



Efficacité du programme « Mieux dormir & sophrologie » chez les patients d'un centre médical de soins primaires souffrant d'insomnie chronique. Une étude prospective randomisée et contrôlée

Effectiveness of a five-week structured group training program "Sleep better & sophrology" on insomnia symptoms in primary care patients with chronic insomnia

Natalia Caycedo Desprez¹, Koen van Rangelrooij¹, María José Fernández García¹, Josefina Fernández Rovira², María Jesús Molina Ayala², Rafael Solans Buxeda¹, Antoni Bulbena Vilarrasa³

1. Sofrocay, Académie internationale de Sophrologie Caycédienne, Barcelone, Espagne.

2. Centre médical de soins primaires de Serraparerera, Cerdanyola del Valles, Barcelone, Espagne.

3. INAD. Hôpital de Mar. Département de psychiatrie et de médecine légale, l'Université autonome de Barcelone, Espagne.

nataliacaycedo@sofrocay.com

Résumé

Introduction : Évaluer l'efficacité du programme structuré « Mieux dormir & sophrologie », basé sur les techniques de la Sophrologie Caycédienne, sur les symptômes de l'insomnie chez les patients d'un centre médical de soins primaires qui souffrent d'une insomnie chronique.

Méthodologie : Une étude prospective contrôlée par une randomisation simple des patients souffrant d'insomnie chronique (N=70) répartis en 2 groupes. Les patients ont participé soit au programme d'intervention « Mieux dormir & sophrologie » soit au programme de contrôle « Mieux dormir & dynamique interactive » pendant 5 semaines à une fréquence d'une séance par semaine. Les données ont été recueillies à l'aide de l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) au début (T0) et à la fin des interventions (T1), ainsi qu'après 3 mois (T2) et après 6 mois (T3). L'étude fut achevée par 55 patients avec un taux d'abandon de 11,4 % pour le groupe de « Mieux dormir & sophrologie » (N=4) et de 31,4 % pour le groupe contrôle (N=11).

Résultats : L'analyse de la *variance intergroupe* montre des différences statistiquement significatives en T1 ($p < 0,01$), en T2 ($p < 0,001$) et en T3 ($p < 0,001$) en faveur du programme comportant la Sophrologie Caycédienne. De même, l'analyse de la *variance intragroupe* montre des différences statistiquement significatives ($p < 0,001$) en faveur du programme comportant la Sophrologie Caycédienne. La taille de l'effet (le d de Cohen) était moyenne en T1 (TE=0,5), grande en T2 (TE=1,4) et très grande en T3 (TE=2,3). Aucune différence statistiquement significative n'a été observée dans le groupe contrôle. Les résultats se sont avérés indépendants de l'âge et du sexe.

Conclusion : Le programme structuré « Mieux dormir & sophrologie » s'est révélé très efficace chez les patients en soins primaires souffrant d'insomnie chronique, d'après les critères de l'ISI.

Mots-clés

Insomnie chronique ; Sophrologie Caycédienne ; Relaxation dynamique ; Soins de santé primaires ; Thérapie psychocorporelle



Abstract

Objective: *The aim of this study is to determine the effectiveness of a five-week structured group training program with Caycedian sophrology on insomnia symptoms in primary care patients with chronic insomnia.*

Method: *In an experimental study, seventy patients diagnosed with insomnia according to the Insomnia Severity Index (ISI), were randomly assigned to the experimental program "Sleep better & sophrology" or to the control program "Sleep better & interactive dynamics". Participant ratings according to the Insomnia Severity Index (ISI) were obtained at baseline (T0) and after participating in 5 one and a half hour sessions over the course of 5 consecutive weeks (T1); as well as at 3 months (T2) and 6 months (T3).*

Results: *Fifty-five patients completed the study. The dropout rate was 11.4 % (N=1) for the intervention group and 31.4% (N=11) for the control group. The sophrology group showed statistically significant improvements in their scores on the Insomnia Severity Index (ISI) both for intergroup measurements ($p < 0.001$) and intragroup analysis ($p < 0.01$), regardless of gender or age. The pre to post effect sizes (Cohen's d) for insomnia symptoms were moderate to large for sophrology ($T1=0.5$; $T2=1.4$; $T3=2.3$) and nearly absent for the control group ($ES=-0.1$ to 0.08).*

Conclusion: *The five-week structured group training program "Sleep better & sophrology" is highly effective in reducing insomnia symptoms in primary care patients with moderate insomnia.*

Keywords

Chronic Insomnia; Caycedian sophrology; Dynamic relaxation; Primary health care; Mind-body therapy.

