
Étude des effets d'une thérapie de groupe de l'insomnie chez des patients déprimés : étude de cas multiples

*Mémoire de fin d'études présenté en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences
Psychologiques*

Mémoire présenté par **ROYEN Elsa** (S201840)

Promotrice : Professeure Madame **BLAIRY Sylvie**

Sous l'accompagnement de la Post-doctorante Madame **KRINGS Audrey**

Lectrices : Madame **GOOSSE Manon** et Madame **WANSARD Murielle**

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier ma promotrice, Madame Sylvie Blairy pour son accompagnement durant ce mémoire, ses conseils et pour les discussions qui ont poussé ma réflexion. Je tiens à exprimer ma gratitude envers Madame Audrey Krings pour sa disponibilité, ses relectures et conseils avisés. J'adresse également mes remerciements à Mademoiselle Line Meessen pour son implication dans l'étude et pour ses conseils.

Je souhaite remercier Manon Goosse et Murielle Wansard, mes deux lectrices, pour l'intérêt porté à ce mémoire.

Merci du fond du cœur à ma Maman pour ses nombreuses relectures et son soutien inconditionnel durant ce mémoire. Un grand merci à mon Papa, ma Mamoune et ma Marraine pour leurs encouragements et soutiens durant ce travail. Merci aussi à mon Papoune pour la relecture de ce mémoire et à mon Parrain pour son aide précieuse avec le logiciel Excel.

Enfin, je suis reconnaissante envers les participants qui ont accepté de participer à cette étude pour le temps qu'ils ont investi.

Table des matières

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PARTIE THÉORIQUE	3
1. CHAPITRE 1 : EFFET DE LA TCC-I SUR L'INSOMNIE.....	3
1.1. <i>Définition et caractéristiques de l'insomnie</i>	3
1.2. <i>La Thérapie Cognitivo-Comportementale pour l'insomnie (TCC-I)</i>	4
1.3. <i>Comparaison entre TCC-I individuelle et TCC-I de groupe.....</i>	6
1.4. <i>Effets de la TCC-I sur l'insomnie</i>	7
1.5. <i>Apports des études qualitatives : vécu de l'insomnie et de la TCC-I.....</i>	8
2. CHAPITRE 2 : EFFETS DE LA TCC-I SUR LA DÉPRESSION	12
2.1. <i>Dépression et lien avec insomnie.....</i>	12
2.2. <i>Effets de la TCC-I sur la symptomatologie dépressive</i>	12
2.3. <i>Apports des études qualitatives : vécu de la dépression dans le contexte de l'insomnie</i>	15
3. CHAPITRE 3 : EFFETS DE LA TCC-I SUR LES INQUIÉTUDES ET LA FATIGUE.....	16
3.1. <i>Définition des inquiétudes et leur rôle dans l'insomnie et la dépression.....</i>	16
3.2. <i>Effets de la TCC-I sur les inquiétudes</i>	19
3.3. <i>Définition et implications de la fatigue dans la dépression et l'insomnie</i>	20
3.4. <i>Effets de la TCC-I sur la fatigue.....</i>	21
3.5. <i>Apports des études qualitatives : vécu des inquiétudes et de la fatigue dans le contexte de l'insomnie</i>	23
4. QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES.....	25
PARTIE EMPIRIQUE	27
5. MÉTHODOLOGIE.....	27
5.1. <i>Échantillon.....</i>	27
5.2. <i>Recrutement.....</i>	28
5.3. <i>Procédure.....</i>	28
5.4. <i>Outils de mesure</i>	29
5.4.1. <i>Échelles utilisées.....</i>	29
5.4.1.1. <i>Données sociodémographiques.....</i>	30
5.4.1.2. <i>Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i>	30
5.4.1.3. <i>Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)</i>	30
5.4.1.4. <i>Inventaire Multidimensionnel de Fatigue (MFI).....</i>	31
5.4.1.5. <i>Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS)</i>	31
5.4.1.6. <i>Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)</i>	31
5.4.1.7. <i>Les inquiétudes</i>	32
5.5. <i>Intervention.....</i>	32
5.5.1. <i>Entretien semi-structuré</i>	33
5.6. <i>Procédures d'analyse.....</i>	33
6. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS QUANTITATIFS	34

6.1.	<i>Données sociodémographiques</i>	34
6.2.	<i>Les scores de changements</i>	35
6.3.	<i>Analyse visuelle des inquiétudes</i>	36
6.4.	<i>Satisfaction des participants</i>	39
7.	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS QUALITATIFS.....	39
7.1.	<i>Étude de cas</i>	39
7.2.	<i>Analyse transversale</i>	40
7.2.1.	Axe 1 : Évolution du vécu du trouble (insomnie et/ou dépression).....	40
7.2.2.	Axe 2 : Mécanismes de changements perçus	42
7.2.3.	Axe 3 : Adhésion et expérience globale de la thérapie.....	44
8.	DISCUSSION	45
8.1.	<i>Rappel des objectifs et de la méthodologie de l'étude</i>	46
8.2.	<i>Interprétation des résultats</i>	47
8.2.1.	Diminution de l'insomnie avec la TCC-I de groupe	47
8.2.2.	Diminution des symptômes dépressifs avec la TCC-I de groupe	48
8.2.3.	Diminution des inquiétudes avec la TCC-I de groupe.....	49
8.2.4.	Diminution de la fatigue avec la TCC-I de groupe	51
8.2.5.	Mécanismes de changements perçus.....	52
8.2.6.	Adhésion et expérience globale de la thérapie	53
8.3.	<i>Implications et perspectives futures</i>	54
8.4.	<i>Limites méthodologiques</i>	56
9.	CONCLUSION.....	58
	BIBLIOGRAPHIE.....	61
	ANNEXES	83
10.	RÉSUMÉ	123

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'insomnie et la dépression comptent parmi les troubles les plus répandus et les plus impactants en santé mentale. L'insomnie chronique touche environ 15% de la population adulte (Leclair-Visonneau et al., 2024) et a des conséquences significatives sur le bien-être et le fonctionnement quotidien des individus (Van Someren, 2021). La dépression, quant à elle, est une pathologie invalidante qui affecte l'humeur, la cognition et le comportement, avec des répercussions majeures sur la qualité de vie (American Psychiatric Association, 2015). La prévalence de la dépression en Belgique est estimée à 9% (Willems et al., 2024). Ces deux troubles sont fréquemment associés, et forment un cercle vicieux où l'insomnie aggrave les symptômes dépressifs et inversement (Sivertsen et al., 2012). En raison de cette interaction bidirectionnelle entre insomnie et dépression, il devient essentiel de développer des approches thérapeutiques intégrées, capables de cibler simultanément ces deux problématiques (Alvaro et al., 2013; Bouwmans et al., 2017; Fang et al., 2019).

La thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I) est actuellement le traitement de première ligne recommandé pour l'insomnie chronique (Edinger et al., 2021). Son efficacité a été démontrée sur plusieurs paramètres du sommeil, notamment la réduction de la latence d'endormissement, l'amélioration de l'efficacité du sommeil et la diminution du temps d'éveil nocturne (Van Straten et al., 2018). De plus, certaines études montrent que la TCC-I peut également réduire la sévérité des symptômes dépressifs, ce qui suggère ainsi son intérêt dans la prise en charge conjointe de ces deux troubles (Gebara et al., 2018; Wu et al., 2015). Une méta-analyse récente a d'ailleurs confirmé son efficacité auprès de patients souffrant de divers troubles psychiatriques, elle contribue à une amélioration globale de leur santé mentale (Hertenstein et al., 2022).

A ce jour, la majorité des recherches portent sur la TCC-I individuelle, tandis que son efficacité en groupe reste encore débattue (Gao et al., 2022; Yamadera et al., 2013). Pourtant, la TCC-I de groupe présente plusieurs avantages, notamment en termes de coût, d'accessibilité et de soutien social (E. A. Koffel et al., 2015). Certains travaux suggèrent qu'elle est aussi efficace que la TCC-I individuelle (Bouillin et al., 2017; Furukawa et al., 2024; Gao et al., 2022; Verbeek et al., 2006), tandis que d'autres rapportent des résultats inférieurs sur certaines variables du sommeil (Yamadera et al., 2013).

Par ailleurs, plusieurs études soulignent que les inquiétudes et la fatigue jouent un rôle clé dans le maintien de l'insomnie et de la dépression (Harvey, 2002; Kalmbach et al., 2018).

L'inquiétude, en particulier celle centrée sur le sommeil, constitue un facteur prédictif de la sévérité de ces troubles (You et al., 2023). La TCC-I a montré des effets positifs sur la réduction des inquiétudes liées au sommeil (Sunnhed & Jansson-Frömmark, 2014), mais les résultats restent mitigés pour les inquiétudes générales (Ballesio et al., 2020). Quant à la fatigue, bien qu'elle soit une plainte fréquente chez les insomniaques et les patients dépressifs (Leger et al., 2001), peu d'études ont examiné son évolution après une TCC-I. Certaines recherches indiquent une réduction marquée de la fatigue après un traitement en groupe (Smyth et al., 2023), tandis que d'autres n'en relèvent pas à court terme, mais à long terme (Bothelius et al., 2013), ou montrent des effets à court terme qui ne se maintiennent pas après trois mois (Lovato et al., 2014). Une revue systématique récente suggère l'absence d'effet significatif de la TCC-I sur la fatigue (Ballesio, Devoto, et al., 2018) .

Malgré ces avancées, plusieurs limites persistent dans la littérature. Les études quantitatives se concentrent principalement sur des mesures objectives du sommeil et de la dépression et négligent les perceptions subjectives des participants (Rezaie et al., 2016; Wiley et al., 2021). Peu d'études ont exploré l'expérience subjective des participants en lien avec leur trouble, le traitement reçu et leur adhésion à celui-ci (Dyrberg et al., 2020). Il apparaît donc essentiel d'intégrer la perception des patients dans l'évaluation des traitements de l'insomnie afin d'optimiser leur efficacité et leur acceptation (Cheung et al., 2016).

Ce mémoire s'intéresse aux effets de la TCC-I de groupe sur l'insomnie et la dépression à travers une étude de cas multiples. L'objectif est d'examiner dans quelle mesure cette approche permet d'améliorer le sommeil chez des patients souffrant simultanément d'insomnie et de dépression, tout en explorant ses effets sur d'autres variables telles que les inquiétudes et la fatigue, et en tenant compte des perceptions subjectives des participants. Ce travail s'attache également à comprendre le vécu du trouble, les mécanismes de changement perçus ainsi que l'adhésion au traitement.

Cette recherche vise ainsi à approfondir la compréhension des effets de la TCC-I de groupe en adoptant une approche mixte combinant des analyses quantitatives et qualitatives. La revue de la littérature portera, d'une part, sur les liens entre l'insomnie et la dépression, et d'autre part, sur l'efficacité de la TCC-I dans le traitement de ces deux troubles. Les chapitres analyseront successivement l'impact de la TCC-I sur l'insomnie, la dépression, les inquiétudes et la fatigue, en intégrant des résultats d'études qualitatives à chaque étape. Une distinction sera également faite entre la TCC-I de groupe et individuelle, afin de comparer leur efficacité respective.

PARTIE THÉORIQUE

1. Chapitre 1 : Effet de la TCC-I sur l'insomnie

1.1. Définition et caractéristiques de l'insomnie

L'insomnie est un problème de santé publique majeur, qui touche environ 15% des adultes (Leclair-Visonneau et al., 2024) et jusqu'à un cinquième de la population est susceptible d'en présenter, à certains moments, des signes (Morin & Jarrin, 2013). Elle est définie dans la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5) comme étant « *une insatisfaction liée à la quantité ou à la qualité du sommeil, associée à une plainte à propos de difficultés d'initiation ou de maintien du sommeil* » (American Psychiatric Association [APA], 2015). De plus, même lorsque les circonstances et les opportunités de sommeil sont idéales, les patients rencontrent des problèmes de sommeil au moins trois nuits par semaine pendant trois mois ou plus. Ces problèmes de sommeil doivent causer des difficultés subjectives dans le fonctionnement quotidien ou altérer le bien-être général (Van Someren, 2021). L'insomnie peut avoir des répercussions au cours de la journée, telle qu'une altération de l'humeur, de la fatigue, un manque d'énergie et de l'irritabilité. En outre, des symptômes d'insomnie ont été associés à un fonctionnement affaibli de la mémoire épisodique, des fonctions exécutives, du langage, de la structure visuospatiale et de la vitesse de traitement quatorze ans plus tard, selon Zaheed et ses collègues (2023). Le sommeil joue un rôle fondamental dans le maintien de l'équilibre physiologique et du bon fonctionnement des processus mentaux (Åkerstedt et al., 2009). Il est essentiel à la récupération de l'organisme et contribue à la régulation de la vigilance, de l'humeur et des performances cognitives. De plus, il participe activement à la régénération des systèmes nerveux, métabolique, endocrinien et immunitaire (Åkerstedt et al., 2009). Ainsi, une altération prolongée du sommeil, comme c'est le cas dans l'insomnie chronique, peut avoir des conséquences significatives sur la santé physique et mentale.

Dans l'ensemble, l'insomnie semble être le deuxième trouble mental le plus courant, avec une prévalence sur 12 mois qui se situe entre celle des troubles anxieux (les plus répandus) et celle du trouble dépressif majeur, qui suit de près l'insomnie (Wittchen et al., 2011). Elle est souvent associée à d'autres troubles physiques ou mentaux, mais elle peut également se manifester comme un trouble primaire (Cunnington D et al., 2013). Une étude menée sur un large échantillon de 5 210 employés a par ailleurs révélé un lien significatif entre le stress

professionnel et une altération de la qualité du sommeil (Kompier et al., 2012). Les résultats montrent également que la rumination liée au travail est associée à un sommeil perturbé, tandis que les personnes ayant un sommeil de mauvaise qualité déclarent des niveaux de fatigue plus élevés après le travail. De plus, un sommeil de mauvaise qualité est corrélé à une diminution du plaisir ressenti au travail.

Une étude de Soehner et ses collaborateurs (2014) a mis en évidence que les personnes déprimées souffrant d'insomnie et de troubles du sommeil présentent des symptômes de dépression plus graves et des plans de suicide plus fréquents. De plus, environ 50% des patients dépressifs souffrent également d'insomnie comorbide. Une relation bidirectionnelle a été relevée entre la dépression et les symptômes d'insomnie dans une large étude utilisant des données prospectives collectées à deux moments différents avec un intervalle de 10 ans (Sivertsen et al., 2012). Cette relation suggère que l'insomnie et la dépression s'influencent et s'exacerbent l'une l'autre, ce qui nécessite une prise en charge et une évaluation de ces deux troubles (Cunnington D et al., 2013). L'association bidirectionnelle entre ces deux troubles a également été discutée et argumentée par plusieurs autres études et revues systématiques, certaines s'appuyant sur des données longitudinales (Alvaro et al., 2013; Bouwmans et al., 2017; Fang et al., 2019; Franzen & Buysse, 2008). Par ailleurs, des auteurs ont trouvé qu'une insomnie plus sévère est associée à une dépression plus sévère (Sunderajan et al., 2010). L'insomnie est connue comme un symptôme de la dépression (APA, 2013), mais elle a également été associée significativement avec un risque accru de dépression, comme le montre la méta-analyse de Li et ses collègues (2016). Ce lien de bidirectionnalité souligne l'importance de traiter l'insomnie dans le cadre de la prise en charge de la dépression. Le traitement de l'insomnie pourrait ainsi non seulement améliorer les symptômes dépressifs, mais aussi prévenir le développement d'un trouble dépressif (Alvaro et al., 2013).

1.2. La Thérapie Cognitivo-Comportementale pour l'insomnie (TCC-I)

La thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I) est recommandée en première intention, car si son efficacité à court terme est comparable à celle des médicaments, elle se distingue par des bénéfices plus durables à long terme, notamment une réduction plus stable de la sévérité de l'insomnie (Ree et al., 2017; Schutte-Rodin et al., 2008). Cette thérapie associe plusieurs approches et stratégies. Selon le guide de pratique clinique proposé par Edinger et ses collègues (2021), la TCC-I comprend généralement plusieurs techniques : la restriction du temps passé au lit, le contrôle des stimuli, des stratégies cognitives ciblant les

croyances dysfonctionnelles et les inquiétudes liées au sommeil, des recommandations d'hygiène du sommeil, ainsi que, dans certains cas, des techniques de relaxation. Une méta-analyse récente a mis en lumière les composantes clés des interventions de TCC-I les plus efficaces (Furukawa et al., 2024). Celles-ci incluent la restructuration cognitive, ainsi que des approches de la troisième vague telles que la pleine conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement. De plus, des stratégies comme la restriction du sommeil, le contrôle des stimuli et une prise en charge en présentiel se révèlent particulièrement bénéfiques, tandis que la relaxation ne semble pas contribuer à l'efficacité de la TCC-I. Tout au long du traitement, le patient remplit un agenda du sommeil contenant des informations utiles pour les différentes approches. Cela se compose typiquement de 4 à 8 sessions pour la TCC-I standard et de 1 à 4 sessions pour la TCC-I brève, sans distinction entre les formats individuels ou en groupe.

Grâce à l'agenda du sommeil, différentes variables vont pouvoir être mesurées durant ces thérapies (Gao et al., 2022). Selon ces auteurs, ces variables comprennent l'efficacité du sommeil, la latence d'endormissement, le temps d'éveil après l'endormissement ainsi que le temps total de sommeil. La qualité du sommeil peut également être mesurée pendant cette thérapie avec l'agenda du sommeil ou avec des questionnaires tels que l'Indice de Qualité du Sommeil de Pittsburgh, qui étudient aussi les variables ci-dessus, mais également avec des mesures plus objectives du sommeil comme l'actigraphie (Lovato et al., 2014; Smyth et al., 2023; Sunnhed & Jansson-Fröjmark, 2014). Généralement donnée sous forme individuelle, en face à face avec le thérapeute, cette thérapie peut également être dispensée selon d'autres formats. Les modalités peuvent comprendre l'administration en groupe, l'auto-assistance guidée ou non, l'assistance numérique ou téléphonique (Bennett & Bennett, 2020). Aujourd'hui, l'intelligence artificielle (IA) et les applications pour smartphones sont de plus en plus utilisées dans les soins de santé mentale (Olawade et al., 2024). Les applications thérapeutiques pour smartphones intégrant l'IA, telles que la NUKKUAA qui combine la TCC-I et des mesures du sommeil via électrocardiogramme (ECG), montrent des améliorations significatives des symptômes d'insomnie et de la qualité du sommeil (Schabus et al., 2023). Ces systèmes d'IA, en apprenant de leurs interactions avec leurs utilisateurs, offrent des traitements personnalisés et accessibles (Abd-alrazaq et al., 2019; D'Alfonso et al., 2020). Par ailleurs, une étude menée par Hotchi et ses collaborateurs (2024) souligne l'influence de certains facteurs cliniques et sociodémographiques sur l'efficacité de la TCC-I. Les résultats indiquent que le fait d'être une femme ou de ne pas avoir d'emploi est associé à une meilleure réponse au traitement.

1.3. Comparaison entre TCC-I individuelle et TCC-I de groupe

Même si certaines recherches ont mis en évidence que la TCC-I administrée individuellement est plus efficace (Yamadera et al., 2013), la TCC-I en groupe est également un traitement valable pour traiter l'insomnie. Dans leur étude, Yamadera et ses collaborateurs (2013) avaient mis en évidence l'efficacité de la TCC-I individuelle et de groupe. Les deux interventions semblent avoir eu un effet notable sur les paramètres subjectifs mentionnés précédemment, ainsi que sur les paramètres objectifs du sommeil et les évaluations subjectives du sommeil. Néanmoins, les auteurs ont trouvé des meilleurs résultats lorsque la thérapie était individuelle, plutôt qu'en groupe, sur différents paramètres tels que le temps de latence d'endormissement subjectif et objectif, l'efficacité du sommeil objectif, le temps de mouvement pendant le sommeil, la qualité globale du sommeil et la durée réelle de celui-ci. Contrairement aux résultats rapportés ci-dessus, une revue systématique ultérieure menée par Gao et ses collègues (2022) n'a pas trouvé de différences significatives entre l'administration individuelle ou en groupe. Au contraire, les auteurs ont mis en évidence que pour l'insomnie chez les adultes, les formats de TCC-I individuelle, en groupe et assistée numériquement sont plus efficaces que d'autres formats, avec des effets persistants observés lors du suivi à court terme. Ces résultats rejoignent ceux d'une méta-analyse encore plus récente, et mettent ainsi en évidence une cohérence dans les données rapportées dans les différentes études plus récentes (Furukawa et al., 2024). Par ailleurs, deux autres études n'ont pas observé de différences d'efficacité entre ces deux types d'administration (Boullin et al., 2017; Verbeek et al., 2006).

