp=drive_fs

E-learning Premiers Secours FR :

https://docs.google.com/open?id=1YNK25c84pGeqB4CFmvVeEAe6V2KvhJ6ub3HvyDo1IQY&usp=drive_fs

Évaluation de la formation professionnelle

Prétest physique :

https://drive.google.com/open?id=1XAefiH-Glke5JH_rER5JxXH6AdosTjP&usp=drive_fs

Prétest en ligne :

https://drive.google.com/open?id=1XBISMq5xfXUG6p3PhwQczQz3OWPnpO0J&usp=drive_fs

Prétest light :

https://drive.google.com/open?id=1XBM96l4CWwmajiiHDVW4BoEFrpkJ0_3L3&usp=drive_fs

Posttest 1 physique :

https://drive.google.com/open?id=1XCuVI8mVrDyRcJ5smgh7m5ts00r3Gobo&usp=drive_fs

Posttest 1 en ligne :

https://drive.google.com/open?id=1XE2yMLFtxe2b2HicvXEwFVx5u3EDs1T&usp=drive_fs

Post-test 1 light :

https://drive.google.com/open?id=1YzRPz6TPSK1KzzRKUHVmCmBeq90aORxQ&usp=drive_fs

Posttest 2 physique :

https://drive.google.com/open?id=1ZBQpaJvqaKRLJd5svHER1jKcBPvVVtvA&usp=drive_fs

Post-test 2 en ligne :

https://drive.google.com/open?id=1ZKozfUZU2TpSLOo9Vr3RQld3AErbJvor&usp=drive_fs

Post-test 2 light :

https://drive.google.com/open?id=1ZLMOUW9OtYDZNq9EMOGWUwG69eMJEefR&usp=drive_fs

Évaluation de la formation CBT-i

Prétest :

https://drive.google.com/open?id=1ZN4HyumS3Twe9G2LSmBXVY4zp072eFI-&usp=drive_fs

Post-test 1 :

https://drive.google.com/open?id=1ZNfYEa93JvieWrdTbHqMLi7xWHOJRI14&usp=drive_fs

Post-test 2 :

https://drive.google.com/open?id=1ZUBf5bZbhxXQV-w7k0Q- BYrLNyvwzwpQ&usp=drive_fs

Post-test 3 :

https://drive.google.com/open?id=1ZVVqIp5bDvmOr5Q5OJIsEiWhL0lbp2tC&usp=drive_fs