Introduction

Selon le DSM V [1], l'insomnie est définie comme une plainte prédominante d'insatisfaction quant à la quantité ou la qualité du sommeil en relation avec l'endormissement et/ou le maintien du sommeil qui est accompagnée d'une gêne importante sur le plan clinique ou d'une détérioration dans des domaines sociaux, professionnels, éducatifs, académiques, comportementaux ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement. Les troubles du sommeil se produisent au moins trois nuits par semaine pendant au moins trois mois et surviennent malgré des conditions de sommeil favorables.

L'insomnie constitue l'une des plus fréquentes motivations de consultation dans les centres de soins primaires au sein de la catégorie des troubles du sommeil [2] et le médecin généraliste est plus souvent le premier contact du patient [3]. Les troubles du sommeil sont des problèmes de santé publique très répandus qui produisent des effets négatifs importants sur la qualité de vie des individus, et bien que les thérapies établies puissent améliorer les résultats du sommeil, la plupart des gens n'obtiennent pas de traitement efficace [4, 5].

La nouvelle classification AASM [6] distingue : l'insomnie chronique (lorsqu'elle survient plus de trois fois par semaine pendant au moins trois mois, étant donné son origine multi-causale et complexe), l'insomnie de courte durée (liée à un événement ou un comportement perturbateur : stress, dépression, des repas abondants, douleur, consommation de stimulants, etc.) et d'autres types d'insomnie (des difficultés liées à l'endormissement et au maintien du sommeil qui ne répondent pas aux critères de l'insomnie chronique ou de l'insomnie de courte durée).

Selon la définition utilisée, sa prévalence varie de 5 % à 50 % de la population générale [7].

La prévalence de l'insomnie en Espagne [8] chez les personnes de plus de 15 ans présentant au moins un symptôme d'insomnie au moins trois nuits par semaine est de 20,8 %, étant plus fréquente chez les femmes (23 %) que chez les hommes (17,6 %). Dans la population française [9], 37 % des Français souffrent régulièrement de troubles du sommeil ou de l'éveil. Selon les études, l'insomnie touche entre 15 à 20 % de la population avec 9 % qui la souffrent d'une forme grave.

Les effets d'insomnie s'étendent à l'éveil de l'individu et peuvent provoquer différents troubles comme les déficits cognitifs, les troubles de mémoire, les problèmes d'anxiété, la dépression, l'hypertension,



le diabète, l'obésité, etc., qui perturbent ses performances quotidiennes. Actuellement, l'insomnie est considérée comme une entité à part entière et digne d'être traitée par elle-même, quels que soient les facteurs qui participent à son apparition et/ou à sa chronicisation [7].

Parmi les traitements de l'insomnie, les plus importants sont les traitements pharmacologiques (hypnotiques), qui ne s'adressent pas aux causes sous-jacentes de l'insomnie et peuvent produire des effets secondaires graves et une dépendance [10], ainsi que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). La TCC associe l'entraînement aux techniques de relaxation, le contrôle par le stimulus, la restriction du sommeil et l'amélioration de l'hygiène du sommeil [11]. Elle constitue une option non pharmacologique importante dont l'efficacité est semblable à celle de la thérapie pharmacologique avec des effets secondaires minimales [12, 13]. Parmi les patients, la TCC est citée comme préférable au traitement médicamenteux pour le problème de l'insomnie chronique [14].

Cependant, de nombreuses études, dont plusieurs méta-analyses, montrent l'efficacité de plusieurs thérapies nouvelles et émergentes qui apportent des bénéfices dans le traitement de l'insomnie [11, 15], ainsi que des avantages pour la santé physique et mentale [15], telles que la technique « Pleine Conscience » [11, 15] et la thérapie d'acceptation et d'engagement [15, 16].