Il est important de noter que la mise en place de la TCC-I individuelle est difficile dans de nombreux contextes en raison de la forte demande de traitements et du nombre limité de professionnels formés pour la dispenser (E. A. Koffel et al., 2015). Le format groupe serait donc à priori plus facile à mettre en place pour une raison de gain de temps et d'argent. Ensuite, le soutien social qu'elle fournit est précieux, notamment pour aider les patients à effectuer des ajustements comportementaux difficiles, tels que changer leurs habitudes de sommeil avec la thérapie de la restriction du sommeil par exemple, ou réduire la fréquence de leurs siestes comme préconisé dans la thérapie de contrôle des stimuli (E. A. Koffel et al., 2015; Spiegelhalder, 2022). Le fait de partager leurs expériences d'insomnie avec d'autres patients contribuerait à renforcer l'efficacité globale du traitement (Verbeek et al., 2006). La thérapie donnée en groupe permettrait de réduire le sentiment de solitude et d'isolement en rencontrant d'autres personnes souffrant d'insomnie (Spiegelhalder, 2022). Des auteurs ont également estimé que l'intervention en groupe permettait aux patients d'appliquer les méthodes apprises

(telles que celles exposées précédemment, propres à la TCC-I) à leur vie quotidienne et à leurs interactions interpersonnelles. Ce processus facilite le transfert des schémas comportementaux et cognitifs rétablis, produisant ainsi des effets thérapeutiques durables (K. Huang et al., 2022).

En fin de compte, il apparaît que les conclusions de différentes études convergent vers l'idée que la TCC-I est une thérapie sûre et efficace mais que sa forme est source d'hétérogénéité (K. Huang et al., 2022). Cette méta-analyse a suggéré une efficacité supérieure de l'approche en groupe par rapport à l'individuelle. Toutefois, elle doit être interprétée avec prudence, car elle inclut principalement des études d'avant 2010 et ne précise pas la taille d'effet de cette différence. Dans le même ordre d'idées, une méta-analyse sur les TCC-I de groupe a démontré que celles-ci sont efficaces (E. A. Koffel et al., 2015). Les auteurs ont observé des tailles d'effet moyennes à grandes pour la latence de l'endormissement (taille d'effet de 0,77 à 0,60), l'efficacité de sommeil (taille d'effet de 1,13 à 0,85) et le temps éveillé après l'endormissement (taille d'effet de 0,89 à 0,63) avec une persistance des effets dans le temps excepté pour le temps éveillé après l'endormissement. De plus, des améliorations significatives du temps total de sommeil (taille d'effet de 0,29 à 0,60), de la qualité de sommeil (taille d'effet de 0,85 à 1,26) et la dépression (taille d'effet de 0,26 à 0,32) ont été relevées dans les analyses intra-groupes après le traitement, et ces améliorations ont été maintenues lors du suivi.

1.4. Effets de la TCC-I sur l'insomnie

La TCC-I, dans son ensemble, a déjà montré son efficacité pour traiter l'insomnie. Plus particulièrement, l'efficacité de cette thérapie sur différentes composantes a aussi été rapportée par une méta-analyse (Van Straten et al., 2018b). Les auteurs ont trouvé des preuves pour une amélioration significative sur la latence de sommeil (g de Hedges=0,57), le temps éveillé après le début de sommeil ($g=0,63$), le nombre d'éveils ($g=0,29$), la qualité du sommeil ($g=0,40$) et une augmentation de l'efficacité du sommeil ($g=0,71$) ainsi qu'une réduction de la gravité des symptômes d'insomnie ($g=0,98$). La méta-analyse a trouvé un effet plus faible de la TCC-I, sur la durée totale du sommeil ($g=0,16$). La plupart des études dans la littérature ont également mesuré ces différentes variables et les résultats diffèrent en fonction des études. Par exemple, l'étude de Bothelius et ses collègues (2013), qui utilisait la thérapie sous un format de groupe, n'a pas trouvé d'effets sur le nombre de réveils, l'efficacité du sommeil, la durée totale du sommeil ou la qualité de celui-ci, selon les journaux du sommeil. Les auteurs ont dévoilé des effets de traitement de taille moyenne statistiquement significatifs sur la latence d'endormissement (d de cohen= 0,57) et le temps d'éveil après l'endormissement ($d=0,55$) qui

se sont situés dans un intervalle de petite à moyenne taille lors de l'évaluation de suivi à 18 mois. De plus, ils ont montré que le groupe recevant la thérapie s'est amélioré sur l'Index de Sévérité de l'Insomnie ($d= 0,90$) de manière significativement plus importante que le groupe témoin. Plusieurs études sur les TCC-I en groupe ont démontré son efficacité sur l'insomnie et ses différentes composantes (Cape et al., 2015; Castronovo et al., 2018; Kapella et al., 2011; Koffel et al., 2015; Lovato et al., 2014; Mao et al., 2017; Smyth et al., 2023). Une de ces études a par exemple montré des effets bénéfiques de la TCC-I de groupe, tels qu'une amélioration significative du score total de l'index de sévérité de l'insomnie et de toutes les variables du journal du sommeil qui se sont maintenues à long terme, sur 10 ans de suivi (Castronovo et al., 2018). Le support social et l'alliance thérapeutique apportés par les thérapies de groupe, pourraient expliquer ces résultats positifs en diminuant le stress et en facilitant l'adhésion au traitement. Une autre étude a démontré qu'un programme de TCC-I de quatre semaines en groupe (4-5 participants) améliore la régulation et la qualité du sommeil chez les personnes âgées souffrant d'insomnie, avec des améliorations au niveau des heures de coucher plus tardives ($d=1,04$), des réveils plus précoces ($d=0,77$) ainsi qu'une diminution du temps d'éveil après l'endormissement ($d=1,14$) et une meilleure efficacité du sommeil ($d=1,57$) (Lovato et al., 2014). En conclusion, les différentes études examinées confirment de manière convergente l'efficacité de la TCC-I dispensée en groupe, soulignant ainsi son potentiel prometteur dans la gestion des troubles du sommeil.

1.5. Apports des études qualitatives : vécu de l'insomnie et de la TCC-I

Il est essentiel d'examiner les études qualitatives existantes sur la TCC-I, dans la mesure où ce travail adopte une approche majoritairement qualitative, bien que ces études demeurent encore peu nombreuses dans la littérature. Parmi celles-ci, plusieurs se sont centrées spécifiquement sur la TCC-I de groupe, à travers des focus groupes et des entretiens semi-structurés, mettant en lumière des thèmes récurrents liés à l'expérience des participants, tant vis-à-vis de leur trouble que de l'intervention elle-même. Plusieurs recherches ont souligné l'importance des interactions sociales et du soutien mutuel au sein du groupe. Par exemple, Latocha et ses collaborateurs (2023) ont mis en avant le processus de « Surmonter les habitudes et perceptions pour accélérer l'endormissement », tandis que Sandlund, Kane, et ses collègues (2018) ont insisté sur l'impact du groupe avec le thème « Être avec les autres vous pousse en avant » et également le thème « Se sentir émotionnellement affirmé et en confiance ». De même, Sadler et ses collaborateurs (2019) ont identifié des dynamiques telles que « le concept de solidarité ». Ces études montrent que le fait de partager son expérience avec des pairs

confrontés aux mêmes difficultés favorise un fort sentiment d'appartenance et de compréhension mutuelle (Sadler et al., 2019; Sandlund, Kane, et al., 2018). Les participants ont rapporté ainsi se sentir moins seuls, plus soutenus et pris en charge. De plus, le groupe joue un rôle moteur dans l'initiation et le maintien des changements comportementaux : voir d'autres personnes faire face aux mêmes défis renforce la motivation et la persévérance, notamment grâce à l'engagement envers le groupe (Latocha et al., 2023; Sandlund, Kane, et al., 2018). Dans le même ordre d'idées, l'étude de Cheung et ses collaborateurs (2019) a montré que la TCC-I de groupe était plus efficace que la thérapie en ligne, principalement en raison des échanges avec le thérapeute et les autres participants. Le fait de partager leur vécu et de discuter de l'insomnie a aidé les participants à mieux accepter leurs difficultés de sommeil. Ils ont attribué l'efficacité de la thérapie à la dynamique du contact interpersonnel, soulignant l'importance du soutien social et des interactions en groupe dans le processus de changement.

Ces études qualitatives ont également exploré la manière dont les participants vivaient et comprenaient les différentes composantes de la thérapie, notamment la restriction du sommeil, considérée comme un pilier central de la TCC-I. Qu'elles aient été menées en groupe ou en individuel, ces recherches ont mis en évidence un consensus parmi les participants concernant cette intervention spécifique. De manière générale, celle-ci a été perçue comme une intervention exigeante et difficile à suivre au début, mais néanmoins bénéfique pour améliorer la qualité du sommeil (Dyrberg et al., 2020; Koffel et al., 2020; Kristiansen et al., 2024; Latocha et al., 2023). Les participants ayant réussi à la maintenir ont avancé qu'elle constituait l'élément le plus efficace de la thérapie (Dyrberg et al., 2020). Plusieurs études ont illustré l'importance du soutien social dans l'adhésion à la restriction du sommeil, mettant en avant le rôle des interactions et de l'accompagnement dans la persévérance des patients (Koffel et al., 2020; Latocha et al., 2023). Par ailleurs, la motivation des participants a été renforcée à mesure que leur endormissement devenait plus aisé (Latocha et al., 2023). Les effets positifs ont été observés rapidement, avec une consolidation accrue du sommeil, une diminution des réveils nocturnes et de la latence d'endormissement, et finalement à une meilleure efficacité du sommeil (Dyrberg et al., 2020; Kristiansen et al., 2024; Latocha et al., 2023). Toutefois, certaines études ont également rapporté des effets secondaires négatifs, notamment durant les premières phases de l'implémentation. Des participants ont évoqué une fatigue importante, des troubles cognitifs ainsi que des difficultés à fonctionner au quotidien (Dyrberg et al., 2020). En somme, bien que perçue comme exigeante et éprouvante, la restriction du sommeil a été majoritairement bien acceptée et jugée bénéfique par les participants.

En outre, une revue systématique sur l'expérience subjective de l'insomnie a mis en évidence son impact sur l'ensemble des 24 heures de la journée, qui affecte divers aspects de la vie quotidienne (Araújo et al., 2017). Loin de se limiter à un trouble nocturne, l'insomnie engendre des répercussions significatives sur le fonctionnement social et professionnel des personnes concernées (Wiley et al., 2021; Cheung et al., 2014). Par exemple, les participants de l'étude de Wiley et ses collaborateurs (2021) ont décrit l'imprévisibilité de leur sommeil comme une contrainte majeure les amenant à réorganiser leur quotidien. L'insomnie a profondément affecté leur capacité à interagir socialement, ce qui entraînait un isolement croissant et un évitement des contacts, certains allant jusqu'à se considérer comme des « reclus ». La peur d'être de mauvaise humeur ou de ne pas pouvoir honorer leurs engagements les a poussés à renoncer à toute planification, tandis que d'autres ont dû abandonner leur emploi en raison de leur fatigue persistante. Ce phénomène traduit un sentiment d'impuissance marqué, où la qualité du sommeil devient un facteur déterminant dans la vie sociale et professionnelle.

L'étude de Cheung et ses collaborateurs (2014) corrobore ces résultats et souligne une autre raison de l'évitement des interactions sociales : la crainte que celles-ci perturbent le sommeil, les patients anticipant les conséquences négatives de ces activités sur leur repos nocturne. Par ailleurs, l'étude de Wiley et ses collègues (2021) a également mis en avant des déficits cognitifs récurrents chez les patients insomniaques, tels que des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration et une incapacité à suivre des conversations dans des contextes sociaux et professionnels. Enfin, une autre étude a souligné l'impact contraignant de l'insomnie sur le mode de vie des patients, marqué par une quête incessante de solutions, une routine rigide et monotone, ainsi qu'une altération de l'humeur (Rezaie et al., 2016).

Deux études qualitatives, visant à recueillir les expériences globales des participants concernant le traitement de la TCC-I, ont rapporté que les participants avaient choisi les méthodes de TCC-I qu'ils estimaient les plus adaptées à leur situation et avaient ajusté le traitement en fonction de leurs besoins individuels (Dyrberg et al., 2020; Sandlund, Kane, et al., 2018). Les participants ont personnalisé les techniques en les alignant avec leurs besoins spécifiques, leur mode de vie, leurs capacités et leurs préférences (Sandlund, Kane, et al., 2018). Les recommandations liées à l'hygiène du sommeil ont été jugées moins utiles, car elles consistaient souvent en des informations trop générales (Dyrberg et al., 2020). Ensuite, les participants de plusieurs études ont souligné plusieurs obstacles importants aux soins spécialisés pour l'insomnie, comme notamment le manque d'informations sur les traitements spécialisés pour l'insomnie, l'insuffisante connaissance des médecins généralistes concernant

les options de prise en charge, l'absence de services spécialisés localement, ainsi que le coût élevé des cliniques du sommeil (Araújo et al., 2017; Sadler et al., 2019; Cheung et al., 2014). L'étude de Araújo et ses collègues (2017) a révélé que les professionnels de la santé privilégient davantage l'éducation sur l'hygiène du sommeil et les médicaments, plutôt que de s'intéresser à l'expérience subjective des patients concernant l'insomnie, ainsi qu'aux traitements non pharmacologiques disponibles.

En conclusion, au regard des résultats trouvés dans la littérature, bien que la TCC-I ait prouvé son efficacité chez les patients souffrant d'insomnie, peu d'études se sont intéressées à l'expérience vécue des patients et à leur adhésion au traitement (Dyrberg et al., 2020). De manière plus générale, la littérature sur l'insomnie est largement dominée par des études quantitatives, laissant de côté l'exploration approfondie de l'expérience subjective du trouble lui-même, c'est-à-dire la manière dont les individus vivent et perçoivent leur insomnie au quotidien (Rezaie et al., 2016; Wiley et al., 2021). Pourtant, cette perspective est essentielle, car un compte-rendu qualitatif du vécu des patients permettrait de mieux comprendre leurs difficultés et besoins spécifiques, une approche encore trop peu développée dans la recherche actuelle (Araújo et al., 2017; Wiley et al., 2021). Malgré sa forte prévalence et son impact significatif, l'insomnie demeure un trouble souvent banalisé, peu diagnostiqué et insuffisamment traité. De plus, les données concernant l'expérience subjective des patients, leurs comportements de recherche d'aide, ainsi que leurs préférences en matière de traitement, restent encore limitées (Araújo et al., 2017). Dans cette optique, il est crucial d'intégrer la perception qu'ont les patients de l'utilité, de la pertinence et des limites du traitement afin d'optimiser son efficacité et son acceptation (Cheung et al., 2016). Par ailleurs, les études qualitatives existantes se concentrent principalement sur l'expérience des patients après la thérapie, à travers des entretiens semi-structurés ou des focus groupes post-traitement, sans inclure d'évaluation préalable permettant d'observer un éventuel changement dans leur perception du sommeil et du traitement. L'ajout d'un entretien pré-intervention pourrait ainsi offrir une perspective plus complète sur l'évolution du vécu de leur trouble. Ainsi, le manque d'études qualitatives sur l'expérience subjective de l'insomnie et des traitements justifie pleinement l'objectif de ce mémoire.

2. Chapitre 2 : Effets de la TCC-I sur la dépression

2.1. Dépression et lien avec insomnie

Le trouble dépressif majeur a des effets négatifs étendus sur la vie de l'individu avec une humeur dépressive persistante ou la perte du plaisir et la détresse ou l'altération dans des domaines importants de la vie, y compris le fonctionnement social et professionnel pendant au moins 2 semaines (APA, 2015). En plus de ces symptômes, l'individu doit présenter au moins 5 symptômes parmi 7 tels que perte ou gain de poids, de l'insomnie ou de l'hypersomnie, une agitation psychomotrice ou un retard psychomoteur, une fatigue ou une perte d'énergie, une diminution de la concentration et des pensées suicidaires. Les symptômes doivent provoquer une détresse significative et altérer le fonctionnement quotidien (APA, 2015). Selon une étude récente réalisée en Belgique, la prévalence et l'incidence de la dépression ont augmenté ces dernières années, en raison de l'augmentation du nombre moyen de maladies chroniques chez ces patients (Walrave et al., 2022). La prévalence de la dépression en Belgique est estimée à 9%, un taux supérieur aux normes internationales, généralement situées entre 5% et 8% (Willems et al., 2024).

Au vu de la comorbidité et de la relation bidirectionnelle mentionnées précédemment, entre la dépression et l'insomnie, il semble important d'évaluer l'efficacité de la TCC-I sur la symptomatologie dépressive. En effet, les individus souffrant d'insomnie présentent fréquemment des symptômes dépressifs, selon les études épidémiologiques qui ont montré que 10% à 20% d'entre eux sont également touchés par la dépression (Ohayon MM, 2007). De plus, il semblerait utile d'appliquer la TCC-I pour la dépression car, souvent, les symptômes d'insomnie après les traitements pour la dépression (TCC ou antidépresseurs) vont persister (Carney et al., 2007; McClintock et al., 2011; Nierenberg et al., 1999, 2010). La TCC-I est reconnue comme le traitement de référence pour l'insomnie chronique, même lorsqu'elle est associée à des troubles psychiatriques (Palagini et al., 2024). Depuis plusieurs années, un certain nombre de recherches ont exploré, étudié et approfondi les connaissances à ce sujet.

2.2. Effets de la TCC-I sur la symptomatologie dépressive

Les effets de la TCC-I sur la dépression seront d'abord examinés à travers les résultats des études individuelles, avant d'être analysés à partir des conclusions tirées des études de groupes. Dans cette première partie, l'attention est donc portée sur les études menées en format individuel. Les effets de la TCC-I sur la dépression ont été principalement étudiés en format

individuel ou digital. Plusieurs études ont démontré l'efficacité de la TCC-I sous forme de thérapie individuelle pour réduire les symptômes dépressifs (Kalmbach et al., 2019; Manber et al., 2008; Wagley et al., 2013; Watanabe et al., 2011). Par ailleurs, dans une étude de suivi sur trois ans, Blom et ses collaborateurs (2017) ont comparé la TCC pour la dépression et la TCC-I, toutes deux en ligne, chez des patients souffrant des deux troubles. La TCC-I s'est révélée plus efficace pour réduire l'insomnie ($d = 0,66$, $p < 0,05$), tandis que les effets sur la dépression étaient similaires ($d = 0,33$, $p = 0,45$). Une autre étude a montré que la TCC-I individuelle était plus efficace que la prise d'antidépresseurs combinée à un contrôle de l'hygiène du sommeil, cette dernière n'améliorant pas le sommeil objectif et peut même l'aggraver (Carney et al., 2017). Cela concorde avec le fait que certains antidépresseurs causent ou aggravent les symptômes d'insomnie (Franzen & Buysse, 2008). Ensuite, deux études ont montré que la TCC-I pouvait avoir un effet positif à la fois sur l'insomnie et les symptômes dépressifs, avec des effets maintenus après trois mois : une étude pilote auprès de personnes souffrant d'insomnie et de dépression légère (D. J. Taylor et al., 2006), et celle d'Ashworth et ses collaborateurs (2015), où 61,1 % des participants étaient en rémission des deux troubles au suivi. Ces résultats sont renforcés par les travaux de Sweetman et ses collègues (2020), qui montrent que la TCC-I reste efficace même en présence de symptômes comorbides de dépression, d'anxiété ou de stress, avec des améliorations significatives tant sur l'insomnie ($d = 0,5-2,7$) que sur les troubles associés ($d = 0,4-0,7$). La TCC-I est donc recommandée même chez les patients présentant ces comorbidités.

Dans cette section, l'accent est mis sur les études ayant examiné les effets de la TCC-I dispensée en groupe sur les symptômes dépressifs, bien que ce format soit moins étudié que celui en individuel. Une première étude sur la TCC-I de groupe a trouvé un effet thérapeutique significatif de cette thérapie pour l'ensemble de l'échantillon au niveau des symptômes d'insomnie ainsi que pour les patients présentant un score de dépression initial élevé sur l'Inventaire de Dépression de Beck (Manber et al., 2011). Les auteurs ont également trouvé une réduction des idées suicidaires et de la gravité des symptômes dépressifs. Norell-Clarke et ses collaborateurs, (2015, 2017) ont montré que la TCC-I en groupe est plus efficace qu'un programme de relaxation pour réduire l'insomnie ($d=0,79$), avec des effets similaires sur la dépression, qui s'est améliorée dans les deux groupes ($d=0,31$) et des améliorations des croyances dysfonctionnelles sur le sommeil. Cependant, un pourcentage plus élevé de personnes dans le groupe TCC-I a atteint la rémission des diagnostics d'insomnie et de dépression par rapport au groupe de relaxation. De même, Sadler et ses collègues (2018) ont

constaté que la TCC-I en groupe produisait des réductions significatives de la sévérité de la dépression ($d=2,12$) par rapport au groupe témoin, avec des effets maintenus lors du suivi ($d=2,12$). Schlarb et ses collègues (2018) confirment ces résultats en montrant que la combinaison de la TCC-I et de l'hypnothérapie, sur six séances, réduit significativement les symptômes dépressifs chez des patients insomniaques avec ou sans dépression. De même, Lau et ses collègues (2022) rapportent une amélioration notable de la dépression ($d = 0,8$) après une TCC-I de groupe chez des patients souffrant de dépression majeure et d'insomnie, tandis qu'Irwin et ses collaborateurs (2022) démontrent que ce format prévient efficacement la dépression majeure chez les adultes insomniaques plus âgés. Ces résultats suggèrent que la TCC-I en groupe pourrait être une intervention prometteuse pour réduire les symptômes dépressifs chez les patients souffrant d'insomnie comorbide. Plus récemment, Maruani et ses collègues (2023) ont montré que quatre séances de TCC-I de groupe (120 minutes chacune) réduisaient la sévérité de l'insomnie chez des patients atteints de dépression résistante au traitement. Les patients présentant des variations saisonnières des symptômes dépressifs ou des troubles du sommeil, notamment des réveils matinaux précoces, ont mieux répondu à la TCC-I, tandis qu'une durée de sommeil plus courte était liée à une moindre efficacité. De son côté, Chung et ses collègues (2024) ont observé qu'une TCC-I de groupe en 4 séances favorisait la rémission de la dépression à 12 mois, diminuait l'usage d'anxiolytiques à 3 et 12 mois, et réduisait les cognitions dysfonctionnelles liées au sommeil à 3 et 6 mois chez des patients en premier épisode dépressif avec insomnie comorbide. Contrairement à la plupart des études, l'évolution de la sévérité de l'insomnie ne montrait pas d'interaction significative entre groupe et temps.