La sophrologie se retrouve parmi ces thérapies : une science factuelle [17] fondée par le professeur Alfonso Caycedo en 1960. L'objectif de la sophrologie est l'étude de la conscience par une méthode de recherche descriptive basée sur la phénoménologie de Husserl. La Méthode Caycedo est le fondement pratique de la sophrologie. Elle comprend la pratique de la Relaxation Dynamique de Caycedo (douze degrés) et de ses techniques spécifiques (environ 60 techniques) visant à promouvoir une meilleure compréhension de soi-même aux niveaux, physique, mental et émotionnel. Sa pratique favorise une plus grande sérénité, le développement de ses propres capacités et de ses valeurs personnelles. Elle est principalement appliquée dans le domaine de la santé, de l'éducation, du sport et de la gestion du stress [18].

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité du programme « Mieux dormir & sophrologie » basé sur le programme « Mieux-être et sophrologie » [19, 20] avec le but d'améliorer la qualité du sommeil des patients souffrant d'insomnie chronique qui consultent volontairement leur médecin généraliste. Ce programme a été comparé au programme contrôle « Mieux dormir & dynamique interactive » avec une durée de 5 sessions pour les deux cas.

Méthodologie

Méthode

Étude contrôlée par une randomisation simple.

Sélection des participants

Les participants de cette étude ont été sélectionnés au centre médical de soins primaires Serraparrera (CMS) à Cerdanyola del Vallés, Barcelone (Espagne). Il s'agit de patients souffrant de problèmes d'insomnie chronique qui se rendaient volontairement chez leur médecin généraliste dans le CMS.

Un mois avant le début de l'étude, tous les patients diagnostiqués avec une insomnie chronique ont été invités au CMS pour proposer leur participation à l'étude. Les médecins généralistes et/ou les infirmières du CMS ont encouragé la participation de tous les patients qui répondaient aux critères d'inclusion et acceptaient les conditions de participation, indépendamment de leur sexe, de leur âge, de leur niveau universitaire ou de leur situation professionnelle. Ceux qui ont accepté ont été invités à remplir le questionnaire de l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) et à signer un document de consentement éclairé.

Critères d'inclusion

Les conditions pour participer à cette étude comprenaient : a) être âgé de plus de 18 ans et de moins de 80 ans, b) souffrir d'une insomnie chronique diagnostiquée par un médecin du CM, c) avoir formellement exprimé leur disposition à participer à la recherche, d) prendre des médicaments pour une insomnie persistante, e) ne présenter aucun critère d'exclusion.



Critères d'exclusion

Les participants étaient exclus de l'étude si : a) ils entamaient une thérapie impliquant des analgésiques, des anti-inflammatoires, des psychotropes, une thérapie comportementale ou tout autre type de traitement au début de la période d'étude ; b) ils souffraient d'un trouble psychiatrique grave comme la schizophrénie ; un trouble bipolaire ; un trouble dépressif majeur ou un trouble similaire en phase active ; c) ils suivaient ou envisageaient de pratiquer une thérapie alternative ou complémentaire avec une méthodologie similaire à la sophrologie telle que le yoga, la pleine conscience, la méditation, l'acupuncture, etc. pendant la période d'étude ; d) ils vivaient un événement stressant ou traumatisant qui pouvait influencer négativement leur humeur, tel que le décès d'un proche, le diagnostic d'une maladie grave, un licenciement, un échec sentimental, etc. pendant la période d'étude ; e) ils présentaient un type de maladie aiguë qui pouvait influencer le résultat de l'étude ; f) ils ne pouvaient pas effectuer correctement les tests psychométriques pour des raisons physiques, culturelles ou autres.

Randomisation

Une fois sélectionnés par leur médecin généraliste, les participants ont été randomisés par une simple randomisation en deux groupes à l'aide d'un programme informatique.

Taux d'abandon

Le taux d'abandon était de 11,4 % (N=4) dans le groupe de sophrologie ; 3 pour des raisons personnelles et 1 pour des problèmes professionnels. Dans le groupe contrôle, le taux d'abandon était de 34,4 % (N=11), 3 pour des raisons professionnelles, 2 pour des problèmes médicaux et 6 pour des raisons personnelles.