Enfin, plusieurs méta-analyses ou revues systématiques examinant les effets des TCC-I sur les cas comorbides d'insomnie et de dépression seront parcourues ici, en couvrant une gamme variée de formats thérapeutiques (groupe, individuel, digital...) afin de résumer les différents effets discutés antérieurement. Si les résultats globaux confirment l'efficacité de la TCC-I sur l'insomnie, les effets sur la dépression restent plus nuancés. Wu et ses collègues (2015) rapportent une amélioration du sommeil et une rémission de l'insomnie comorbide, tandis que Gebara et ses collaborateurs (2018) observent une réduction modérée à importante des symptômes dépressifs ($d=-1,29$ pour l'échelle de dépression de Hamilton et $d=-0,68$ pour l'inventaire de dépression de Beck). Tanaka et ses collègues (2019) confirment ces effets, bien que plus modestes, pour une TCC-I brève. D'autre part cependant, Ballesio et ses collaborateurs (2018) ont trouvé que la TCC-I individuelle, mais pas en groupe, réduisait davantage les

symptômes dépressifs ($d=0,34$) que le groupe placebo, qui comprenait à la fois des pilules placebo et des interventions comportementales inactives, mais aucune diminution de la fatigue n'a été observée. Par ailleurs, l'importance d'explorer l'efficacité de la TCC-I de groupe est soulignée par une revue de la littérature car les résultats jusqu'à présent sont ambigus et il n'est pas encore déterminé si cette thérapie est aussi efficace que la TCC-I individuelle pour traiter la dépression comorbide à l'insomnie (Cunningham & Shapiro, 2018). En outre, une méta-analyse plus récente n'a pas trouvé d'efficacité de la TCC-I pour la dépression, bien que la qualité des preuves ne soit pas suffisamment bonne pour tirer des conclusions définitives (Feng et al., 2020). Ainsi, bien que la TCC-I soit reconnue pour traiter efficacement l'insomnie comorbide, son impact direct sur les symptômes dépressifs apparaît plus marqué en format individuel. Les résultats en groupe sont plus hétérogènes : certaines études montrent des bénéfices significatifs, tandis que d'autres rapportent des effets plus modestes. Ces données contrastées soulignent la nécessité de recherches supplémentaires pour mieux établir l'efficacité de la TCC-I de groupe dans la prise en charge de la dépression comorbide.

2.3. Apports des études qualitatives : vécu de la dépression dans le contexte de l'insomnie

Les études qualitatives sur le vécu de la dépression, dans un contexte d'insomnie, restent encore relativement peu nombreuses. Celles qui existent se concentrent principalement sur l'insomnie et sur l'expérience des traitements comme la TCC-I, chez des individus souffrant d'insomnie, et accordent souvent une attention secondaire à la dimension dépressive. L'étude de Koffel et ses collaborateurs (2020), réalisée à l'aide d'entretiens semi-structurés, a révélé que l'amélioration du sommeil favorisait une meilleure humeur, une augmentation de l'énergie et un fonctionnement général plus optimal. Les résultats des études de Wiley et ses collaborateurs (2021) et Rezaie et ses collaborateurs (2016) ont mis en lumière des expériences communes chez les patients souffrant d'insomnie, Rezaie et ses collaborateurs (2016) se concentrant sur l'insomnie chronique et Wiley et ses collègues (2021) sur des patients ayant survécu à un cancer et vivant avec une insomnie persistante. Bien que ces études ne portent pas directement sur des patients dépressifs, elles ont révélé des éléments significatifs liés à l'humeur. Les participants ont rapporté une irritabilité accrue et des tensions dans leurs relations sociales, notamment avec leurs proches, ce qui a renforcé leur sentiment d'isolement. De plus, un manque de motivation, ainsi qu'une perte d'intérêt pour les activités autrefois agréables, ont souvent été cités, et contribuent à un mode de vie plus restreint et monotone. Un autre élément récurrent dans ces études a été le sentiment de culpabilité, surtout en lien avec l'impact de la

fatigue sur leur fonctionnement quotidien et leurs interactions sociales. Enfin, ces recherches ont montré que l'insomnie, bien au-delà des simples troubles du sommeil, entraînait des altérations profondes de l'humeur et du tempérament, influençant ainsi l'identité et la qualité de vie des individus.

La revue systématique récente de Kristiansen et ses collaborateurs (2024), portant sur les études qualitatives, est particulièrement pertinente pour ce travail, car elle explore le vécu des patients souffrant à la fois d'insomnie et de dépression. Elle se distingue par son focus sur l'expérience des deux troubles et sur l'impact des interventions, tant pharmacologiques que non pharmacologiques, abordées dans d'autres sections de ce mémoire. Cette revue a mis en évidence un cercle vicieux entre insomnie et dépression, où l'incapacité à stopper les pensées, associée à une ruminación excessive, entraînait des nuits de sommeil insuffisant. Ce manque de sommeil réduisait la résilience mentale et les capacités cognitives, rendant la gestion des pensées et des émotions encore plus difficile. En conséquence, les patients limitaient leurs activités quotidiennes, ce qui accentuait les émotions négatives telles que la tristesse, l'anhédonie, l'irritabilité et la frustration. En outre, les auteurs ont souligné que les troubles du sommeil perturbaient l'engagement dans les activités quotidiennes et les interactions sociales. Enfin, les études qualitatives présentées dans cette revue ont également mis en lumière le rôle paradoxal du sommeil dans la gestion des pensées suicidaires. D'une part, le sommeil était perçu comme une échappatoire aux difficultés de la vie quotidienne et un facteur protecteur contre le suicide. D'autre part, lorsque l'endormissement devenait impossible, l'insomnie semblait exacerber la détresse psychologique. Le calme nocturne, associé à l'absence d'activité et de soutien social, favorisait l'émergence de pensées négatives et suicidaires. Certains participants ont ainsi rapporté que la nuit était perçue comme un moment propice aux tentatives de suicide, en raison de la solitude et du manque d'intervention possible de leur entourage.

3. Chapitre 3 : Effets de la TCC-I sur les inquiétudes et la fatigue

3.1. Définition des inquiétudes et leur rôle dans l'insomnie et la dépression

Puisque jusqu'à 90% des patients déprimés présentent des troubles du sommeil et que ces derniers peuvent significativement influencer la progression de la maladie (Tsuno et al., 2005), il semble important que les potentiels processus communs entre la dépression et l'insomnie

soient détectés. En effet, l'insomnie est le trouble du sommeil le plus courant chez les personnes dépressives (Ford & Kamerow, 1989).

Dans cette partie, les pensées négatives répétitives seront abordées dans un premier temps, avant de se concentrer spécifiquement sur les inquiétudes, avec une attention particulière à celles centrées sur le sommeil, qui constituent l'objet principal de cette recherche. La pensée négative répétitive est un processus cognitif mal adapté, caractérisé par des pensées intrusives et incontrôlables qui se répètent, se concentrant principalement sur des informations négatives (Bijttebier et al., 2015). Une étude a mis en évidence que cette pensée agit comme un médiateur dans la relation entre la difficulté à s'endormir et l'humeur dépressive (I. Huang et al., 2020). Elle sous-tend également les ruminations et les inquiétudes et constitue un facteur de risque pour la gravité, la persistance et la rechute de la dépression et de l'anxiété (Spinhoven et al., 2018). De plus, une étude transversale de Aastebøl Frøjd et ses collègues (2022) a montré que la rumination et l'inquiétude, même après avoir contrôlé l'anxiété et la dépression, prédisaient l'insomnie. Ces deux formes de pensée négative répétitive sont fortement corrélées (Taylor & Snyder, 2021) et une étude a suggéré qu'elles constituaient des concepts distincts qui se chevauchaient (Tousignant et al., 2019). Il serait donc plus approprié d'examiner individuellement la rumination et l'inquiétude (Tousignant et al., 2019). L'inquiétude, centrée sur des événements incertains à venir, est considérée comme une stratégie de gestion impliquant une réflexion abstraite et répétitive (Borkovec et al., 1998). Une autre manière de conceptualiser les inquiétudes ainsi que la rumination, chez les personnes souffrant d'insomnie, est de les comprendre comme des manifestations spécifiques d'une hyperactivité cognitive. Celle-ci désigne une activité mentale excessive, en particulier au moment du coucher, et se manifeste par des pensées répétitives, intrusives et difficiles à contrôler. Ce phénomène est plus marqué chez les insomniaques et refléterait un dysfonctionnement dans le traitement cognitif de l'information (Harvey, 2000, 2005; Harvey & Greenall, 2003; Kalmbach et al., 2018; Pillai & Drake, 2015). Plusieurs recherches ont également montré que cette hyperactivité cognitive est associée à la dépression (Kalmbach et al., 2016; McEvoy et al., 2013; McEvoy & Brans, 2013). Ainsi, les inquiétudes et la rumination peuvent être conceptualisées comme des symptômes psychologiques ou comme des manifestations d'une hyperactivité cognitive.

Plusieurs travaux ont récemment souligné l'importance particulière de l'inquiétude dans le contexte de l'insomnie, notamment lorsqu'elle coexiste avec des symptômes dépressifs. Parmi ces travaux, une étude récente de Zhang et ses collègues (2023) a mis en évidence le rôle central de l'inquiétude concernant le sommeil dans l'insomnie chez les patients dépressifs. En

effet, l'analyse a révélé que parmi les symptômes d'insomnie, l'inquiétude concernant le sommeil occupe une position centrale dans le réseau, ce qui signifie qu'elle est fortement interconnectée avec d'autres symptômes. L'étude a suggéré de se concentrer davantage sur le processus d'inquiétude concernant le sommeil pour améliorer le traitement de l'insomnie. Bien que généralement associée spécifiquement à l'anxiété généralisée plutôt qu'à la dépression, l'inquiétude pathologique définie comme un processus d'inquiétude, qui est excessive, omniprésente et incontrôlable par les auteurs, pourrait néanmoins être influencée par les symptômes dépressifs. En effet, l'étude de Salzer et ses collègues (2009) a souligné l'influence des symptômes dépressifs dans cette inquiétude pathologique. Ces propos sont en lien avec l'étude de Hamoen et ses collègues (2014) qui ont trouvé des corrélations modérées entre des évaluations mesurant la symptomatologie dépressive et les inquiétudes. Une analyse détaillée des données dans l'étude de Gorday et ses collaborateurs (2018) a permis d'identifier la perception de contrôlabilité de l'inquiétude comme caractéristique de l'inquiétude fortement associée à la dépression, l'anxiété et l'idéation suicidaire, tandis que sa fréquence était spécifiquement liée à la dépression. De plus, une étude sur des adolescents a trouvé que ceux qui présentaient des troubles du sommeil rapportaient des symptômes de dépression un an plus tard et que l'inquiétude catastrophique médiait cette relation (Danielsson et al., 2013). Ces études suggèrent donc que l'insomnie, la dépression et les inquiétudes sont liées.

Si le lien spécifique entre insomnie et inquiétude est plus particulièrement exploré, plusieurs études ont associé celle-ci à une mauvaise qualité de sommeil (Galbiati et al., 2018; Takano et al., 2012; Weise et al., 2013). Dans l'étude de Galbiati et ses collègues (2018), les auteurs ont souligné que les patients souffrant d'insomnie présentaient des niveaux élevés d'inquiétude, qui étaient associés avec plusieurs variables de sommeil telles que le pourcentage de sommeil paradoxal, l'efficacité du sommeil et le temps total de sommeil, qui diminuaient, tandis que le temps d'éveil après l'endormissement augmentait. L'inquiétude maintenait une relation significative avec les variables polysomnographiques, qu'elle soit présente dans un contexte dépressif, d'anxiété ou sans comorbidités. En plus de ces résultats, l'étude de Weise et ses collègues (2013) a rapporté que les participants qui éprouvaient des inquiétudes avant de se coucher ont passé près de deux fois plus de temps en sommeil agité basé sur l'actigraphie (~47 min) que ceux qui ne ressentaient aucune inquiétude (~24 min). De plus, une étude a mis en évidence que l'inquiétude liée au sommeil nocturne était associée à l'insomnie et jouait un rôle dans son maintien (Lancee et al., 2017). L'inquiétude avant le sommeil, comme facteur de maintien de l'insomnie a aussi été exposée dans des modèles de l'insomnie (Espie, 2007;

Harvey, 2002; Lundh & Broman, 2000). Enfin, dans le modèle cognitif de l’insomnie de Harvey (2002), il a été suggéré que l’inquiétude peut entraîner une activation autonome et une détresse émotionnelle. Cela pourrait conduire à un état anxieux, perturbant ainsi le sommeil.

3.2. Effets de la TCC-I sur les inquiétudes

Tous les éléments précédemment évoqués mettent en évidence le rôle central des inquiétudes dans le maintien de l’insomnie et leurs liens étroits avec la dépression. En ce qui concerne les effets de la TCC-I de groupe sur ces inquiétudes, quelques études ont mis en évidence des changements significatifs. Tout d’abord, une étude a exploré les effets de la TCC-I de groupe, comprenant 6 séances de 2 heures avec 6 à 10 personnes, une fois par semaine, sur plusieurs variables, dont l’inquiétude concernant l’insomnie (Sunnhed & Jansson-Fröjmark, 2014). Les auteurs ont trouvé une diminution de ces inquiétudes après un an de suivi. De plus, ils ont montré que ces améliorations étaient significativement liées aux changements positifs au niveau de la gravité de l’insomnie, du temps total de sommeil, du temps d’éveil après l’endormissement et de la dépression. Cette étude a alors suggéré que la TCC-I pourrait réduire les symptômes d’insomnie en diminuant les inquiétudes liées au sommeil. Une autre étude a également trouvé des améliorations chez des patients atteints de cancer, des inquiétudes concernant le sommeil après la TCC-I de groupe en comparaison avec la pleine conscience ($d=0,91$), qui se sont maintenues après 3 mois de suivi ($d=1,12$) (Garland et al., 2015).

Les inquiétudes liées au sommeil peuvent également s’exprimer à travers des croyances dysfonctionnelles. En effet, certaines croyances dysfonctionnelles sur les conséquences du manque de sommeil, telles que « *Si je ne dors pas suffisamment, je ne pourrai pas fonctionner demain* » ou « *Le manque de sommeil est dangereux pour ma santé* » (Harvey, 2002), amènent les personnes à s’inquiéter et à se concentrer excessivement sur le sommeil. Cela entraîne alors un cercle vicieux, avec le développement de stratégies de coping non adaptées pour faire face à l’inquiétude, ce qui ne fait que l’accentuer. Plusieurs études ont ainsi mesuré l’impact de la TCC-I de groupe sur ces croyances à l’aide du Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS-16). Sandlund et ses collaborateurs (2018) ont montré une diminution des croyances dysfonctionnelles après l’intervention, notamment celles en lien avec l’impuissance et l’inquiétude face à l’insomnie, et ce même un an après le traitement. Ces résultats rejoignent ceux de deux autres études qui ont observé une réduction des croyances dysfonctionnelles sur le sommeil chez des patients souffrant d’insomnie comorbide à une dépression (Chung et al., 2024; Norell-Clarke et al., 2017). Les travaux de Morin et ses collaborateurs (2007) montrent

que des adhésions plus fortes à l'inquiétude concernant le sommeil et la médication, ainsi qu'aux croyances sur les conséquences de l'insomnie étaient significativement associées aux symptômes dépressifs selon le BDI, et anxieux selon la BAI. En outre, une méta-analyse qui regroupe des TCC-I de groupe et individuel a mis en évidence l'effet de la TCC-I sur l'inquiétude, avec des effets modérés à importants, surtout pour les mesures d'inquiétudes liées au sommeil (g de Hedges de 0,41 à 0,71), mais pas d'efficacité sur les ruminations ($g=0,13$) (Ballesio et al., 2020). Il est également à noter que chez les personnes ayant un épisode dépressif majeur et de l'insomnie, la TCC-I de groupe aura moins d'effets sur les inquiétudes concernant la perturbation de sommeil ainsi qu'au niveau du dysfonctionnement diurne lorsque ces personnes ont une durée de sommeil plus courte (Maruani et al., 2023).

À ce jour, très peu d'études se sont intéressées aux effets de la TCC-I de groupe sur les inquiétudes, et même les études de référence fréquemment citées dans ce domaine n'ont pas évalué cette dimension (Castronovo et al., 2018; Manber et al., 2011; Norell-Clarke et al., 2015; Sadler et al., 2018). Toutefois, contrairement aux conclusions des études rapportées ci-dessus, l'étude de Kalmbach et ses collègues (2019), portant sur des femmes ménopausées souffrant d'insomnie, n'a pas trouvé des effets concluants de la thérapie pour l'insomnie sur l'hyperactivité cognitive, notamment en ce qui concerne l'inquiétude, la rumination et les pensées récurrentes avant le sommeil. En revanche, dans le même sens que les études précédentes, les auteurs ont révélé une grande réduction, durable, des croyances dysfonctionnelles sur le sommeil ($d=1,02$ après le traitement et $d=0,90$ après 6 mois de suivi) ainsi que des symptômes dépressifs ($d=0,74$ après le traitement et $d=0,60$ après 6 mois de suivi). Les études à venir devraient, selon Kalmbach et ses collègues (2019), prioriser la surveillance des changements dans les facteurs cognitifs liés à l'inquiétude et à la rumination, étant donné leur importance dans les modèles cognitifs de l'insomnie et de la dépression. Ces aspects devraient être considérés comme des résultats clés dans le traitement de l'insomnie, étant donné la fréquence élevée de cette comorbidité avec la dépression.

3.3. Définition et implications de la fatigue dans la dépression et l'insomnie

Enfin, une dernière variable qu'il peut être intéressant d'évaluer après une thérapie de l'insomnie chez des personnes dépressives est la fatigue. Elle est tout d'abord considérée par le DSM-5, avec la perte d'énergie, comme faisant partie des symptômes de la dépression (APA, 2013). Chez une personne dépressive, cette fatigue peut survenir sans rapport avec des exercices

physiques et peut se marquer par une efficacité réduite dans l'accomplissement des tâches, même pour les tâches les plus simples (APA, 2013). Malgré un traitement antidépresseur approprié, la fatigue persiste fréquemment en tant que symptôme résiduel dans le trouble dépressif majeur (TDM) comme l'ont montré plusieurs études (Iwaki et al., 2012; Nierenberg et al., 1999, 2010). Elle peut également être observée dans les phases prodromiques, c'est-à-dire précédant le début complet des symptômes dépressifs dans le TDM (Franzen & Buysse, 2008).

La fatigue est également un symptôme fréquent de l'insomnie et représente souvent la plainte diurne la plus constante des personnes insomniaques (Leger et al., 2001; Moul et al., 2002; Riedel & Lichstein, 2000; Roth & Ancoli-Israel, 1999). Par ailleurs, une étude a révélé une corrélation significative entre la fatigue chez les personnes atteintes de TDM et la dépression, l'insomnie et la somnolence (Ferentinos et al., 2009). Ces symptômes étant liés, il peut être difficile pour les patients de distinguer la fatigue due à la dépression de celle due à d'autres facteurs comme l'insomnie ou la somnolence.

D'un point de vue cognitif, les croyances non constructives sur le sommeil et la rumination axée sur les symptômes se sont révélées être des prédicteurs de la fatigue physique et mentale chez des personnes souffrant à la fois de TDM et d'insomnie (Carney et al., 2014). Par ailleurs, la fatigue a été liée à l'hyperéveil, un facteur clé dans l'initiation et la perpétuation de l'insomnie, qui pourrait aussi contribuer au développement de symptômes dépressifs (Victor et al., 2019).

La fatigue est un phénomène complexe qui comporte donc de multiples définitions. Shen et ses collègues (2006) ont proposé une définition générale de la fatigue, qui est que celle-ci est associée à un fonctionnement physique et/ou cognitif altéré et est une sensation écrasante de manque d'énergie et d'épuisement. Enfin, le traitement de la somnolence diurne et de la fatigue dans le contexte de la dépression, tout comme pour l'insomnie, peut favoriser la rémission de manière positive (Franzen & Buysse, 2008). Dans ce contexte, il semble pertinent d'évaluer l'impact de la thérapie pour l'insomnie sur la fatigue.