Groupe d'intervention : « Mieux dormir & sophrologie »

Une fois inclus dans le groupe, les participants commencent le programme structuré « Mieux dormir & sophrologie ». Le programme se compose de cinq sessions, chacune comportant une partie théorique (mieux dormir) de 45 minutes et une partie pratique (sophrologie) de 45 minutes pour une séance d'une durée d'une heure et demie une fois par semaine pendant cinq semaines consécutives.

Dans la partie théorique (mieux dormir) les causes de l'insomnie, les habitudes promouvant une bonne hygiène de sommeil, la gestion du stress, l'importance des pensées et des émotions avant de dormir, les différentes phases du sommeil, les postures qui entraînent un meilleur sommeil, et les médicaments fréquemment utilisés dans le traitement de l'insomnie ainsi que ses effets secondaires, étaient présentés et expliqués au cours des cinq semaines.

Dans la partie pratique (sophrologie), les participants apprenaient huit techniques sophrologiques à pratiquer : quatre pendant la journée et quatre avant de se coucher. Ils recevaient les techniques sophrologiques sous forme numérique.

Les participants ont été encouragés à mettre en pratique les recommandations proposées dans le programme théorique et pratique quotidiennement tout au long des cinq semaines de l'étude.

Groupe contrôle : « Mieux dormir & dynamique interactive »

Une fois inclus dans le groupe, les participants commencent le programme « Mieux dormir & dynamique interactive ». Le programme se compose de cinq sessions, chacune comportant une partie théorique (mieux dormir) de 45 minutes et une partie pratique de 45 minutes pour une séance d'une durée d'une heure et demie une fois par semaine pendant cinq semaines consécutives.

Le programme théorique (mieux dormir) était le même que celui présenté dans le groupe d'intervention. Le programme pratique consistait en cinq vidéos explicatives liées au thème théorique de chaque session, suivies de discussions interactives en groupe pour renforcer les sujets traités.

Les participants ont été encouragés à mettre en pratique les recommandations proposées dans le programme théorique et pratique quotidiennement tout au long des cinq semaines de l'étude.



Matériel

Pour l'analyse et l'évaluation de cette étude, l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) [21] a été utilisé dans sa version espagnole [22]. Il s'agit d'un instrument qui évalue la gravité de l'insomnie au travers de quatre questions individuelles et une question composée de 3 parties qui sont évaluées de 0 à 4 (aucune = 0, légère = 1, moyenne = 2, très = 3 et extrêmement = 4). Cet indice est conçu comme un test de dépistage rapide pour déterminer la signification clinique de l'insomnie [23]. Pour l'interpréter, on prend la somme des scores de tous les éléments (1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) qui donne un score total entre 0 et 28. Le score total est interprété selon l'échelle indiquée ci-dessous (Tableau 1).

Tableau 1. Interprétation de l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

0-7	Absence d'insomnie
8-14	Insomnie sub-clinique (légère)
15-21	Insomnie clinique (modérée)
22-28	Insomnie clinique (sévère)

Les résultats obtenus ont été analysés avec le logiciel statistique SPSS 23.0 (IBM Corp.). La moyenne et l'écart type des scores ISI ont été calculés et une analyse de la variance (ANOVA) a été appliquée pour comparer les deux groupes, afin de déterminer s'il y avait des différences significatives au début, pendant et à la fin de la période d'étude. Pour comparer l'efficacité des deux programmes, une analyse intragroupe a été réalisée avec le test de probabilité t de Student pour les données indépendantes. Il a été considéré comme statistiquement significatif à partir de la valeur de $p < 0,05$. Afin d'évaluer l'ampleur de l'effet ressenti dans les deux groupes, l'ampleur de l'effet a été calculée en utilisant la statistique d de Cohen [24, 25].

Résultats

Analyse statistique

En relation avec les données sociodémographiques au début de l'étude, nous disposions d'un échantillon initial de N=70 participants (avec une distribution de N=35 par groupe). Pour l'analyse de ces variables, les mesures de tendance centrale (la moyenne) ont été calculées. L'échantillon final du groupe d'intervention était N=31 avec une répartition par sexe de 8 hommes et 23 femmes et un âge moyen de 63 et 58 ans respectivement. Dans le groupe contrôle, l'échantillon final était N=24 ; 6 hommes et 18 femmes avec une moyenne d'âges respectifs de 58 et 56 ans (Tableau 2).