3.4. Effets de la TCC-I sur la fatigue

Malgré les liens bien établis entre insomnie, dépression et fatigue, peu d'études se sont spécifiquement penchées sur les effets de la TCC-I sur la fatigue, en particulier dans un format de groupe. Les résultats disponibles sont encore très hétérogènes : certaines études rapportent une diminution significative de la fatigue, tandis que d'autres observent des effets plus mitigés.

Récemment, une étude pilote mixte (quantitative et qualitative) a examiné l'acceptabilité (adhésion, satisfaction, collecte des données) et la faisabilité d'une TCC-I de groupe chez 11 adultes de plus de 60 ans (Smyth et al., 2023). L'intervention, composée de trois séances de groupe, a entraîné une amélioration des mesures subjectives et objectives du sommeil, ainsi qu'une réduction de la fatigue de 9 points sur l'échelle utilisée ($d = 0,678$). Elle a montré sa faisabilité et son acceptabilité du fait que la TCC-I est une intervention peu coûteuse et à faible risque. De façon similaire, Morin et ses collègues (2016) et Pilar Martínez et ses collègues (2014) ont observé une réduction significative de la fatigue suite à une TCC-I de groupe, comparativement aux groupes témoins ayant reçu respectivement une combinaison médicamenteuse ou des conseils d'hygiène du sommeil ($d = 0,34$ et $d = -0,56$). Ces résultats suggèrent une certaine efficacité de la TCC-I pour réduire la fatigue. Ces observations concordent avec plusieurs autres études, dont celles de Kapella et ses collègues (2011) et de Sandlund, Hetta et ses collègues (2018), qui ont également trouvé des effets significatifs de l'intervention sur la fatigue. Lovato et ses collègues (2014) ont rapporté de fortes réductions de la fatigue ($d = 1,02$) après une intervention de groupe, significativement plus importantes que dans le groupe témoin. Cependant, après 3 mois de suivi, cette étude n'a pas relevé d'amélioration durable de la fatigue ($d = 0,93$). Chez les personnes souffrant d'insomnie comorbide à un trouble dépressif majeur, les résultats sont plus nuancés. Lau et ses collègues (2022) ont relevé que la réduction de la fatigue était un bon prédicteur de la diminution des scores de dépression. Bothelius et ses collègues (2013), en revanche, n'ont pas trouvé de bénéfices immédiats sur la fatigue après neuf semaines de TCC-I de groupe, mais les suivis à 18 semaines ont montré une réduction de la fatigue et de la somnolence, suggérant des bénéfices à plus long terme. Ainsi, les données sur l'impact de la TCC-I sur la fatigue sont mixtes et il reste difficile de conclure définitivement sur son efficacité.

Puisque les études dans la littérature ne se basent pas souvent sur un format de groupe pour administrer la thérapie pour l'insomnie, il convient de regarder les effets potentiels de la TCC-I en format individuel sur la fatigue. Une étude proposant un modèle individuel de la TCC-I a trouvé une diminution des mesures de la fatigue (d'une moyenne de 22 à 16 sur l'échelle de fatigue de Chalder) chez les participants ayant réalisé l'étude complète (Gotts et al., 2016). Par ailleurs, les participants qui n'ont pas terminé le protocole affichaient des niveaux plus élevés de symptômes de fatigue, de douleur, de dépression, d'anxiété, de préoccupation pour le sommeil, de croyances dysfonctionnelles liées au sommeil, de somnolence diurne, ainsi qu'une insomnie plus sévère, mesurées au début de l'étude, que ceux qui ont été jusqu'au bout

de l'étude. Les caractéristiques de ces participants telles que des symptômes de dépression et de fatigue plus sévères peuvent être analysées avec les résultats d'une étude récente (Sweetman et al., 2020). Après un suivi de trois mois post-traitement par la TCC-I, les auteurs ont remarqué que le groupe souffrant de dépression sévère présentait une réduction moyenne plus importante des symptômes de fatigue ($d=0,5$) par rapport au groupe avec une dépression légère ($d=0,4$). Cependant, il est important de noter qu'une corrélation positive entre la dépression et la fatigue pourrait avoir influencé la réduction moins marquée des scores de fatigue chez les patients sans symptômes dépressifs préexistants, suggérant ainsi un effet plancher potentiel.

En conclusion, les résultats des études sur les TCC-I mesurant la fatigue varient, certains montrant des effets significatifs à court, moyen et long terme après le traitement, tandis que d'autres ne les montrent pas. Une revue systématique de la littérature, incluant des TCC-I individuelles, de groupe, et d'auto-assistance, a examiné leurs effets sur les symptômes dépressifs et la fatigue (Ballesio, Aquino, et al., 2018). Cette revue a mis en évidence une grande hétérogénéité méthodologique ainsi qu'une variabilité importante des résultats concernant l'efficacité de la TCC-I sur la fatigue. Dans l'ensemble, ses conclusions suggèrent que la TCC-I n'aurait pas d'effet significatif sur la réduction de la fatigue. Cependant, des travaux plus récents offrent un éclairage différent. Par exemple, une étude de Greeley et al. (2025), portant sur des survivants du cancer, a mis en évidence une réduction significative de la fatigue à la suite d'une TCC-I. Cette amélioration était largement expliquée par la réduction des symptômes d'insomnie, ce qui comptait pour 45,3 % de la diminution de la fatigue. Le groupe TCC-I a montré une amélioration de 20,6 points à l'Inventaire Multidimensionnel de la Fatigue (version courte), contre seulement 3,7 points dans le groupe témoin, soulignant ainsi l'efficacité potentielle de la TCC-I sur la fatigue dans ce contexte spécifique. Enfin, il convient de souligner que la majorité des études ayant examiné l'impact de la TCC-I de groupe sur la fatigue excluait les participants souffrant d'un trouble dépressif majeur ou d'une dépression sévère (Bothelius et al., 2013; Kapella et al., 2011; Lau et al., 2022; Lovato et al., 2014; Morin et al., 2016; Pilar Martínez et al., 2014; Sandlund, Kane, et al., 2018), ce qui limite les conclusions quant à l'effet de la TCC-I sur la fatigue dans ce sous-groupe.

3.5. Apports des études qualitatives : vécu des inquiétudes et de la fatigue dans le contexte de l'insomnie

Plusieurs études qualitatives ont été menées afin de mieux comprendre le vécu des personnes souffrant d'insomnie, ainsi que leur expérience des interventions thérapeutiques

comme la TCC-I. Bien que les inquiétudes, notamment celles liées au sommeil, ne soient pas toujours un thème central, certaines études les abordent, ce qui justifie leur mise en lumière ici. L'étude de Wiley et ses collaborateurs (2021) a mis en évidence la présence constante d'une préoccupation pour le sommeil, où de nombreux participants ont rapporté un état de « *surchauffe mentale* » au moment du coucher. Ces préoccupations, souvent exacerbées par une catastrophisation des conséquences du mauvais sommeil, ont créé un cercle vicieux de stress et d'anxiété, entravant ainsi l'endormissement. Un participant a illustré cette situation en déclarant: « *C'est le stress... c'est le fait que vous vous inquiétez à ce sujet, c'est comment je vais me lever demain matin, comment je vais sortir, et comment je vais faire face au travail.* ». Un participant d'une autre étude a également illustré cette inquiétude face à la perte de sommeil en disant : « *Tu sais... je pense que peut-être le fait de ne pas m'inquiéter de la quantité de sommeil que je pense devoir avoir. Juste me concentrer sur la quantité de sommeil que je réussis à avoir... c'est satisfaisant.* » (Sadler et al., 2019).

En réponse à ces préoccupations exprimées par les participants, plusieurs études qualitatives ont rapporté un impact bénéfique de la TCC-I sur les inquiétudes. Sandlund et ses collaborateurs (2018) ont constaté que cette approche de groupe a permis de réduire l'inquiétude en permettant aux participants de prendre conscience des stratégies disponibles pour mieux gérer l'insomnie. Par exemple, le fait de leur avoir suggéré de se lever plutôt que de rester au lit à ruminer et s'inquiéter a permis de diminuer les inquiétudes. L'adoption de routines régulières et de techniques de relaxation a également atténué la pression liée à la performance du sommeil, ce qui a réduit ainsi indirectement les inquiétudes associées, tout en améliorant le bien-être général. De plus, une autre étude a rapporté que l'amélioration du sommeil entraînait une diminution significative des préoccupations liées à celui-ci, avec un impact positif sur l'énergie et le fonctionnement quotidien des participants (Koffel et al., 2020), soulignant ainsi les bénéfices globaux associés à la gestion des inquiétudes. De plus, Latocha et ses collaborateurs (2023) ont observé que l'acquisition de stratégies comportementales, telles que la gestion des stimuli et la restriction du sommeil, a renforcé la confiance en soi et réduit les inquiétudes liées aux conséquences de l'insomnie. Enfin, dans leur revue systématique, Kristiansen et ses collaborateurs (2024) ont montré que l'utilisation de techniques cognitives, telles que la planification des préoccupations ou la restructuration des pensées négatives, a permis de changer la perception des difficultés liées au sommeil, offrant ainsi un moyen de mieux gérer les inquiétudes, bien que leur mise en œuvre ait exigé une certaine persévérance et fût compliquée.

La fatigue, peu explorée dans les études qualitatives, semble néanmoins représenter un obstacle important à l'adhésion aux traitements. Dyrberg et ses collègues (2020) ont rapporté que la fatigue diurne a nui à l'engagement des participants dans les stratégies thérapeutiques, affectant à la fois leurs fonctions cognitives et émotionnelles. Latocha et ses collaborateurs (2023) ont également observé que les techniques de relaxation ont contribué non seulement à améliorer la qualité du sommeil, mais aussi à réduire la sensation de fatigue pendant la journée. L'intégration de la relaxation dans la routine quotidienne a permis aux participants de diminuer leur besoin de siestes, optimisant ainsi leur niveau d'énergie. Dans la même ligne, une étude a constaté que la fatigue a restreint la capacité des participants à s'engager dans des techniques cognitives comme la tenue d'un journal de sommeil, ce qui a constitué un obstacle supplémentaire à l'adhésion au traitement (Kristiansen et al., 2024). De manière similaire, l'étude de Conroy et ses collaborateurs (2015) a montré que les adolescents souffrant de dépression et d'insomnie ont rapporté que la fatigue affectait leur capacité à fonctionner au quotidien, compliquant leur participation à des interventions thérapeutiques. En parallèle, une revue systématique menée par Ghanean et ses collaborateurs (2018) a révélé que l'insomnie liée à la dépression provoquait une fatigue diurne profonde qui altérait considérablement la capacité des patients à accomplir leurs tâches quotidiennes. Les difficultés à s'endormir et à maintenir un sommeil réparateur, couplées à une perturbation des rythmes quotidiens, contribuaient à cette perte d'énergie, rendant le réveil matinal particulièrement difficile.

Les résultats présentés ci-dessus illustrent que la fatigue ne se limite pas à être une simple conséquence de l'insomnie, mais qu'elle affecte aussi directement la capacité des patients à participer activement aux traitements. Elle a renforcé la nécessité de tenir compte de cet aspect dans les approches thérapeutiques, afin d'optimiser les traitements de l'insomnie et, dans certains cas, de la dépression associée. De plus, ces études ont montré qu'en réorientant les participants vers des habitudes plus saines et en diminuant la pression liée à la performance du sommeil, ces approches ont favorisé un meilleur contrôle des inquiétudes, contribuant à améliorer leur qualité de vie. La TCC-I a permis dans la plupart de ces études, de réduire ces préoccupations, notamment en offrant des stratégies concrètes pour mieux gérer le sommeil.

4. Question de recherche et hypothèses

Au cours de cette revue de la littérature, nous avons mis en évidence les effets de la TCC-I sur l'insomnie, la dépression, les inquiétudes et la fatigue, tout en définissant et articulant ces différents concepts. Si la littérature met en lumière une efficacité globale de la TCC-I, certains

résultats demeurent contradictoires, notamment en ce qui concerne son application en groupe, ainsi que les effets sur des variables telles que les inquiétudes et la fatigue. En outre, la majorité des recherches sur la TCC-I sont quantitatives, et laissent peu de place à l'exploration du vécu des participants, à leur adhésion au traitement et à leur expérience subjective globale. Une approche qualitative pourrait permettre de mieux comprendre l'impact subjectif de la thérapie, en explorant la manière dont les participants vivent leur trouble, perçoivent le traitement et les changements qu'ils attribuent à celui-ci.

Dans ce mémoire, une étude sera réalisée pour examiner l'efficacité de la TCC-I de groupe sur l'insomnie et la dépression à travers une approche mixte combinant des mesures quantitatives (questionnaires avant/après intervention) et qualitatives (entretiens semi-directifs). Un premier objectif sera d'évaluer l'évolution des symptômes d'insomnie, de dépression, des inquiétudes et de la fatigue au fil de l'intervention. Un second objectif visera à explorer le vécu subjectif des participants afin de comprendre leur perception du traitement, leur degré d'adhésion, les obstacles rencontrés, ainsi que les changements vécus au niveau du sommeil, de l'humeur et des processus de changement perçus. Selon ces objectifs, la question de recherche suivante a été posée : *Quels sont les effets de la TCC-I de groupe sur l'insomnie et la dépression ?*

Plusieurs hypothèses basées sur la littérature et davantage quantitatives seront testées. L'hypothèse de base est que la TCC-I de groupe est efficace pour traiter l'insomnie chez des patients dépressifs :

- 1) L'insomnie diminue avec la TCC-I de groupe chez une majorité de participants.
- 2) Les symptômes dépressifs diminuent avec la TCC-I de groupe chez une majorité de participants.
- 3) Les inquiétudes diminuent avec la TCC-I de groupe chez une majorité de participants.
- 4) La fatigue diminue avec la TCC-I de groupe chez une majorité de participants.

Parallèlement à cette évaluation quantitative, trois axes qualitatifs sont explorés afin d'approfondir la compréhension des processus subjectifs associés à la thérapie.

Le premier porte sur l'évolution du vécu du trouble (insomnie et/ou dépression) des participants au fil de la thérapie : les participants décrivent-ils un changement dans leur rapport à l'insomnie et/ou à la dépression ?

Le deuxième axe examine l'identification des potentiels mécanismes de changement perçus par les participants eux-mêmes : quels sont, selon eux, les leviers principaux ayant contribué à l'amélioration de leur état ?

Enfin, le troisième axe s'intéresse à l'adhésion au traitement et l'expérience globale de la thérapie : comment les participants perçoivent-ils les séances et les outils proposés et en quoi ces éléments influencent-ils leur engagement dans la thérapie ?

En combinant des données objectives et subjectives, ce mémoire vise à enrichir la compréhension des effets de la TCC-I en groupe, en mettant en lumière non seulement son efficacité, mais aussi les processus internes par lesquels elle opère. En intégrant le point de vue des participants, il permettra de mieux comprendre les mécanismes de changement, leur adhésion au traitement et les limites potentielles du traitement, tout en apportant un éclairage sur l'expérience subjective des patients souffrant d'insomnie et de dépression.

PARTIE EMPIRIQUE

5. Méthodologie

5.1. Échantillon

L'étude adopte un modèle expérimental à petit échantillon, également appelé « small N », qui peut néanmoins fournir un niveau de preuve élevé. Selon l’Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2011), ce type de modèle est reconnu comme un niveau de preuve robuste pour la recherche interventionnelle. Dans cette approche, un minimum de trois réplications de l'intervention par condition est nécessaire pour démontrer son efficacité (Krasny-Pacini & Evans, 2018). Afin de pallier le risque habituel d'abandon (environ 40 % dans les études cliniques), nous avons choisi d'inclure 12 participants, garantissant ainsi la présence d'au moins trois sujets pour l'analyse finale. Aucun participant n'a abandonné l'étude et nous avons finalement retenu quatre participants.

Les critères d'inclusion sont d'avoir plus de 18 ans, avoir une compréhension suffisante de la langue française, et présenter une dépression (score >10 au *Patient Health Questionnaire-9*, seuil de dépression modérée) ainsi qu'une insomnie (score >11 à l'*Insomnia Severity Index*), diagnostiquées également selon les critères du DSM-V (APA, 2013).

L'étude prévoit également des critères d'exclusion. Les participants nécessitant un traitement spécifique en raison de troubles tels que la psychose, la bipolarité, la dépendance ou

des idées suicidaires marquées, ainsi que ceux souffrant d'autres pathologies du sommeil comme les apnées, le syndrome des jambes sans repos, la narcolepsie, le somnambulisme ou les mouvements périodiques des membres, ne sont pas inclus. De plus, les personnes ayant récemment reçu ou recevant actuellement des interventions similaires, comme un traitement pour le sommeil ou la dépression, ou un suivi psychologique ou pharmacologique, ne peuvent pas participer. Toutefois, les antidépresseurs et anxiolytiques sont autorisés à condition que leur posologie soit stabilisée depuis au moins deux mois sans modification prévue. Enfin, les participants ayant des rythmes de vie nocturnes irréguliers, tels que ceux travaillant de nuit, sont également exclus de l'étude.

5.2. Recrutement

Les participants sont recrutés suite à un appel à volontaires diffusé par les chercheurs responsables de cette étude. Cet appel est relayé via une affiche publiée sur le réseau social Facebook et par le bouche-à-oreille. Le recrutement a lieu après l'approbation du comité d'éthique. L'affiche donne des informations sur l'étude et ses aspects pratiques (Voir **Annexe 1**). Les personnes intéressées par l'intervention sur le sommeil sont invitées à contacter Audrey Krings par mail ou téléphone. Un entretien téléphonique préliminaire est ensuite réalisé pour vérifier les critères d'inclusion de l'étude.

5.3. Procédure

La procédure générale de l'étude s'est déroulée en plusieurs étapes (voir **Figure 1**). Lors d'un premier entretien, des lignes de base ont été établies et l'agenda du sommeil a été présenté aux 4 participants retenus. À partir de ce moment-là, une évaluation quotidienne des inquiétudes des participants a été mise en place, jusqu'à 2 semaines après l'intervention. Après cet entretien, une phase d'observation pré-intervention (phase A) de 2 semaines a débuté. Pendant cette période, les participants devaient observer et noter leur sommeil quotidiennement, sans intervention. Ils ont aussi dû compléter des questionnaires pré-intervention pour évaluer différentes mesures, qui seront abordées prochainement, et un entretien qualitatif pré-intervention a eu lieu. Après cette phase d'observation, les participants ont suivi une intervention de thérapie cognitive et comportementale pour l'insomnie (TCC-I) en groupe (phase B), composée de 5 séances réparties sur 5 semaines. Enfin, après l'intervention, une nouvelle phase d'observation post-intervention (phase A') de 2 semaines a été mise en place durant laquelle les participants ont continué à observer et à noter leur sommeil. Ils ont également rempli des questionnaires post-intervention et un deuxième entretien qualitatif a été mis en

place pour recueillir des informations sur l'évolution de leur sommeil et des autres variables mesurées.

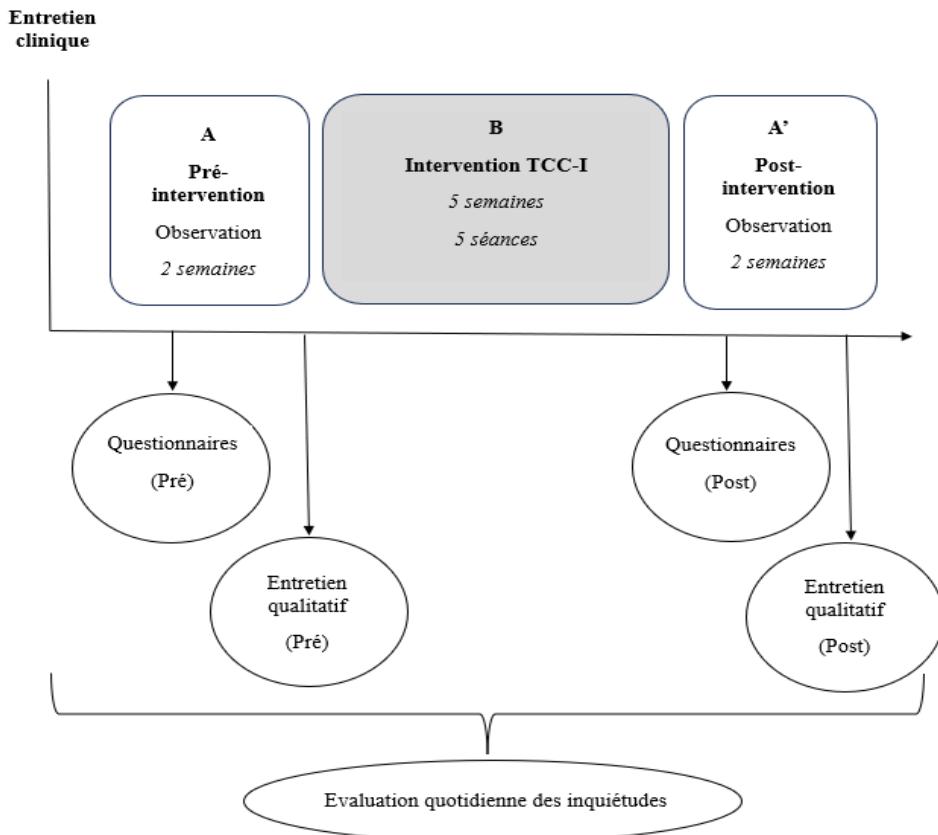


Figure 1. Schéma représentant le design de l'étude

5.4. Outils de mesure

5.4.1. Échelles utilisées

Plusieurs questionnaires sont administrés aux participants avant et après l'intervention de TCC-I de groupe, afin d'évaluer les effets de la thérapie. L'anonymat des participants est préservé grâce à l'attribution d'un code à chacun d'eux. Cette section présente chaque outil de manière synthétique. Les questionnaires permettent d'évaluer plusieurs concepts-clés liés à l'intervention : les données sociodémographiques des participants, l'intensité des symptômes dépressifs et de l'insomnie, la fatigue, les croyances dysfonctionnelles liées au sommeil, la satisfaction des participants concernant les soins reçus et la fréquence des inquiétudes au quotidien. Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche plus général incluant d'autres outils de mesure qui ne seront pas approfondis dans ce mémoire.