Tableau 2. Données statistiques sociodémographiques

	N	Sexe		Âge moyen	
		Homme	Femme	Homme	Femme
G. intervention	31	8 (25,81%)	23 (74,19%)	63,25	57,7
G. contrôle	24	6 (25%)	18 (75%)	57,7	56

Analyse de la variance intergroupe

L'homogénéité des variances a été calculée avec l'analyse de variance ANOVA unifactorielle. L'analyse intergroupe des valeurs en référence de l'ISI au moment T0 (pré-test) n'a pas montré de différences significatives entre les deux groupes (ni par âge ni par sexe) et donc ils étaient homogènes au début de l'intervention. Les deux ont été situés dans la zone de transition entre l'insomnie sub-clinique et l'insomnie clinique modérée (Tableau 1). A la fin de l'étude (T1/T2/T3), l'ANOVA unifactorielle a montré des différences significatives dans toutes les valeurs finales (Tableau 3).



Tableau 3. Analyse intergroupe du groupe d'intervention versus le groupe contrôle (pré - post - 3 mois - 6 mois)

Variable ISI		p-valeur (intergroupe)			
N	Groupe	Pré	Post	3 mois	6 mois
31	Intervention	p=NS	p<0,01	p<0,001	p<0,001
24	Contrôle				

Analyse de la variance intragroupe

Pour l'analyse intragroupe, les éléments suivants ont été calculés pour les deux groupes : la moyenne, la variance, l'écart de variation en pourcentage, la valeur p et le d de Cohen.

Tableau 4. Analyse de l'évolution intragroupe (pré - post - 3 mois - 6 mois)

Variable ISI		Moyenne / Variance								Pourcentage de changement			p-valeur (intragroupe)			d-Cohen E.S.		
N	Groupe	Pré		Post		3 mois		6 mois		Pré-post	Pré-3m	Pré-6m	Pré-post	Pré-3m	Pré-6m	Pré-post	Pré-3m	Pré-6m
		M	V	M	V	M	V	Media	DE									
31	I	14,84	4,73	12,45	5	7,81	5,45	4,65	4,25	16,1%	47,4%	68,7%	p<0,001	p<0,001	p<0,001	0,5	1,4	2,3
24	C	15,88	3,62	15,71	3,5	15,5	5,87	16,33	5,37	1,1%	2,4%	-2,8%	p = NS	p = NS	p = NS	0,05	0,08	-0,1

Groupe d'intervention : « Mieux dormir & sophrologie »

L'analyse des données (Tableau 4) relève les moyennes suivantes : à T0 (début de l'intervention) la moyenne est de 14,84 (insomnie sub-clinique modérée), à T1 (fin de l'intervention) elle est de 12,45 (insomnie sub-clinique), à T2 (à 3 mois) elle est de 7,81 (insomnie sub-clinique) et à T3 (à 6 mois) elle est de 4,65 (absence d'insomnie clinique).

Les pourcentages de changement sont de 16,1 % entre le début et la fin de l'intervention (T0-T1), 47,4 % entre le début et après 3 mois (T0-T2) et 68,7 % entre le début et après 6 mois (T0-T3).

Le test de probabilité t de Student a montré une réduction statistiquement significative ($p < 0,001$) dans les périodes d'évaluation (T1, T2 et T3). La taille de l'effet (d de Cohen) était moyenne ($d = 0,5$) dans T0-T1 (à 5 semaines), importante ($d = 1,4$) dans T0-T2 (à trois mois) et très importante ($d = 2,3$) dans T0-T3 (à 6 mois).