5.4.1.1. Données sociodémographiques

Un questionnaire de données sociodémographiques est proposé à chaque participant avant l'intervention, afin de dresser un profil détaillé des personnes incluses dans l'étude. Les variables recueillies comprennent le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le statut socio-professionnel et l'état civil. De plus, des informations sont collectées concernant d'éventuels suivis antérieurs ou en cours par des professionnels de santé, ainsi que sur les traitements ou diagnostics liés à des troubles émotionnels ou psychologiques.

5.4.1.2. Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) est un questionnaire auto-administré en neuf items, conçu pour évaluer la fréquence et la gravité des symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines. Chaque item est noté de 0 à 3 et le score total (pouvant varier de 0 à 27), permet d'évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Un score de 10 ou plus indique généralement une dépression modérée à sévère. Le PHQ-9 correspond aux critères diagnostiques du DSM-IV pour les épisodes dépressifs majeurs. Il est largement validé dans diverses populations cliniques et culturelles, avec une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,87) (Arthurs et al., 2012). Une étude indique une bonne fiabilité test-retest (Coefficient de corrélation intraclasse = 0,81) après un intervalle de deux semaines (Yona et al., 2021).

5.4.1.3. Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

L'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) est un questionnaire en 7 items mesurant l'intensité des symptômes d'insomnie et leur impact fonctionnel sur le dernier mois (Morin, 1993). Les items mesurent les difficultés à s'endormir, à rester endormi, les réveils précoces, la satisfaction vis-à-vis du sommeil, ainsi que l'impact sur les activités quotidiennes et l'anxiété associée. Chaque réponse est notée sur une échelle de 0 à 4, générant un score global de 0 à 28: absence d'insomnie (0-7), insomnie légère (8-14), modérée (15-21), ou sévère (22-28) (Morin et al., 2011). La version française de l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI), validée pour des usages cliniques et non cliniques, affiche une très bonne cohérence interne. Son coefficient alpha de Cronbach est de 0,90 en population générale et de 0,91 pour les patients en milieu clinique (Morin et al., 2011).

5.4.1.4. Inventaire Multidimensionnel de Fatigue (MFI)

L'Inventaire Multidimensionnel de Fatigue (MFI-20), tel que décrit par Gentile et ses collègues (2003), est un outil conçu pour mesurer différents aspects de la fatigue. Cette version française de l'inventaire, permet d'évaluer la fatigue sous plusieurs dimensions : fatigue générale, fatigue physique, réduction des activités, réduction de la motivation et fatigue mentale.

Le MFI-20 comporte 20 items répartis en cinq sous-échelles, dont celles évaluant la fatigue générale et la fatigue physique, que nous avons sélectionnées pour notre étude. Chaque item est noté sur une échelle de type Likert (de 1 à 5), où les répondants expriment l'intensité de leur fatigue selon leurs expériences récentes.

Les alphas de Cronbach des sous-échelles sont supérieurs à 0.70, ce qui indique une bonne cohérence interne. De plus, le MFI-20 a démontré une reproductibilité et une sensibilité au changement satisfaisante, ce qui en fait un instrument fiable pour suivre l'évolution de la fatigue au fil du temps.

5.4.1.5. Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS)

Le Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS) est un questionnaire conçu pour évaluer les croyances dysfonctionnelles liées au sommeil. La version abrégée DBAS-16 comprend 16 items mesurant des cognitions spécifiques. Cette version a été validée par Morin et ses collègues (2007) et présente de solides propriétés psychométriques : une consistance interne adéquate (alpha de Cronbach = 0.77 à 0.79) et une fidélité test-retest élevée ($r = 0.83$). Quatre dimensions principales ont été identifiées : les conséquences perçues de l'insomnie, l'inquiétude et l'impuissance, les attentes de sommeil et l'usage de médicaments. Le DBAS-16 est utile pour évaluer et suivre l'évolution des croyances dysfonctionnelles, et il peut prédire l'efficacité des traitements contre l'insomnie et la dépression.

5.4.1.6. Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

Le Consumer Satisfaction Questionnaire - 8 items (CSQ-8) évalue la satisfaction des patients concernant les soins reçus, sur une échelle de 1 ("pas du tout satisfait") à 4 ("tout à fait satisfait"). Dans sa version francophone validée par Kapp et ses collègues (2014), il présente une bonne consistance interne (alpha de Cronbach = 0.925) et une structure unidimensionnelle.

Ce questionnaire est un outil de référence dans l'évaluation de la satisfaction dans les services de santé. Il a été administré après l'intégralité de l'intervention.

5.4.1.7. Les inquiétudes

Les inquiétudes sont évaluées quotidiennement à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0 à 10, où 0 signifie "pas du tout" et 10 "complètement". Les participants répondent à la question suivante : « Je me suis beaucoup inquiété pour tout et pour rien ».

5.5. Intervention

L'intervention est constituée de 5 séances de groupe de TCC-I. Deux psychologues de première ligne ont animé les séances de groupe qui se déroulaient à raison d'une fois par semaine pendant 2 heures. Le contenu des séances de groupe a été créé sur base des interventions TCC-I (Cunningham & Shapiro, 2018). Une description plus détaillée du contenu abordé est fournie dans le **tableau 1**.

Tableau 1. *Intervention TCC-I*

Interventions /Méthodes	Description	Séance
Agenda du sommeil (auto-enregistrement)	Différentes variables subjectives vont pouvoir être mesurées grâce à cet agenda (Gao et al., 2022) : la quantité et la qualité du sommeil, les difficultés et les comportements associés. L'objectif est de faciliter l'application de stratégies comportementales et d'avoir un suivi des progrès.	Entretien pré-sommeil
Présentation des notions de base de l'insomnie	Saisir les caractéristiques de l'insomnie et ses manifestations, reconnaître la variété des causes possibles, et normaliser l'expérience vécue par le patient.	Séance 1
Contrôle du stimulus	Promouvoir une association positive entre l'environnement de la chambre et le sommeil avec une série d'instructions (Perlis et al., 2010). Un exemple d'instruction serait de dire au patient « <i>Allez au lit uniquement lorsque vous vous sentez somnolent ou à l'aise et que vous avez l'intention de vous endormir</i> » (Cunnington D et al., 2013). Technique la mieux validée (Perlis et al., 2010).	Séance 2
Restriction du sommeil	Limiter le temps passé au lit pour correspondre au temps de sommeil réel moyen. Augmenter progressivement le temps passé au lit de 15 à 30 minutes si la période de sommeil atteint au moins 85% du temps alloué au lit (Cunnington D et al., 2013).	Séance 2
Education à l'hygiène du sommeil	Fournir des recommandations générales sur le mode de vie et les facteurs environnementaux favorisant ou perturbant le sommeil (Morin et al., 2006).	Séance 3
Présentation des notions de base	Connaître le déroulement d'une nuit typique, valider les expériences subjectives, connaître les mécanismes de production du sommeil.	Séance 3

sur l'hygiène du sommeil		
Thérapie cognitive	Identifier et modifier les croyances et pensées négatives à propos du sommeil. Inclut des techniques comme la restructuration cognitive et l'injonction paradoxale (Cunnington D et al., 2013). Permet de diminuer l'anxiété de performance et les inquiétudes.	Séance 4
Prévention à la rechute	Stratégies pour mieux gérer les inquiétudes lors du coucher ou lors des éveils nocturnes.	Séance 5

5.5.1. Entretien semi-structuré

Parallèlement aux cinq séances de TCC-I de groupe, deux entretiens semi-structurés sont réalisés avec chaque participant, avant et après l'intervention. Ces entrevues qualitatives, d'une durée d'environ une heure chacune, visent à explorer leur vécu ainsi que les changements perçus au fil de la thérapie. Elles constituent ainsi une mesure complémentaire aux questionnaires utilisés. Un guide d'entretien qualitatif (Voir **Annexe confidentielle**, accessible uniquement au jury) a été réalisé sous forme de tableau regroupant le thème, les questions de recherche et les questions formulées. Celui-ci a été développé et affiné par l'équipe de chercheurs. Les grands thèmes abordés lors de ces entretiens comprennent : le vécu du trouble, les attentes, les conséquences des troubles, les ressources, l'identité et le rôle social, le futur et les objectifs, la présence d'un changement, les mécanismes responsables du changement, le moment du changement, l'expérience de l'intervention et l'intégration de la thérapie dans la vie des participants.

L'étude est validée par le comité d'éthique. Les entretiens qualitatifs sont enregistrés puis retranscrits intégralement. Un formulaire de consentement est remis à chaque participant afin de recueillir leur accord pour la participation à l'étude ainsi que pour l'enregistrement des séances.

5.6. Procédures d'analyse

Cette étude adopte un design mixte, combinant une analyse statistique des réponses aux questionnaires administrés avant et après la thérapie, des mesures quotidiennes des inquiétudes, ainsi qu'une analyse qualitative des entretiens individuels, qui constitue le cœur de ce mémoire. Les effets de l'intervention sont évalués à l'aide des scores de changement et du score de changement fiable (RC), qui indiquent si l'évolution observée dépasse l'erreur de mesure et peut donc être considérée comme significative (Jacobson & Truax, 1991). L'analyse qualitative

repose sur une approche idiographique, avec une étude détaillée de chaque cas selon la méthode de l'analyse phénoménologique interprétative (IPA). Une analyse transversale des huit entretiens (quatre avant et quatre après l'intervention) est également menée afin de faire émerger des thématiques communes. Compte tenu du nombre restreint de participants (quatre personnes), l'analyse transversale est interprétée avec prudence, dans une visée exploratoire plutôt que généralisable.

6. Présentation des résultats quantitatifs

Cette section présente les résultats quantitatifs. Les données sociodémographiques des participants seront d'abord détaillées, suivies des résultats des questionnaires pré- et post-intervention, incluant les scores de changement et les indices de fidélité. Des graphiques illustrant l'évolution quotidienne des inquiétudes seront ensuite présentés. La section se termine par les résultats du questionnaire de satisfaction.

6.1. Données sociodémographiques

Le **tableau 2** présente les caractéristiques sociodémographiques des quatre participants retenus pour l'étude. Il regroupe plusieurs informations, dont le genre, l'âge, la nationalité, le niveau d'éducation, la situation professionnelle, le fait de vivre en famille ou seul, la présence d'enfants, ainsi que des données sur les antécédents thérapeutiques et la prise de médication. Dans le but de préserver la confidentialité et l'anonymat des participants, des noms fictifs leur ont été attribués.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques

Participants	Genre	Age	Nationalité	Niveau d'éducation	Emploi	Vie à domicile	Enfants	Thérapie précédente	Médication (Oui/Non)
Annie	Femme	31	Belge	Doctorat	Temps plein	En couple	Non	Un an de psychothérapie pour l'anxiété	Non
Nathalie	Femme	53	Française	Enseignement supérieur de type court	Temps partiel	Seule	Oui	TCC de faible intensité	Arrêt mélatonine
Arthur	Homme	30	Belge	Enseignement supérieur de type court	Temps plein	En couple	Non	Aucune	Non
David	Homme	48	Belge	Enseignement supérieur de type long	Temps plein	En couple	Oui	TCC de haute intensité (plus de dix ans) pour TOC, traumatisme et dépression	Paroxétine, Invega, Sevrage : Staurodorm

6.2. Les scores de changements

Les résultats des questionnaires administrés avant et après l'intervention ont permis d'évaluer les effets de la TCC-I de groupe sur les symptômes d'insomnie, de dépression, de fatigue et des croyances dysfonctionnelles liées au sommeil pour chaque participant. Les scores de changement et les indices de changement fiable (RC) ont été utilisés pour déterminer les améliorations significatives dans chaque domaine pour chaque participant. Les résultats détaillés sont présentés dans le **Tableau 3**. Voici un résumé des résultats principaux.

Pour Annie, des améliorations significatives et marquées ont été observées dans les domaines de la dépression (PhQ-9), de l'insomnie (ISI), et de la fatigue (MFI), avec des réductions respectives de 10, 13, et 16 points ($RC = -3.44, -5.26, -4.61$). Cependant, les croyances dysfonctionnelles liées à l'insomnie (DBAS-16) n'ont pas montré de changement significatif ($RC = -1.64$).

Les résultats pour Nathalie ont montré des améliorations significatives et marquées dans la dépression (PhQ-9) et l'insomnie (ISI), avec des réductions de 16 et 14 points ($RC = -5.26, -5.66$). En revanche, la fatigue (MFI) n'a montré qu'une faible diminution de 3 points ($RC = -0.87$), qui n'est pas significative. Les croyances dysfonctionnelles (DBAS-16) ont également montré une réduction significative de 3.31 points ($RC = -4.80$), indiquant une amélioration marquée.

Pour Arthur, des changements significatifs ont été observés dans l'insomnie (ISI) et les croyances dysfonctionnelles (DBAS-16), avec des réductions de 5 points ($RC = -2.02$) et 1.43 points ($RC = -2.07$), ce qui indique des améliorations modérées dans ces domaines. Les symptômes dépressifs (PhQ-9) et la fatigue (MFI) n'ont pas montré de changements significatifs ($RC = -0.69$ et -1.44).

Enfin, pour David, des améliorations significatives et marquées ont été observées dans tous les domaines. La dépression (PhQ-9) a diminué de 12 points ($RC = -4.13$), l'insomnie (ISI) de 11 points ($RC = -4.45$), et la fatigue (MFI) de 15 points ($RC = -4.32$). Les croyances dysfonctionnelles liées à l'insomnie (DBAS-16) ont montré une réduction significative de 4.12 points ($RC = -5.98$).

Les scores de changement et les indices de changement fiable sont résumés dans le **Tableau 3**.

Tableau 3. Scores avant et après intervention, scores de changement et indices de changement fiable (RC) pour chaque participant

Participant	Questionnaire	Avant intervention	Après intervention	Score de changement	RC
Annie	<i>PhQ-9</i>	16	6	10*	-3.44
	<i>ISI</i>	18	5	13*	-5.26
	<i>MFI-general-physical fatigue</i>	38	22	16*	-4.61
	<i>DBAS-16</i>	5.88	4.75	1.13	-1.64
Nathalie	<i>PhQ-9</i>	21	5	16*	-5.26
	<i>ISI</i>	23	9	14*	-5.66
	<i>MFI-general-physical fatigue</i>	38	35	3	-0.87
	<i>DBAS-16</i>	7.69	4.38	3.31*	-4.80
Arthur	<i>PhQ-9</i>	22	20	2	-0.69
	<i>ISI</i>	23	18	5*	-2.02
	<i>MFI-general-physical fatigue</i>	41	36	5	-1.44
	<i>DBAS-16</i>	6.31	4.88	1.43*	-2.07
David	<i>PhQ-9</i>	18	6	12*	-4.13
	<i>ISI</i>	15	4	11*	-4.45
	<i>MFI-general-physical fatigue</i>	33	18	15*	-4.32
	<i>DBAS-16</i>	6.81	2.69	4.12*	-5.98

Note. Un changement est fiable (significatif) si le RC est inférieur à -1,96 ou supérieur à +1,96 ($p < 0,05$). Les changements fiables sont marqués d'un astérisque (*) dans la colonne « Score de changement ».

6.3. Analyse visuelle des inquiétudes

Les niveaux d'inquiétudes ont été évalués quotidiennement grâce à une échelle de Likert, abordée dans la partie « Méthodologie ». Les données sont analysées individuellement pour chaque participant en distinguant trois phases : la phase A (pré-intervention), la phase B (pendant l'intervention), la phase A' (post-intervention). Les graphiques visuels illustrant l'évolution des inquiétudes pour chaque participant sont présentés dans les **Figures 2 à 5**.

Chez Annie, les inquiétudes diminuent légèrement au cours de la phase pré-intervention (phase A), avec une moyenne de $M = 4.61$ et une pente de -0.051 . Durant l'intervention (phase B), une baisse modérée est observée ($M = 5.42$; pente = -0.034), suivie d'une légère augmentation après la fin de la TCC-I, en phase A' ($M = 5.21$; pente = 0.0127). Dans l'ensemble, les inquiétudes d'Annie diminuent légèrement pendant l'intervention, avant de remonter quelque peu après celle-ci. Cette évolution est illustrée dans la **Figure 2**.

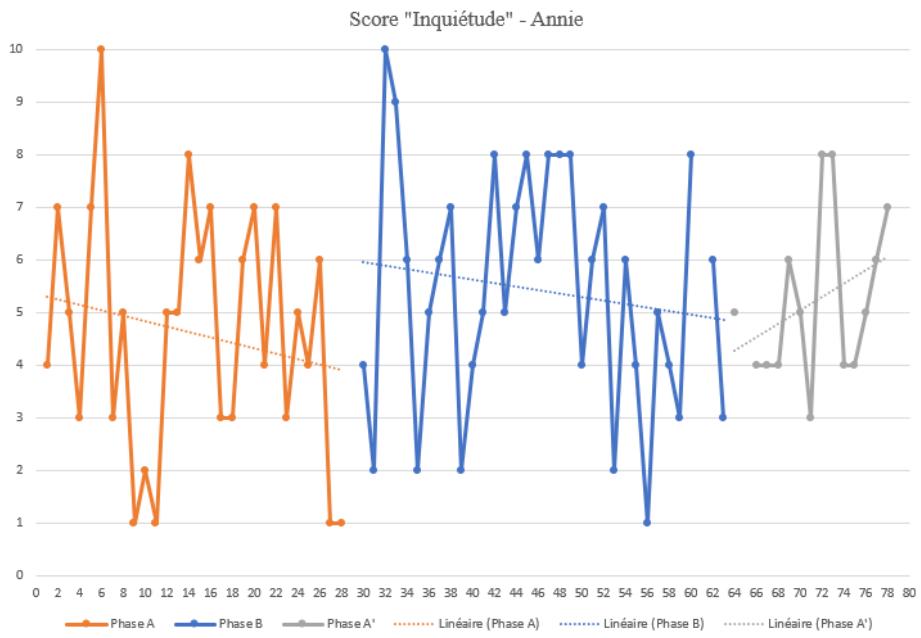


Figure 2. Evolution des inquiétudes avant, pendant et après l'intervention TCC-I - Annie

Nathalie présente une augmentation des inquiétudes au cours de la phase pré-intervention ($M = 5.15$; pente = 0.199). Une diminution marquée est ensuite observée pendant la TCC-I ($M = 3.60$; pente = -0.131), puis la tendance à la baisse se poursuit légèrement après l'intervention ($M = 3.79$; pente = -0.108). Les inquiétudes de cette participante diminuent de façon continue à partie du début de l'intervention, comme le montre la **Figure 3**.

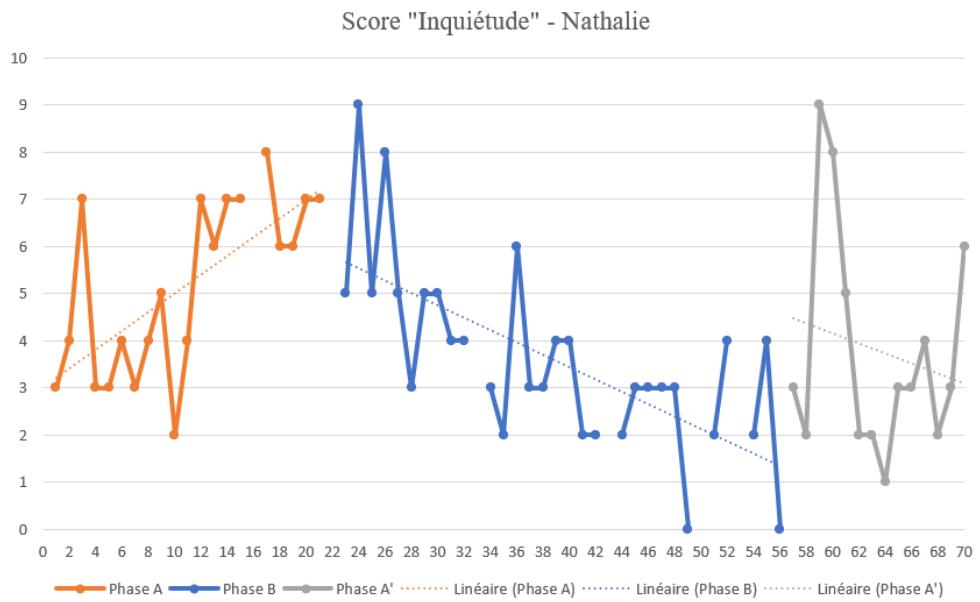


Figure 3. Évolution des inquiétudes avant, pendant et après l'intervention TCC-I - Nathalie

Chez Arthur, l'analyse des inquiétudes est difficilement interprétable en raison d'un nombre élevé de données manquantes. Ce participant a omis de compléter les mesures à de nombreuses reprises, tant en phase A qu'en phase B, et n'a fourni aucune donnée en phase A'. Les moyennes et pentes ont été calculées pour les phases A ($M = 2.67$; pente = 0.010) et B ($M = 4.85$; pente = 0.168) mais la faible fréquence des données recueillies ne permet pas de tirer de conclusions fiables quant à l'évolution des inquiétudes au cours de l'intervention. Les résultats présentés dans la **Figure 4** doivent donc être interprétés avec une grande prudence.

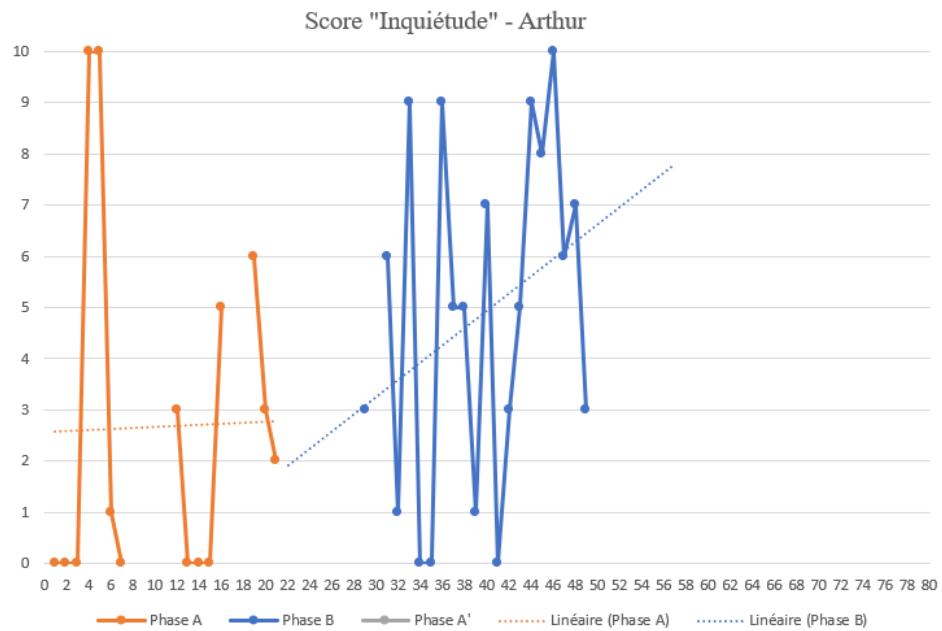


Figure 4. Évolution des inquiétudes avant, pendant et après l'intervention TCC-I - Arthur

Enfin, David montre une légère augmentation des inquiétudes avant l'intervention ($M = 4.73$; pente = 0.066). Une diminution progressive est ensuite observée pendant l'intervention ($M = 2.51$; pente = -0.050) et se poursuit après celle-ci ($M = 1.93$; pente = -0.068). Chez ce participant, les inquiétudes diminuent donc progressivement au fil de la TCC-I et continuent de baisser après l'intervention, comme présenté dans la **Figure 5**.

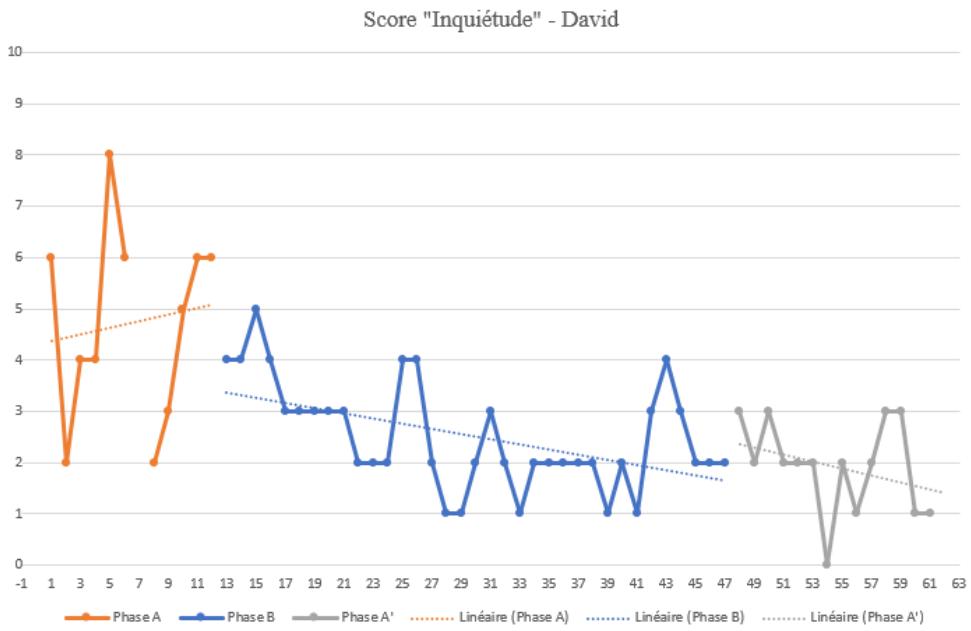


Figure 5. Évolution des inquiétudes avant, pendant et après l'intervention TCC-I - David

6.4. Satisfaction des participants

La satisfaction vis-à-vis de l'intervention, mesurée à l'aide du Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ-8), a été évaluée par les 4 participants de l'étude à l'issue de la TCC-I de groupe.

Les scores des participants vont de 27 à 32 et sont systématiquement supérieurs à la moyenne de validation du CSQ=8 ($M=25,6$ et $ET=5,6$). Les scores Z calculés, montrent que David ($Z=1,14$) et Nathalie ($Z=0,79$) présentent une satisfaction élevée, bien au-delà de la moyenne de l'échantillon de validation. Annie et Arthur obtiennent le même score, légèrement supérieur à la moyenne ($Z=0,25$). Arthur précise tout de même qu'il aurait préféré un format individuel. Ces résultats reflètent des niveaux de satisfaction élevés par rapport à l'intervention de groupe TCC-I.

7. Présentation des résultats qualitatifs

7.1. Étude de cas

La présentation des résultats qualitatifs repose sur une analyse approfondie de chaque cas, réalisée selon la méthode de l'analyse phénoménologique interprétative (IPA). Pour chaque participant, le contexte de la rencontre ainsi que l'analyse des deux entretiens qualitatifs menés par une psychologue clinicienne, un premier avant l'intervention de TCC-I et un second après, sont présentés en **Annexe 2**. Afin de structurer cette analyse, des tableaux ont été réalisés pour

chaque participant, répertoriant les thèmes, sous-thèmes et codes prédominants dans les entretiens pré- et post-intervention. Ces tableaux sont présentés en **Annexe 2**.

7.2. Analyse transversale

Suite à l'analyse individuelle de chaque participant, présentée en **Annexe 2**, cette section propose une analyse transversale mettant en lien les différents entretiens. Elle vise à faire émerger des tendances communes ainsi que certaines spécificités individuelles. L'objectif n'est pas de généraliser les résultats, compte tenu du faible nombre de participants, mais plutôt de proposer une lecture croisée des expériences relatées. Cette analyse s'appuie sur les trois axes de recherche qualitatifs ayant guidé ce travail : le vécu du trouble (insomnie et/ou dépression), les mécanismes de changement perçus, et enfin, l'adhésion au traitement et l'expérience globale de la thérapie. Chacun de ces axes sera présenté dans les sections suivantes.

7.2.1. Axe 1 : Évolution du vécu du trouble (insomnie et/ou dépression)

Sur le plan du sommeil, tous les participants décrivent, avant l'intervention, une insomnie persistante, bien que ses manifestations varient d'une personne à l'autre. Les réveils nocturnes prolongés sont présents chez l'ensemble des participants. Chez Annie, ces réveils sont accompagnés d'une peur marquée de mal dormir et de se réveiller la nuit, ce qui semble entretenir l'insomnie. Nathalie, en plus de réveils nocturnes, rapporte des difficultés d'endormissement et des réveils précoces, associés à une anticipation anxieuse le soir. Elle explique également avoir développé une association négative entre sa chambre et ses difficultés de sommeil. Après la TCC-I, Annie, Nathalie et David rapportent une amélioration notable de la qualité de leur sommeil, avec une réduction des réveils nocturnes et de la fatigue perçue. Ce changement est souvent attribué à une meilleure gestion des pensées et à une diminution de l'anticipation anxieuse, notamment grâce à la remise en question de certaines croyances dysfonctionnelles. Arthur, quant à lui, évoque une stabilisation de son état, sans amélioration notable, à l'exception de deux nuits récentes de sommeil réparateur. Ces résultats sur le sommeil, montrent que la TCC-I a un impact variable d'un patient à l'autre. Ici nous pouvons faire l'hypothèse qu'une insomnie plus sévère, comme c'était le cas pour Arthur, prend plus de temps au niveau de l'amélioration. Il serait pertinent d'évaluer ceci quelque temps après la TCC-I.

Une convergence importante entre les participants concerne les répercussions de l'insomnie sur la vie quotidienne, notamment sur le fonctionnement social et professionnel. Tous évoquent un certain repli social, souvent lié à une anticipation de la fatigue ou à la crainte que des activités perturbent leur sommeil. Cette appréhension semble freiner la planification et les fait renoncer à des engagements de peur de ne pas pouvoir les honorer. Annie et Arthur évoquent également une baisse d'envie et de motivation, ainsi qu'un désintérêt pour les échanges sociaux. David, de son côté, exprime un sentiment de culpabilité lorsqu'il annule des activités à cause de sa fatigue. David et Nathalie font par ailleurs part d'un impact de l'état de fatigue sur la conduite automobile, qu'ils considèrent comme plus dangereuse. Après l'intervention, une évolution positive est observée chez Annie et Nathalie, qui décrivent une reprise progressive de leurs activités sociales, avec moins de craintes quant à leur impact sur le sommeil. Annie évoque même un plaisir retrouvé et une anticipation plus positive face à ces moments. Nathalie souligne une diminution de la fatigue, ce qui semble avoir facilité sa réintégration dans la vie sociale. Arthur, en revanche, ne perçoit pas de changement notable sur ce plan, et il continue à réduire ses interactions sociales, principalement en raison de sa fatigue et de son humeur. Du côté de David, le dernier entretien ne nous fournit pas d'éléments sur cet aspect. Enfin, tous les participants évoquent le sport et l'activité physique comme ressource pour le bien-être. Annie et Nathalie ont repris une pratique plus régulière après l'intervention, tandis qu'Arthur et David ont été freinés dans cette reprise en raison de blessures physiques. Les entretiens montrent que l'insomnie affecte fortement la vie sociale des participants. Après la TCC-I, Annie et Nathalie rapportent une reprise de leurs activités sociales, liée à une réduction de la fatigue. Cependant, Arthur ne constate pas de changement significatif, ce qui suggère que la persistance de la fatigue, malgré l'amélioration du sommeil, peut limiter la reprise des activités sociales.

Au-delà de l'impact social, trois participants évoquent également le rôle central du travail dans le maintien ou l'aggravation de leurs troubles du sommeil. Annie, Arthur et David parlent d'une prise de conscience progressive de ce lien. Chez Annie, le stress professionnel est clairement identifié comme un facteur déclencheur d'anticipations anxieuses qui perturbent ses nuits. Elle décrit une hypersensibilité accrue lorsqu'elle ne dort pas, se sentant plus « *à fleur de peau* ». Chez David, le surinvestissement dans le travail apparaît comme une stratégie pour faire face à un mal-être plus général, mais qui mène rapidement à l'épuisement. Arthur, quant à lui, réalise progressivement l'impact de son stress professionnel sur son sommeil et son humeur, même si cette prise de conscience ne semble pas encore s'être traduite en changement

concret. Les quatre participants rapportent l'impact du manque de sommeil sur leur productivité au travail. Nathalie parle de difficultés de concentration, notamment dans des situations de double tâche, et d'un ralentissement global de sa productivité. Un constat partagé par Arthur, qui mentionne des erreurs inhabituelles et une perte de clarté mentale, l'obligeant à faire des heures supplémentaires pour compenser. Après la thérapie, Nathalie décrit une diminution de la fatigue mentale, une meilleure aisance dans les interactions avec ses collègues et une amélioration de ses performances au travail. Annie dit également se sentir plus détendue et moins anxieuse dans son quotidien. Ces récits soulignent à quel point la vie professionnelle peut aggraver l'insomnie, mais aussi s'améliorer visiblement lorsque le sommeil devient plus stable.

La dimension émotionnelle est également très marquée dans les discours. Avant la thérapie, tous les participants décrivent une humeur altérée. Arthur parle de réactions disproportionnées, d'une irritabilité et d'un sentiment de ne plus se reconnaître, avec un impact sur sa vie de couple. Cet impact relationnel est également mentionné par Annie et David. Après l'intervention, les trajectoires divergent : Arthur ne rapporte pas d'amélioration notable de son humeur, la culpabilité et l'irritabilité restant présentes. En revanche, Annie, Nathalie et David expriment un apaisement émotionnel, directement lié selon eux, à l'amélioration de leur sommeil. David, en particulier, parle d'un regain d'optimisme, d'un meilleur recul émotionnel et d'un renforcement de ses relations professionnelles, ce qu'il perçoit comme des signes d'une meilleure humeur globale.

Les participants mettent en évidence un lien bidirectionnel entre insomnie et humeur. Annie évoque être plus cynique, moins joyeuse lorsqu'elle est fatiguée. Nathalie et Arthur observent que leur sommeil s'améliore lorsqu'ils sont en vacances ou sans obligations professionnelles, ce qui reflète un effet du contexte sur la qualité de leur sommeil. David, lui, souligne l'impact de son humeur dépressive sur son sommeil, tandis qu'Arthur mentionne d'abord le sommeil comme cause de sa baisse de moral, puis reconnaît également l'effet de son humeur sur son sommeil après l'intervention. Cela met en évidence combien le sommeil, l'humeur, le stress et la sphère professionnelle sont étroitement liés, chacun pouvant influencer l'autre.

7.2.2. Axe 2 : Mécanismes de changements perçus

Certains mécanismes et leviers de changements sont explicitement mentionnés par les participants comme ayant contribué aux améliorations perçues, tandis que d'autres émergent de

manière plus implicite à travers l'analyse de leurs discours. La restructuration cognitive des croyances liées au sommeil apparaît comme un levier de changement important pour Annie, Nathalie et David. Ils évoquent la remise en question de certaines croyances rigides, comme « *Il faut que je dorme 8 heures.* » ou encore « *Les activités sociales fatiguent et nuisent au sommeil.* ». Cette prise de recul semble s'accompagner d'un certain lâcher-prise, notamment chez David. On peut émettre en effet l'hypothèse que, chez lui, la remise en question de ses croyances a pu contribuer à réduire le stress avant d'aller dormir, facilitant ainsi un meilleur sommeil. Nathalie relie directement ce changement cognitif à la reprise progressive de ses activités sociales, dont elle redoutait auparavant les effets sur son sommeil. Annie, bien qu'elle ne fasse pas mention explicite de la restructuration cognitive, évoque un changement dans sa manière d'aborder le sommeil. Elle souhaite maintenir certains ajustements, comme ne plus se coucher systématiquement très tôt, et montre une évolution dans sa perception des activités sociales, qu'elle ne considère plus comme un obstacle au sommeil. Ces éléments suggèrent qu'un travail de réévaluation des croyances a également eu lieu chez elle. Ce mécanisme cognitif semble donc associé à une amélioration de la qualité du sommeil et à une réouverture à la vie sociale.

Ce changement cognitif s'articule avec un autre processus évoqué par tous les participants: le lâcher-prise. Sortir d'une posture de contrôle constant sur le sommeil, ou en relâchant les exigences et l'anxiété par rapport à leur travail, semble favoriser une forme de détente mentale propice à l'endormissement. Ce lâcher-prise est notamment rapporté par Nathalie et Arthur, chez qui les améliorations du sommeil se produisent plus facilement lors des vacances ou des week-ends, dans des contextes de détente. Le sommeil semble donc revenir plus naturellement lors des pauses mentales que les participants s'octroient. Cela suggère que le lâcher-prise est un levier actif du changement : en acceptant de ne pas tout contrôler, ils créent des conditions plus favorables au sommeil.

En parallèle, l'augmentation du sentiment de contrôle et d'auto-efficacité émerge comme un mécanisme important du changement. Grâce notamment à la mise en place de la restriction du sommeil, les participants retrouvent une capacité d'agir sur leur insomnie, le sommeil n'étant plus seulement perçu comme un problème subi chez Annie, Nathalie et David. Pour Annie, ses choix ne sont plus dictés uniquement par son insomnie, ce qui témoigne d'une reprise de contrôle. Nathalie évoque l'impression d'avoir récupéré sa capacité de pouvoir dormir et affirme se sentir en mesure d'utiliser les outils en cas de difficulté, ce qui renforce son auto-efficacité. L'impression de se reprendre en main est une idée partagée par Annie et Nathalie.

Chez David, la restriction du sommeil a eu un effet rapide, et nous pouvons souligner le rôle potentiel de ses capacités d'introspection dans ce processus de changement : l'accès renouvelé à ses ressources internes et connaissances préexistantes semble avoir facilité une amélioration de son sommeil, grâce à une réappropriation active de celui-ci. Ces éléments laissent penser que la reprise de contrôle et l'auto-efficacité jouent un rôle important dans le processus de changement. En retrouvant le sentiment qu'ils peuvent agir sur leur sommeil, les participants retrouvent un rôle actif dans la résolution de leurs difficultés. Cela paraît essentiel dans les troubles comme l'insomnie, où le sentiment d'impuissance est souvent présent dans le discours des participants avant l'intervention.

Ensuite d'autres mécanismes, plus singuliers, sont également mis en lumière. Chez Arthur, une prise de conscience de ses schémas d'épuisement et de surcharge mentale, en lien avec son activité professionnelle, semble jouer un rôle central. Il identifie le travail comme un stress qui influence à la fois son sommeil et son humeur, ce qui pourrait constituer un levier sur lequel s'appuyer pour observer un changement. Par ailleurs, Nathalie laisse entendre que l'amélioration du sommeil a eu un impact positif sur son fonctionnement cognitif et fonctionnel. Elle observe une meilleure concentration et une plus grande efficacité au travail, y compris sur des tâches complexes. David, Annie et Nathalie, chacun à leur manière, mettent en avant le soutien social du groupe comme catalyseur de changement. Le groupe est vu comme un démultiplicateur important pour le changement des habitudes. David évoque aussi la solidarité et l'altruisme comme étant des moteurs pour lui.

Ces différents mécanismes semblent s'influencer mutuellement et contribuer ensemble aux changements observés chez les participants. Ils ne sont plus victimes de leurs difficultés de sommeil et d'humeur, mais des acteurs dans un processus de changement, avec une réappropriation de leur rapport au sommeil et à eux-mêmes.

7.2.3. Axe 3 : Adhésion et expérience globale de la thérapie

Sur le plan de l'adhésion et de l'expérience globale, tous les participants rapportent une relation positive avec la thérapeute et expriment leur satisfaction générale à l'égard de la thérapie. Annie, Nathalie et David soulignent les effets bénéfiques du format de groupe, malgré une certaine réserve initiale chez Annie et Nathalie. Ils évoquent en particulier le réconfort d'entendre d'autres personnes traverser des difficultés similaires, ce qui a favorisé un sentiment de normalisation et de soutien. David met en avant le rôle du groupe dans l'instauration de nouvelles habitudes, tandis que Nathalie insiste sur l'importance du fait de pouvoir s'exprimer.

Arthur, en revanche, semble avoir moins adhéré au cadre groupal, il exprime une forme de frustration liée au décalage qu'il percevait entre la gravité de ses propres difficultés et celles, selon lui plus légères, d'autres participants. Il ne semble pas avoir réussi à s'identifier pleinement au vécu du groupe. Ce constat pourrait amener à réfléchir à la pertinence de constituer des groupes plus homogènes en termes de sévérité des troubles, afin d'optimiser les bénéfices du travail groupal, tels que relatés par les autres participants.