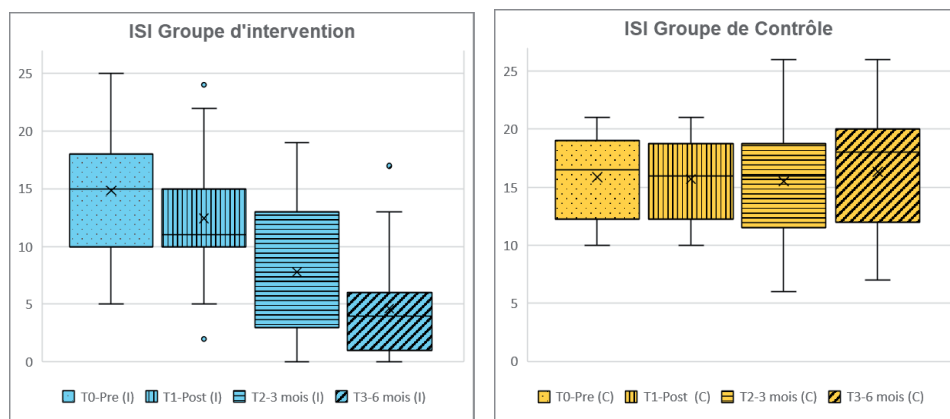


Figure 1
Comparaison entre le groupe d'intervention (avec la Sophrologie Caycédiennne) et le groupe contrôle (T0 : pré ; T1 : post ; T2 : 3 mois ; T3 : 6 mois)



Groupe contrôle : « Mieux dormir & dynamique interactive »

Les moyennes suivantes ont été observées (Tableau 4) : la moyenne à T0 (début de l'intervention) est de 15,88 ; à T1 (fin de l'intervention) elle est de 15,71 ; à 3 mois (T2) elle est de 15,5 ; et à 6 mois (T3) elle est de 16,33. Toutes ces mesures se situent dans la fourchette d'une insomnie clinique modérée. Les variations des pourcentages dans les trois périodes sont T0-T1=1,1 %, T0-T2=2,4 % et T0-T3= -2,8 % (Figure 1).

Le t de Student n'était significatif (t=NS) dans aucun des trois temps de mesure. La taille de l'effet (le d de Cohen) était presque nulle dans les trois temps de mesure : dans le T0-T1 le d=0,05 (à l'intervention finale) ; dans le T0-T2 le d=0,08 (à 3 mois) ; et dans le T0-T3 le d= -0,1 (à 6 mois).

Discussion

L'objectif de cette recherche était d'évaluer l'efficacité du programme « Mieux dormir & sophrologie » chez les patients diagnostiqués d'insomnie chronique par leur médecin généraliste dans le cadre d'une étude prospective contrôlée par une simple randomisation.

Suite à l'analyse des résultats de l'ISI au niveau *intergroupe*, on peut constater à la fin de l'étude (T1), des différences statistiquement significatives en faveur du programme « Mieux dormir & sophrologie » ($p < 0,001$). L'analyse *intragroupe* a montré des changements statistiquement significatifs ($p < 0,001$) dans toutes les mesures pour le groupe de Sophrologie Caycédienne.

La taille de l'effet selon le d de Cohen montre une croissance tout au long de la durée de l'étude en faveur du programme « Mieux dormir & sophrologie », en commençant par un effet moyen (d=0,5) à 5 semaines (T1), un effet grand (d=1,4) à 3 mois (T2) et un effet très grand (d=2,3) à 6 mois (T3). Dans la même ligne, on observe une amélioration significative dans le pourcentage de changement, avec une variation de 16,1 % à 5 semaines qui passe à 47,4 % à 3 mois et se termine à 68,7 % à 6 mois.

Le score moyen de l'ISI (une échelle de 0 à 28 points) dans le groupe de Sophrologie Caycédienne montre une réduction de 10,19 points (de 14,84 à 4,65) à 6 mois ce qui correspond à un changement d'un état d'insomnie modérée à l'absence d'insomnie clinique (Tableau 1). Ce constat est en accord avec d'autres études [12, 13, 26] confirmant les bons résultats obtenus avec la TCC et le Mindfulness dans le traitement de l'insomnie.

Dans le groupe contrôle (Mieux dormir & dynamique interactive), aucune variation statistiquement significative ($p=NS$) n'a été observée dans l'ensemble des mesures intragroupes. La taille de l'effet était très petite. Allant dans ce sens, la littérature scientifique démontre que la modification de l'hygiène de sommeil nécessite des efforts à cause de l'influence des comportements d'éveil antérieurs et que certains problèmes de sommeil nécessitent des formes de traitement supplémentaires [27].