Quant aux outils proposés, la restriction du sommeil est celui qui a été le plus utilisé et appliqué par l'ensemble des participants. Bien qu'elle ait été perçue comme difficile au début, en raison de la fatigue physique ressentie par Annie et Nathalie, ou d'une appréhension anxiouse chez Annie avant sa mise en place, cette contrainte initiale s'est révélée efficace. Nathalie en témoigne en disant que « *ça en vaut la peine* ». David, quant à lui, observe une amélioration rapide de son sommeil grâce à cet outil. Ensuite, la restructuration cognitive est jugée particulièrement utile et importante par Nathalie et David. Elle semble avoir été mobilisée par Annie qui évoque une remise en question de ses croyances sur le sommeil, un lâcher-prise progressif et le désir de maintenir ces ajustements. En revanche, l'écriture des pensées anxiuses et de l'humeur dans le carnet apparaît plus difficile à mettre en œuvre pour Annie, Nathalie et Arthur. Annie et Nathalie expriment un rejet à l'idée de se replonger dans ses pensées négatives au moment du coucher. Arthur évoque plutôt un manque de temps ainsi que des difficultés plus personnelles à se confier et à adhérer à ce type d'outil. David, de son côté, ne rapporte aucune difficulté avec les stratégies proposées.

Enfin, tous les participants disent avoir retiré des bénéfices importants de l'intervention, que ce soit en termes de meilleure compréhension de leurs difficultés, d'outils concrets ou de prise de conscience personnelle. Annie rapporte se sentir plus outillée pour comprendre ses problèmes, y faire face et relativiser. Nathalie affirme que la thérapie est allée au-delà de ses attentes initiales, elle est surprise par son intérêt et son effet recadrant. Elle met en avant également une amélioration globale, due selon elle, aux outils proposés. Arthur, malgré ses réserves, parle de découvertes intéressantes, et David témoigne d'une bonne adhésion aux outils de la thérapie et au cadre groupal.

8. Discussion

Cette discussion s'organise en plusieurs sections. Elle débute par un rappel synthétique des objectifs, de la méthodologie et des hypothèses formulées. Dans un second temps, les principaux résultats obtenus sont interprétés à partir des hypothèses et axes de recherches, en

les confrontant à la littérature existante. Enfin, les implications cliniques, les perspectives futures de ce mémoire ainsi que ses limites méthodologiques sont abordées.

8.1. Rappel des objectifs et de la méthodologie de l'étude

Ce mémoire s'intéresse aux effets d'une thérapie cognitivo-comportementale de groupe pour l'insomnie (TCC-I) chez des patients présentant également des symptômes dépressifs, à travers une étude de cas multiples. Bien que la TCC-I soit aujourd'hui reconnue comme traitement de première intention pour l'insomnie chronique (Edinger et al., 2021), son efficacité en groupe sur la dépression reste encore discutée et nécessite plus de recherches (Cunningham & Shapiro, 2018). Si plusieurs études montrent une amélioration des symptômes dépressifs lorsque la TCC-I est proposée individuellement (Carney et al., 2017; Gebara et al., 2018; Kalmbach et al., 2019), les données concernant le format de groupe sont plus rares et parfois contradictoires. Par ailleurs, certaines dimensions essentielles dans la compréhension de l'insomnie comorbide à la dépression, comme les inquiétudes et la fatigue, sont peu étudiées. La littérature suggère pourtant que ces facteurs jouent un rôle central dans le maintien de l'insomnie et de la dépression (Harvey, 2002; Kalmbach et al., 2018). Les résultats concernant les inquiétudes restent hétérogènes et certaines études appellent à mieux évaluer ses effets à l'avenir (Ballesio et al., 2020; Kalmbach et al., 2019). Ceux sur la fatigue oscillent entre bénéfices significatifs (Lovato et al., 2014; Morin et al., 2016; Smyth et al., 2023) et effets peu clairs ou retardés (Ballesio, Aquino, et al., 2018; Bothelius et al., 2013). En parallèle, la majorité des études se concentrent sur des approches quantitatives et négligent l'expérience subjective des patients (Rezaie et al., 2016; Wiley et al., 2021). Très peu d'études qualitatives se sont intéressées au vécu des participants et à leur adhésion au traitement (Dyrberg et al., 2020). Pourtant, intégrer la perception des patients dans l'évaluation des traitements de l'insomnie semble essentiel afin d'optimiser leur efficacité et acceptation.

Les objectifs de ce mémoire étaient doubles. Le premier visait à évaluer quantitativement l'effet d'une TCC-I de groupe sur l'insomnie, la dépression, la fatigue et les inquiétudes, en posant l'hypothèse que ces différentes dimensions diminueraient suite à l'intervention. Le second objectif portait sur une analyse qualitative du vécu des participants, afin d'explorer l'évolution de leur rapport au trouble, les mécanismes de changement perçus, leur adhésion au traitement ainsi que leur expérience globale de la thérapie. La question de recherche qui en découle est la suivante : *Quels sont les effets de la TCC-I de groupe sur l'insomnie et la dépression ?*

Pour répondre à ces objectifs, une méthodologie mixte a été mise en place. Elle s'appuie sur quatre études de cas multiples dans le cadre d'une TCC-I de groupe menée sur cinq semaines, à raison d'une fois par semaine pendant 2 heures. Le dispositif comprenait des entretiens semi-structurés réalisés avant et après l'intervention. Côté quantitatif, plusieurs questionnaires ont été administrés en pré et post intervention : l'ISI pour évaluer l'intensité de l'insomnie, le PHQ-9 pour la dépression, le MFI pour la fatigue, et le DBAS-16 pour les croyances dysfonctionnelles liées au sommeil. Enfin, le niveau de satisfaction des participants vis-à-vis de la thérapie a été mesuré à l'aide du CSQ-8 et un suivi quotidien des inquiétudes a été réalisé. L'originalité de cette démarche réside dans son approche double (quantitative et qualitative), mais aussi dans la temporalité choisie, avec des entretiens réalisés à deux moments clés. Contrairement à la majorité des études qui se contentent d'un unique entretien post-intervention, ce protocole permet de mieux comprendre la dynamique du changement au fil du traitement, et non uniquement ses effets finaux. Cela rend compte non seulement de l'efficacité de la TCC-I, mais aussi de la manière dont elle est vécue et intégrée par les patients.

8.2. Interprétation des résultats

8.2.1. Diminution de l'insomnie avec la TCC-I de groupe

Avant d'aborder les effets de la TCC-I, il est important de rappeler que l'analyse transversale met en évidence l'impact fortement délétère de l'insomnie chronique sur le quotidien des participants. Ces derniers rapportent des répercussions importantes sur leur vie sociale et professionnelle, telles qu'un repli social, une baisse de motivation et des difficultés de concentration, ce qui est aussi observé dans la littérature (Wiley et al., 2021; Cheung et al., 2014). Cette symptomatologie initiale souligne l'importance d'une prise en charge adaptée et donne du poids aux effets bénéfiques observés après l'intervention.

L'hypothèse selon laquelle la TCC-I de groupe réduit l'insomnie est soutenue à la fois par les résultats quantitatifs (mesurés par l'ISI) et par les données qualitatives issues des entretiens. Trois des quatre participants (Annie, Nathalie et David) présentent une diminution marquée des symptômes d'insomnie. Arthur présente une diminution significative plus modérée, ce qui reste cohérent avec son discours, dans lequel il évoque une stabilisation et quelques améliorations ponctuelles de son sommeil. Les données qualitatives renforcent ces observations. Annie mentionne une réduction des réveils nocturnes et de son anxiété au coucher. Nathalie dit avoir « retrouvé la capacité de pouvoir dormir » et David perçoit une meilleure qualité de son sommeil. Les entretiens ont aussi révélé que la majorité des participants ont modifié leur rapport

à l'insomnie au fil de la thérapie, ils se sentent moins impuissants face au sommeil. La qualité de sommeil ne devient alors plus un déterminant de la vie sociale et professionnelle (Wiley et al., 2021). Bien que ces résultats ne puissent être généralisés compte tenu la taille de l'échantillon, ils suggèrent un effet positif de la TCC-I de groupe sur l'insomnie.

Ce constat rejoint les données de la littérature, qui reconnaissent la TCC-I comme traitement de première ligne pour l'insomnie chronique (Edinger et al., 2021). Elle a démontré son efficacité pour traiter l'insomnie, tant en format individuel qu'en groupe sur plusieurs paramètres du sommeil (Bothelius et al., 2013; Castronovo et al., 2018; Lovato et al., 2014; Van Straten et al., 2018a). Ces résultats renforcent donc les données existantes en suggérant que la TCC-I de groupe peut également être efficace chez des patients qui présentent une comorbidité dépressive.

8.2.2. Diminution des symptômes dépressifs avec la TCC-I de groupe

Les résultats obtenus à l'aide du PHQ-9 vont dans le sens de l'hypothèse selon laquelle la TCC-I de groupe permettrait de réduire les symptômes dépressifs. Trois participants sur quatre (Annie, Nathalie et David) présentent une diminution significative et marquée de la sévérité de leurs symptômes dépressifs après l'intervention, ce que confirment leurs récits qualitatifs post-thérapie. Ils décrivent une réduction du repli social, un plaisir retrouvé dans les échanges sociaux, un apaisement émotionnel et un regain d'élan vital. Ces vécus contrastent nettement avec ceux exprimés avant l'intervention où l'on retrouvait une humeur altérée, de l'irritabilité, une baisse de motivation et un désintérêt pour les échanges sociaux (Rezaie et al., 2016; Wiley et al., 2021). Ces difficultés avaient également des répercussions sur leur vie de couple.

Ces résultats s'inscrivent dans la continuité de plusieurs travaux qui ont montré une amélioration de l'humeur dépressive à la suite d'une TCC-I de groupe chez des patients souffrant d'insomnie comorbide (Chung et al., 2024; Gebara et al., 2018; Irwin et al., 2022; Lau et al., 2022; Maruani et al., 2023; Norell-Clarke et al., 2015). Cependant, la littérature souligne une certaine hétérogénéité, notamment dans les formats en groupe, où certaines méta-analyses n'ont pas mis en évidence d'effet significatif sur la dépression (Ballesio, Aquino, et al., 2018; Feng et al., 2020). Cela pourrait refléter des différences interindividuelles, comme l'illustre le cas d'Arthur. L'absence d'amélioration notable pourrait s'expliquer par la sévérité initiale de ses symptômes, une faible adhésion au format de groupe, ou encore une forte attente d'une

solution venant des thérapeutes (Ballesio, Aquino, et al., 2018; Blom et al., 2024; Carney et al., 2017; Ho et al., 2020; Norell-Clarke et al., 2015).

Ces résultats rejoignent également des travaux qui montrent que l'effet de certains traitements sur la dépression peut dépasser leur cible thérapeutique initiale. Ainsi, divers traitements, y compris des interventions axées sur l'insomnie peuvent aussi contribuer à une amélioration des symptômes dépressifs (Barth et al., 2016; Cuijpers et al., 2011). Le modèle transdiagnostique du sommeil (Harvey et al., 2011) postule notamment l'existence de mécanismes neuronaux partagés et d'une symptomatologie commune entre insomnie et dépression. Améliorer le sommeil semble donc être un levier crucial pour l'amélioration de l'humeur, un lien bidirectionnel confirmé par les propos des participants et soutenu par la littérature (Alvaro et al., 2013; Bouwmans et al., 2017; Cunningham D et al., 2013; Fang et al., 2019; Franzen & Buysse, 2008; Sivertsen et al., 2012).

8.2.3. Diminution des inquiétudes avec la TCC-I de groupe

Les résultats suggèrent une réduction partielle des inquiétudes liées au sommeil chez plusieurs participants, ce qui appuie l'hypothèse selon laquelle la TCC-I de groupe pourrait réduire les inquiétudes associées à l'insomnie. Cette diminution est significative sur le DBAS-16 pour trois participants (Nathalie, Arthur, David), notamment sur la dimension « worry/helplessness » (Morin et al., 2007). Les évaluations quotidiennes disponibles pour trois d'entre eux confirment cette évolution pour Nathalie et David. En revanche, les tendances sont moins nettes pour Annie et les données manquent pour Arthur.

Les récits de certains participants complètent les résultats quantitatifs et révèlent une atténuation des inquiétudes liées au sommeil après l'intervention, en particulier celles centrées sur les conséquences anticipées du manque de sommeil. Avant l'intervention, tous les participants décrivaient en effet des comportements d'évitement, tels que l'annulation d'activités sociales ou la réduction de leurs engagements, en anticipation de la fatigue (Cheung et al., 2014). Ces comportements peuvent être interprétés comme des comportements de sécurité, au regard du modèle cognitif de l'insomnie proposé par Harvey (2002). Selon ce modèle, de telles stratégies sont mises en place pour faire face à des croyances dysfonctionnelles, telles que « Si je ne dors pas suffisamment, je ne pourrai pas fonctionner demain » qui amènent les personnes à s'inquiéter et à se concentrer de manière excessive sur leur sommeil, ce qui renforce alors l'insomnie. Les données qualitatives illustrent ce modèle de manière concrète. Plusieurs participants ont repris progressivement des engagements avec une

moindre crainte quant à l'impact du sommeil. Cette évolution suggère une remise en question des croyances initiales qui contribue à une amélioration du rapport au sommeil. Par ailleurs, plusieurs témoignages montrent une baisse de l'anxiété anticipatoire. Nathalie évoque un apaisement de son mental au coucher. David dit prendre du recul face à ses scénarios catastrophes. Annie se sent « moins dans [sa] tête à s'inquiéter ». Pourtant, ni le DBAS-16 ni les évaluations quotidiennes des inquiétudes ne révèlent d'évolution nette chez elle. Les divergences entre ressenti subjectif et mesures quantitatives s'expliquent par la nature des outils. Les entretiens saisissent des nuances et évolutions partielles, souvent ignorées par les échelles globales (Bonnín et al., 2024; Finley et al., 2024; Petersen et al., 2019), tandis que les questionnaires standardisés reflètent surtout la fréquence ou l'intensité des inquiétudes, et non leur gestion (Bonnín et al., 2024; Petersen et al., 2019). Une amélioration ressentie peut ainsi coexister avec des scores inchangés (Finley et al., 2024; Petersen et al., 2019). Une lecture plus fine des items du DBAS-16 selon la structure factorielle de Morin et ses collègues (2007), montre néanmoins une amélioration sur le facteur « worry/helplessness ». Notamment une plus grande capacité perçue à gérer les conséquences d'une mauvaise nuit (item 11). Enfin, la variabilité individuelle observée interroge sur la spécificité des inquiétudes ciblées. Si la TCC-I semble efficace sur les inquiétudes liées au sommeil, son effet sur des préoccupations plus générales, comme celles d'Annie liées au travail, parait plus limité, ce qui rejoint les constats de Ballesio et ses collègues (2020). Cela suggère l'intérêt d'évaluer plus finement la nature des inquiétudes, en distinguant celles qui concernent directement le sommeil et celles issues d'autres sphères.

Les résultats rejoignent plusieurs recherches qui ont montré une diminution des inquiétudes après la TCC-I (Ballesio et al., 2020; Chung et al., 2024; Garland et al., 2015; E. Koffel et al., 2020; Norell-Clarke et al., 2017; Sandlund, Hetta, et al., 2018; Sunnhed & Jansson-Fröjmark, 2014). En somme, l'hypothèse d'une réduction des inquiétudes liées au sommeil est appuyée par les résultats du DBAS-16 et les récits des participants, tandis que les mesures quotidiennes présentent des tendances plus nuancées. Cette convergence partielle met en lumière l'intérêt de cibler les inquiétudes dans les interventions de TCC-I de groupe, un levier thérapeutique encore peu étudié. Kalmbach et ses collègues (2019) soulignent d'ailleurs l'importance d'évaluer spécifiquement les pensées négatives répétitives, au cœur de l'insomnie et de la dépression. Leur suivi permettrait de mieux comprendre l'impact des traitements sur ces processus cognitifs transversaux.

8.2.4. Diminution de la fatigue avec la TCC-I de groupe

Les résultats concernant l'hypothèse d'une diminution de la fatigue après la TCC-I de groupe sont hétérogènes. Seuls deux participants (Annie et David) sur quatre présentent une réduction significative de leur score de fatigue mesuré par le MFI. Cela suggère que l'hypothèse n'est pas globalement soutenue et que la TCC-I de groupe n'a pas entraîné d'effet systématique sur la fatigue dans ce petit échantillon.

Avant l'intervention, tous les participants décrivent une conséquence fonctionnelle important de la fatigue, en particulier sur la vie professionnelle, la concentration, les activités sociales et la motivation. Cette fatigue diurne, souvent anticipée, participait au repli social et à la limitation des activités plaisantes, ce qui renforçait les cercles vicieux de l'insomnie (Harvey, 2002). Cependant, il est possible que les effets de l'intervention aient été partiellement sous-estimés. L'analyse qualitative révèle des améliorations subjectives, même en l'absence de changements significatifs sur le MFI. Les entretiens post-intervention font état d'une reprise d'activités, d'une diminution perçue de la fatigue mentale, ou encore d'une amélioration de la motivation, dimensions pourtant couvertes par certaines sous-échelles du MFI (Gentile et al., 2003) mais non incluses ici. Le choix de ne retenir que certaines sous-échelles (fatigue générale et fatigue physique) pourrait donc avoir limité la sensibilité de la mesure aux effets perçus par les participants.

De plus, les entretiens qualitatifs ont été réalisés 1 à 2 semaines après la fin de l'intervention, or la littérature indique que les premières réductions significatives de la fatigue apparaissent souvent entre 6 et 8 semaines après le protocole (Greeley et al., 2025; Kuut et al., 2023; X. Li et al., 2023; Nguyen et al., 2017). Par ailleurs, certaines études ont montré une augmentation transitoire de la fatigue en début de traitement, notamment lors de la mise en place de la restriction du sommeil, avant une amélioration progressive (Ballesio, Aquino, et al., 2018; X. Li et al., 2023; Steinmetz et al., 2024). En effet, les participants rapportent une augmentation de la fatigue physique après la mise en place de cette technique. D'autres travaux soulignent que les bénéfices sur la fatigue peuvent continuer à s'amplifier ou se maintenir à 2, 3, voire 6 mois après la TCC-I (Greeley et al., 2025; Kuut et al., 2023; X. Li et al., 2023; Muench et al., 2023; Nguyen et al., 2017, 2019; Squires et al., 2022).

Ces résultats rejoignent les conclusions contrastées de la littérature sur l'effet de la TCC-I sur la fatigue. Certaines études rapportent une diminution significative (Kapella et al., 2011; Morin et al., 2016; Pilar Martínez et al., 2014; Sandlund, Hetta, et al., 2018; Smyth et al., 2023),

tandis que d'autres ne trouvent pas d'effet significatif (Ballesio, Aquino, et al., 2018), ou observent un effet différé (Bothelius et al., 2013) ou non maintenu dans le temps (Lovato et al., 2014). Cette hétérogénéité peut s'expliquer par la nature multifactorielle de la fatigue, souvent décrite comme un symptôme résiduel de la dépression (Iwaki et al., 2012; Nierenberg et al., 1999, 2010). La prise en compte de la fatigue semble néanmoins essentielle dans les traitements de l'insomnie, car sa réduction pourrait favoriser une récupération plus globale, y compris sur le plan dépressif (Franzen & Buysse, 2008). Il est également pertinent de noter, comme le soulignent Maruani et ses collègues (2023), que les effets de la TCC-I de groupe sur le dysfonctionnement diurne seraient plus limités chez les patients présentant une insomnie comorbide à un épisode dépressif majeur et une durée de sommeil réduite. Ce constat pourrait s'appliquer au cas d'Arthur et contribuer à expliquer l'absence de réduction significative de sa fatigue.

8.2.5. Mécanismes de changements perçus

L'analyse qualitative a permis d'identifier plusieurs mécanismes de changement perçus comme ayant contribué à l'amélioration du sommeil et de l'humeur des participants.

La restructuration cognitive des croyances dysfonctionnelles liées au sommeil constitue un levier central du changement. Plusieurs participants (Nathalie, Annie et David) ont évoqué la remise en question des croyances telles que la nécessité de dormir 8 heures ou l'idée que les activités sociales nuisent au sommeil. Ce travail de déconstruction a favorisé une diminution de l'anxiété anticipatoire et une reprise des activités auparavant évitées. Ces constats rejoignent les résultats de Lancee et ses collaborateurs (2015), qui montrent que les croyances dysfonctionnelles et les comportements de sécurité, tels que décrits dans le modèle cognitif de l'insomnie (Harvey et al., 2002), peuvent médier l'effet de la TCC-I sur la sévérité de l'insomnie et l'efficacité de sommeil. Par ailleurs, la méta-analyse de Parsons et ses collègues (2021) identifie la réduction des croyances dysfonctionnelles comme le médiateur cognitif atemporel le plus robuste de la TCC-I.

Un second mécanisme, en lien avec le précédent, est celui du lâcher-prise, qui a permis à plusieurs participants de sortir d'une posture de contrôle constant sur le sommeil et d'hyperactivité mentale. Arthur et Nathalie ont souligné que leur sommeil était meilleur durant les périodes de vacances ou les week-ends, lors desquels ils parvenaient à relâcher la pression, notamment professionnelle. Ce relâchement cognitif semble favoriser un climat propice à l'endormissement. Bien que ce mécanisme ne soit pas formulé explicitement dans la littérature,

il rejoint les travaux de Harvey et ses collègues (2002), qui décrivent comment les tentatives de contrôle du sommeil et l'hyperactivité cognitive alimentent un cercle vicieux maintenant l'insomnie.