En analysant des données sociodémographiques, on peut constater qu'il y avait un nombre plus important de femmes que d'hommes dans cette étude et que tous les participants figurent dans la tranche d'âge de 55 à 65 ans. Cette observation est en accord avec des études existantes indiquant une prévalence d'insomnie plus élevée chez les femmes [8, 28], ainsi que chez les personnes âgées [29, 30].

D'un point de vue subjectif (descriptif), tout au long des sessions et lors des contrôles à 3 et à 6 mois, les participants au programme « Mieux dormir & sophrologie » ont témoigné des changements positifs dans leur vie caractérisant les techniques de sophrologie comme un outil efficace qui favorise l'endormissement et la maintenance du sommeil. En outre, comme ils avaient appris des stratégies pour gérer le stress dans la vie quotidienne, ils se considéraient comme émotionnellement plus stables avec une attitude sereine et positive.

D'après les résultats, nous avons déduit que les participants au programme « Mieux dormir & sophrologie » ont réussi à intégrer les changements promus par le programme et à persister dans l'application de ce qu'ils ont appris, ce qui est en reflet avec d'autres études dans ce domaine [11, 26]. En général, ces résultats sont conformes aux modèles établis pour la modification des comportements en matière de santé [31, 32].

Pour résumer, d'après les résultats obtenus on peut déduire que la pratique du programme « Mieux dormir & sophrologie » entraîne une diminution notable des symptômes de l'insomnie chronique selon l'ISI.



Limitations

Cette étude a été limitée par son utilisation d'un seul questionnaire pour évaluer l'insomnie (l'ISI), mais cette option a été choisie pour sa simplicité et la rapidité avec laquelle on peut le remplir, des aspects importants pour faciliter le déroulement de l'investigation dans le contexte d'un centre médical de soins primaires.

Il serait intéressant et souhaitable dans les études à venir d'élargir le nombre d'instruments afin d'évaluer plus précisément les variables spécifiques à l'insomnie ainsi que l'impact du programme sur l'humeur et l'anxiété.

L'échantillon étudié dans cette étude est relativement petit (N=55) ce qui pourrait conduire à une surestimation des effets réels de l'intervention. De plus, le taux d'abandon dans le groupe contrôle est relativement important ce qui est en accord avec la littérature existante [33]. Bien que les causes de cet abandon n'aient pas été étudiées, on peut supposer qu'un programme théorique d'une telle intensité n'est pas assez intéressant pour les participants.

Il n'était pas possible de mesurer de manière structurée la pratique du groupe d'intervention des techniques sophrologiques tout au long des six mois de l'évaluation. Cependant, on peut constater que tous les participants de ce groupe ont pratiqué les techniques pendant au moins les cinq semaines de la période d'étude.

Conclusion

Cette étude, menée dans un centre médical de soins primaires, a montré que le programme structuré « Mieux dormir & sophrologie » réduit de façon très efficace les symptômes d'insomnie chez les patients souffrant d'une insomnie chronique de niveau modéré selon l'ISI.

Remerciements

Remerciements à Ma Àngels Castillo Cano, Amando Juan Mira, Mónica Suñé, et Ma José Pérez Lucena (directrice CMS Serraparrera) pour leur enthousiasme et leur collaboration indispensable dans cette étude.

Références

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V). 5^e ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Crego CP, Peña CMG. Prevalencia de insomnio y condicionantes ambientales en mayores de 65 años en atención primaria. *Gerokomos* 2017;28(3):121-6.
3. Robert C, Villain C, Fayard F, Urbain F. Insomnie en médecine générale : estimation de la conformité des prises en charge aux recommandations de l'HAS-SFTG et ses déterminants. *Médecine du Sommeil* 2019;16(4):254-61.
4. National Institutes of Health State of the Science Conference Statement on Manifestations and management of chronic insomnia in adults. *Sleep* 2005;28(9):1049-57.
5. Colten H, Altevogt M. Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. National Academies Press; Washington DC; 2006.
6. Medicine AA of S. International Classification of Sleep Disorders. American Academy of Sleep Medicine; 2005.
7. Álamo González C, María Luz Alonso Álvarez D, Francesca Cañellas Dols D, Belén Martín Águeda D, Pérez Díaz H, Odile Romero Santo-Tomás D, et al. Insomnio. Madrid; 2016.
8. Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med* 2010;11(10):1010-8.
9. Adrien J. Insomnie. Une trouble neurobiologique et psychologique. *Inserm*; 2017.
10. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M, et al. Manifestations and management of chronic insomnia in adults. Evidence report/technology assessment (Summary). Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005.
11. Hubbling A, Reilly-Spong M, Kreitzer MJ, Gross CR. How mindfulness changed my sleep: Focus groups with chronic insomnia patients. *BMC Complement Altern Med* 2014;14(1):50.
12. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, Pfeiffer PN, Conte ML, et al. Internet-delivered cognitive behavioral therapy to treat insomnia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016;11(2).
13. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SMW, Cunnington D. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2015;163(3):191-204.



14. Vincent N, Lionberg C. Treatment preference and patient satisfaction in chronic insomnia. *Sleep* 2001;24(4):411-7.
15. Ong JC, Ulmer CS, Manber R. Improving sleep with mindfulness and acceptance: A metacognitive model of insomnia. *Behav Res Ther* 2012;50(11):651-60.
16. Hertenstein E, Thiel N, Lükking M, Külz AK, Schramm E, Baglioni C, et al. Quality of life improvements after acceptance and commitment therapy in nonresponders to cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Psychother Psychosom* 2014;83(6):371-3.
17. Caycedo N. *Science & Sophrologie - Fondements théoriques de la sophrologie*. 2^e ed. Barcelona: Éditions Sofrocay; 2018.
18. Caycedo N. Alfonso Caycedo. *Le parcours hors du commun du créateur de la Sophrologie*. Barcelona: Éditions Sofrocay; 2019.
19. Rangelrooij K van, Caycedo N. *Programme Mieux-être & Sophrologie*. Andorra: Éditions Sofrocay; 2014.
20. Rangelrooij K van, Solans-Buxeda R, Fernández-García MJ, Caycedo N, Selvam RM, Bulbena A. Effectiveness of a 4-week sophrology program for primary care patients with moderate to high anxiety levels: a randomised controlled trial. *Actas Esp Psiquiatr* 2020;in press.
21. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2001;2(4):297-307.
22. Fernandez-Mendoza J, Rodriguez-Muñoz A, Vela-Bueno A, Olavarrieta-Bernardino S, Calhoun SL, Bixler EO, et al. The Spanish version of the Insomnia Severity Index: a confirmatory factor analysis. *Sleep Med* 2012;13(2):207-10.
23. Díaz R, Ruano M. Prevalencia y persistencia del insomnio crónico. Estudio SUECA II. *Acta Méica Colomb* 2011;36(3):119-24.
24. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences Second Edition*. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
25. Cohen PA, Kulik JA, Kulik C-LC. Educational Outcomes of Tutoring: A Meta-analysis of Findings. *Am Educ Res J* 1982;19(2):237-48.
26. Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Chronic Insomnia. *Sleep* 2014;37(9):1553-63.
27. Irish LA, Kline CE, Gunn HE, Buysse DJ, Hall MH. The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Med Rev* 2015;22:23-36.
28. Navarro-Cabrera JA, Domínguez-Moreno R, Morales-Esponda M, Guzmán-Santos IY. Insomnio en adultos mayores: revisión de literatura. *Arch Med Gen Méx*. 2013;6(16):21.
29. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002;6(2):97-111.
30. O'Reilly G, Black D, Luders E, Breen E, Olmstead R, Michael I. Mindfulness Training Versus Sleep Hygiene for Insomnia Symptoms in Older Adults: A Randomized Controlled Comparison Trial. *J Altern Complement Med* 2014;20(5):A14-5.
31. Bootzin RR, Stevens SJ. Adolescents, substance abuse, and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clin Psychol Rev* 2005;25(5):629-44.
32. Lundh L-G. The Role of Acceptance and Mindfulness in the Treatment of Insomnia. *J Cogn Psychother An Int Q* 2005;19(1):29-40.
33. Kaku A, Nishinoue N, Takano T, Eto R, Kato N, Ono Y, et al. Randomized controlled trial on the effects of a combined sleep hygiene education and behavioral approach program on sleep quality in workers with insomnia. *Ind Health* 2012;50(1):52-9.

Lien d'intérêt : aucun