L'augmentation du sentiment de contrôle et d'auto-efficacité grâce à la restriction du sommeil a été identifiée comme un moteur du changement. La restriction du temps passé au lit, bien qu'exigeante, a été vécue comme un outil concret et efficace pour se reprendre en main. Les participants ne se sont plus sentis impuissants face à leur trouble, mais capables d'agir sur celui-ci, ce qui a renforcé leur confiance en leurs capacités. Ces résultats font écho à ceux de Latocha et ses collègues (2023) et Koffel et ses collègues (2020), qui montrent que l'acquisition d'outils comportementaux améliore le sentiment de compétence et réduit l'impuissance face à l'insomnie. Elle pourrait aussi atténuer les symptômes dépressifs en favorisant l'activation comportementale grâce à l'augmentation du temps d'éveil, propice à la reprise d'activités plaisantes (Maroti et al., 2011).

Enfin, un autre levier identifié est le soutien social offert par le groupe, qui a été vécu comme un catalyseur de changement, excepté pour Arthur. L'identification aux autres, le sentiment de ne pas être seul, l'encouragement mutuel et l'engagement moral envers le groupe ont renforcé l'adhésion aux stratégies thérapeutiques, notamment dans la mise en place de changement comportementaux parfois difficiles, comme la restriction du sommeil. Ces observations font écho à la littérature. Le soutien social du groupe facilite les ajustements comportementaux difficiles (E. A. Koffel et al., 2015; Spiegelhalder, 2022) et renforce la motivation et l'engagement dans le groupe (Latocha et al., 2023; Sandlund, Kane, et al., 2018).

En conclusion, l'analyse qualitative confirme des mécanismes bien établis dans la littérature, tels que la restructuration cognitive, l'augmentation du sentiment de contrôle et d'auto-efficacité via la restriction du sommeil. Elle met également en lumière l'importance du lâcher-prise et du soutien groupal comme moteurs spécifiques du changement.

8.2.6. Adhésion et expérience globale de la thérapie

Les entretiens qualitatifs confirment les scores élevés au CSQ-8 qui montrent une forte satisfaction globale face au traitement. Une relation positive avec les thérapeutes, mise en avant par les participants, semble avoir soutenu leur engagement, en accord avec Cheung et ses collaborateurs (2019).

Le format groupal a été perçu comme bénéfique par la majorité (Annie, Nathalie et David). Il favorise un sentiment de normalisation, de soutien et d'identification aux vécus partagés. Ces effets, bien documentés (Latocha et al., 2023; Sadler et al., 2019; Sandlund, Kane et al., 2018), renforcent l'intérêt du format de groupe. En revanche, Arthur a exprimé un sentiment de décalage avec le reste du groupe, ce qui a limité son adhésion à ce format. A ce jour, il n'existe pas de données scientifiques directes sur l'avantage de former des groupes homogènes pour favoriser l'identification aux pairs et l'adhésion au format groupal, bien que les bénéfices du soutien des autres soient reconnus.

Pour ce qui est des outils thérapeutiques, la restriction du sommeil ressort comme la stratégie la plus mobilisée, malgré les difficultés initiales, ce qui rejoint les observations de diverses études (Dyrberg et al., 2020; Koffel et al., 2020; Kristiansen et al., 2024; Latocha et al., 2023). La restructuration cognitive a également été jugée utile, notamment pour mieux gérer le rapport anxieux au sommeil (Kristiansen et al., 2024). A l'inverse, l'exercice d'écriture des pensées anxiées, jugée contraignante et émotionnellement coûteuse a suscité plus de résistance. Pourtant, des travaux montrent que sa pratique régulière peut réduire les pensées nocturnes récurrentes et faciliter l'endormissement (Daniels, 2025).

Tous les participants disent avoir retiré des bénéfices de l'intervention, notamment une meilleure compréhension de leurs difficultés et le sentiment d'être mieux « outillés ». Ces résultats rejoignent les travaux montrant une amélioration significative de l'auto-efficacité liée au sommeil après une TCC-I de groupe (Chan et al., 2022; Siengsukon et al., 2020).

En conclusion, la TCC-I de groupe a été globalement bien acceptée, avec un engagement actif des participants et une perception positive de l'intervention, y compris chez Arthur, dont les réserves concernaient davantage le format de groupe que la thérapie en elle-même.

8.3. Implications et perspectives futures

Nos résultats semblent avoir certaines implications dans la pratique clinique. Nous les aborderons ici, en mettant en lumière les apports de cette étude et les pistes qui pourraient être explorées dans de futures recherches.

Sur le plan clinique, cette étude semble confirmer l'efficacité de la TCC-I de groupe pour réduire les symptômes d'insomnie chez des patients dépressifs, ce qui rejoint les données existantes (Gebara et al., 2018; Wu et al., 2015). Elle apparaît comme une intervention pertinente, globalement bien vécue par les participants, avec une forte adhésion rapportée. Cela

plaide pour une meilleure diffusion de cette approche encore trop peu prescrite en première intention, malgré les recommandations officielles (Edinger et al., 2021; Koffel & Wisdom, 2019). Cette faible reconnaissance pourrait s'expliquer par un déficit de formation chez les professionnels, un accès limité à des dispositifs spécialisés et une méconnaissance générale des outils disponibles (Koffel et al., 2018).

Par ailleurs, les résultats restent partagés concernant la fatigue et les inquiétudes, deux dimensions souvent rapportées par les participants mais dont l'évolution apparaît hétérogène dans la littérature (Ballesio et al., 2018, 2020; Bothelius et al., 2013; Smyth et al., 2023). Les inquiétudes concernant le sommeil sembleraient davantage ciblées par la thérapie plutôt que les inquiétudes générales. En ce qui concerne la fatigue, nos observations renforcent l'intérêt d'un suivi à moyen ou long terme, certains effets pouvant apparaître plus tardivement (Bothelius et al., 2013; Greeley et al., 2025; Kuut et al., 2023; X. Li et al., 2023; Nguyen et al., 2017).

Sur le plan théorique, nos résultats rapportés par les entretiens confirment certains aspects du modèle cognitif de l'insomnie (Harvey, 2002), notamment le rôle des préoccupations vis-à-vis de la perte de sommeil, la mise en place de comportements de sécurité ainsi que des croyances selon lesquelles le sommeil perpétue l'insomnie. La restructuration des croyances semble avoir été le mécanisme de changement qui a permis la diminution des inquiétudes concernant le sommeil et l'évitement de certaines activités par anticipation de la fatigue. Ce mécanisme de changement est associé à l'amélioration des symptômes d'insomnie et est le plus étudié et reconnu dans la littérature (Parsons et al., 2021). L'analyse qualitative a toutefois mis en lumière des processus moins documentés, tels que le lâcher-prise, l'augmentation du sentiment de contrôle et d'auto-efficacité grâce à la restriction du sommeil mais aussi la dynamique de groupe. Cette dernière pourrait jouer un rôle moteur dans le soutien mutuel, la normalisation de l'expérience et dans l'engagement, en accord avec des travaux récents (Latocha et al., 2023; Sadler et al., 2019). Le cas d'un participant interroge la pertinence de constituer des groupes sur la base d'une homogénéité symptomatique. Notre étude suggère que l'efficacité du format groupal pourrait dépendre du degré d'identification entre les membres du groupe. A ce jour, ces pistes de réflexion n'ont pas encore été explorées dans la littérature.

Sur le plan méthodologique, cette étude se distingue par l'intégration d'une approche mixte, qui combine des questionnaires standardisés et des entretiens qualitatifs menés avant et après l'intervention. A notre connaissance, cette double temporalité reste peu utilisée dans les études sur la TCC-I, qui se contentent le plus souvent d'un seul entretien post-intervention. Or, cette démarche pourrait permettre de mieux cerner l'évolution du vécu du trouble et de mieux

comprendre les mécanismes de changement. Par ailleurs, peu d'études qualitatives se sont penchées sur les perceptions subjectives des participants (Rezaie et al., 2016; Wiley et al., 2021), l'expérience du traitement et l'adhésion à celui-ci (Dyrberg et al., 2020). Nos résultats montrent également que certaines améliorations subjectives, telles que la fatigue ou les inquiétudes liées au sommeil, ne sont pas toujours reflétées dans les données quantitatives. Cela souligne l'importance de combiner des mesures objectives et subjectives, les approches purement quantitatives risquant de sous-estimer certains aspects cliniquement pertinents (Bonnin et al., 2024; Finley et al., 2024). Adopter une perspective intégrative semble ainsi essentiel pour mieux comprendre la complexité des changements vécus par les participants.

Enfin, plusieurs pistes de recherches pourraient être explorées à la suite de notre étude. Il pourrait être plus pertinent d'examiner les effets à plus long terme de la TCC-I de groupe, en particulier sur la fatigue. D'autres études pourraient s'interroger sur le rôle du format groupal en identifiant les conditions dans lesquelles ce format s'avère le plus efficace. La constitution de groupes homogènes ou l'intégration d'un pair aidant pourrait favoriser une meilleure adhésion au traitement. Enfin, l'inclusion systématique de mesures qualitatives permettrait d'affiner l'évaluation des effets thérapeutiques.

8.4. Limites méthodologiques

Dans cette section, nous présenterons les limites méthodologiques de cette étude, qui sont à prendre en compte dans l'interprétation des résultats obtenus.

Tout d'abord, cette étude est constituée de quatre participants, ce qui correspond aux bonnes pratiques pour une analyse IPA exploratoire, centrée sur la profondeur des cas plutôt que sur la généralisation (Pietkiewicz & Smith, 2012). Il n'y a d'ailleurs pas de règles concernant le nombre de participants à inclure dans ce type d'analyse. Par contre, cet effectif est insuffisant pour le volet quantitatif de ce mémoire, car il ne permet pas d'atteindre une puissance statistique satisfaisante ou une validité interne ou externe suffisante pour mener des analyses robustes (Faber & Fonseca, 2014). Ainsi, les résultats quantitatifs doivent être interprétés avec prudence, dans une visée exploratoire plutôt que généralisable. C'est pourquoi, dans cette discussion, les résultats quantitatifs ont été mis en parallèle avec les résultats qualitatifs, afin de nuancer ou d'appuyer les tendances observées.

Par ailleurs, l'un des participants (David) a débuté un traitement antidépresseur pendant l'intervention, ce qui ne respecte pas les critères d'inclusion qui exigeaient une posologie stabilisée depuis au moins deux mois. Ce facteur constitue donc une limite, car il est difficile

de dissocier les effets de l'intervention de ceux potentiellement liés au médicament. Malgré le fait que le participant dit savoir ce qui est dû ou non à la substance, ceci est à prendre en compte dans l'analyse des effets de l'intervention.

Ensuite, l'absence d'un second codeur indépendant lors de l'analyse qualitative constitue une autre limite méthodologique. En effet, la double codification est recommandée pour renforcer la fiabilité et réduire les biais d'interprétation (Nowell et al., 2017). Cependant, en raison de contraintes temporelles, l'analyse a été réalisée par une seule personne, qui n'avait pas participé aux entretiens. Cette distance a potentiellement favorisé une posture plus neutre et pourrait limiter certains biais d'interprétation.

Une autre limite concerne l'usage partiel du MFI-20. En effet, seules les dimensions de fatigue générale et physique ont été évaluées, alors que les participants évoquent spontanément des changements concernant la fatigue mentale, la motivation ou la reprise d'activités. Ces dimensions, pourtant incluses dans l'instrument complet (Gentile et al., 2003), n'ont pas été mesurées ici. Ce choix méthodologique peut expliquer les résultats hétérogènes obtenus sur cette variable. Une évaluation alors plus complète aurait permis de mieux rendre compte de l'évolution perçue par les participants.

Ensuite, la durée du suivi post-intervention limitée à deux semaines, constitue une autre limite méthodologique importante. En effet, la littérature montre que les bénéfices de la TCC-I, notamment sur la fatigue, l'humeur et la qualité de vie, peuvent continuer à s'amplifier ou se stabiliser plusieurs semaines voire mois après la fin de la thérapie (Bothelius et al., 2013; Edinger et al., 2009; Espie et al., 2012; Kyle et al., 2010; Nguyen et al., 2017; Sivertsen et al., 2006). Un suivi à moyen ou long terme serait donc nécessaire pour mieux rendre compte des effets de l'intervention qui peuvent apparaître plus tardivement.

Par ailleurs, l'outil utilisé pour évaluer les inquiétudes quotidiennes portait sur des préoccupations générales (« Je me suis beaucoup inquiété pour tout et pour rien »), sans différencier les inquiétudes spécifiques au sommeil. Or, les entretiens qualitatifs ont révélé que les participants percevaient davantage une diminution de leurs inquiétudes liées au sommeil. Cette absence de spécificité dans l'évaluation quantitative peut limiter la capacité à détecter précisément les améliorations induites par la TCC-I, notamment sur les inquiétudes liées au sommeil. L'utilisation d'une mesure générale des inquiétudes et d'une sur les inquiétudes liées au sommeil permettrait de mieux saisir l'évolution de ces dimensions distinctes.

Une dernière limite concerne la réalisation des entretiens qualitatifs. Ceux-ci n'ont pas été menés par la mémorante, et le guide d'entretien utilisé n'avait pas été spécifiquement conçu en lien avec les hypothèses de ce mémoire. Par conséquent, certains aspects comme l'évolution de l'humeur, le vécu du trouble, les mécanismes de changements, les inquiétudes ou encore la fatigue n'ont pas été suffisamment approfondis. Cela a pu limiter la richesse des données qualitatives disponibles pour l'analyse.

9. Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'examiner les effets d'une TCC-I de groupe chez des patients insomniaques et déprimés, en adoptant une approche mixte combinant analyses quantitatives et qualitatives. Il s'agissait d'évaluer quantitativement l'évolution de l'insomnie, de la dépression, de la fatigue et des inquiétudes, en posant l'hypothèse que chacune de ces dimensions diminuerait suite à l'intervention. Une analyse qualitative a également été mise en place pour enrichir ces hypothèses, selon trois axes de recherche : l'évolution du vécu du trouble, les mécanismes de changements perçus, l'adhésion au traitement et l'expérience globale de la thérapie. Ces objectifs s'inscrivaient dans la question de recherche centrale suivante : *Quels sont les effets de la TCC-I de groupe sur l'insomnie et la dépression ?*

Les résultats de cette étude de cas multiples menée auprès de quatre participants, bien qu'exploratoires, apparaissent globalement encourageants et en accord avec la littérature existante. L'hypothèse relative à l'insomnie a été confirmée par une réduction marquée de la sévérité de l'insomnie à l'ISI chez trois participants et une diminution modérée mais significative chez le quatrième. Le discours des participants corrobore ces observations et suggère une amélioration notable du sommeil avec notamment la diminution du sentiment d'impuissance face à l'insomnie. Ces résultats rejoignent les travaux établissant la TCC-I comme traitement de première intention pour l'insomnie chronique (Edinger et al., 2021) et attestant de son efficacité en format individuel comme en groupe, sur plusieurs paramètres du sommeil (Bothelius et al., 2013; Castronovo et al., 2018; Lovato et al., 2014; Van Straten et al., 2018a).

L'hypothèse concernant la réduction des symptômes dépressifs semble soutenue par la réduction significative sur le PHQ-9 de trois participants sur quatre, renforcée par des récits de réduction du repli social, d'un plaisir retrouvé dans celui-ci et d'un apaisement émotionnel. Ces résultats rejoignent la majorité des travaux rapportant l'efficacité de la TCC-I de groupe sur l'amélioration de l'humeur dépressive (Chung et al., 2024; Gebara et al., 2018; Irwin et al.,

2022; Lau et al., 2022; Maruani et al., 2023; Norell-Clarke et al., 2015), même si certaines études soulignent une hétérogénéité, notamment dans les formats en groupe (Ballesio, Aquino, et al., 2018; Feng et al., 2020). Les données suggèrent que l'amélioration du sommeil peut agir comme levier indirect sur l'humeur, ce qui soutient le lien bidirectionnel entre insomnie et dépression (Alvaro et al., 2013; Bouwmans et al., 2017; Cunnington D et al., 2013; Fang et al., 2019; Franzen & Buysse, 2008; Sivertsen et al., 2012).

L'effet de la TCC-I sur les inquiétudes apparaît plus nuancé. Les croyances dysfonctionnelles liées au sommeil (DBAS-16) ont diminué pour trois participants. Les entretiens qualitatifs mettent en évidence une atténuation des inquiétudes liées aux conséquences du manque de sommeil, avec une reprise progressive des engagements sociaux et une baisse de l'anxiété anticipatoire. Cependant, les mesures quotidiennes des inquiétudes générales ont montré des tendances plus variables, suggérant que la TCC-I cible davantage les inquiétudes spécifiques au sommeil que les préoccupations générales (Ballesio et al., 2020).

Les effets sur la fatigue se révèlent également hétérogènes. Seuls deux participants ont rapporté une amélioration significative de la fatigue mesurée par le MFI. Toutefois, les entretiens qualitatifs révèlent des améliorations subjectives, comme la diminution de la fatigue mentale et la reprise d'activités, qui ne se reflètent pas toujours dans les mesures quantitatives. Ce décalage pourrait s'expliquer par l'usage partiel du MFI ou par un délai d'apparition des effets, comme le suggèrent Bothelius et ses collègues (2013) et Greeley et ses collègues (2025). Ces résultats sont en accord avec la littérature, qui présente des conclusions contrastées sur l'effet de la TCC-I sur la fatigue (Ballesio, Aquino, et al., 2018; Bothelius et al., 2013; Kapella et al., 2011; Lovato et al., 2014; Morin et al., 2016; Pilar Martínez et al., 2014; Sandlund, Hetta, et al., 2018; Smyth et al., 2023).

Par ailleurs, l'analyse qualitative a révélé plusieurs mécanismes de changement déterminants, certains clairement décrits dans la littérature, d'autres évoqués plus implicitement. Nous retrouvons notamment la restructuration cognitive des croyances dysfonctionnelles (Parsons et al., 2021), le lâcher-prise sur le contrôle du sommeil, le renforcement du sentiment d'auto-efficacité grâce à des stratégies telles que la restriction du sommeil (Koffel et al., 2020; Latocha et al., 2023) et le soutien social du groupe (E.A. Koffel et al., 2015; Latocha et al., 2023; Sandlund, Kane, et al., 2018).

L'expérience globale de la thérapie a été jugée majoritairement positive, avec un niveau de satisfaction élevé chez les participants (CSQ-8) confirmé par les entretiens qualitatifs. Tous

les participants ont dit avoir tiré des bénéfices de l'intervention, ils se sentent mieux équipés pour comprendre et gérer leurs difficultés.

Plusieurs limites doivent toutefois être prises en compte. La taille réduite de l'échantillon et la brièveté du suivi post-intervention limitent la portée et la généralisation des résultats, notamment en ce qui concerne la fatigue, dont les effets pourraient être différés. L'initiation d'un traitement antidépresseur par un participant pendant l'intervention complexifie l'attribution des effets. L'absence de codage indépendant dans l'analyse qualitative et l'usage partiel de certains outils de mesure ont pu réduire la fiabilité et la sensibilité des données. Enfin, le guide d'entretien qualitatif, qui n'était pas spécifiquement conçu pour ce mémoire, a restreint l'exploration de certains thèmes.

Les recherches futures gagneraient à inclure un échantillon plus large, des groupes homogènes qui pourraient optimiser l'adhésion, ainsi qu'un suivi à long terme. Le recours systématique à des méthodes mixtes, encore trop rarement mobilisées dans les études sur la TCC-I, permettrait d'affiner la compréhension des processus de changement, de mieux saisir le vécu subjectif du trouble et d'adapter les interventions. Cette étude suggère que la TCC-I de groupe est une approche prometteuse pour réduire simultanément l'insomnie et les symptômes dépressifs, ainsi que, de façon plus variable, la fatigue et les inquiétudes. En agissant sur les croyances dysfonctionnelles, le sentiment d'auto-efficacité et le soutien social, elle présente un potentiel clinique intéressant et mérite d'être davantage diffusée en pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Aastebøl Frøjd, L., Papageorgiou, C., Munkhaugen, J., Moum, T., Sverre, E., Hilde Nordhus, I., & Dammen, T. (2022). Worry and rumination predict insomnia in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study with long-term follow-up. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 18(3), 779–787. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9712>

Abd-alrazaq, A. A., Alajlani, M., Alalwan, A. A., Bewick, B. M., Gardner, P., & Househ, M. (2019). An overview of the features of chatbots in mental health: A scoping review. *International Journal of Medical Informatics*, 132. <https://doi.org/10.1016/J.IJMEDINF.2019.103978>

Åkerstedt, T., Nilsson, P. M., & Kecklund, G. (2009). Sleep and recovery. *Research in Occupational Stress and Well Being*, 7, 205–247. [https://doi.org/10.1108/S1479-3555\(2009\)0000007009](https://doi.org/10.1108/S1479-3555(2009)0000007009)

Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. *Sleep*, 36(7), 1059–1068. <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/APPI BOOKS.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. <https://doi.org/10.1016/C2014-0-04752-1>

Araújo, T., Jarrin, D. C., Leanza, Y., Vallières, A., & Morin, C. M. (2017). Qualitative studies of insomnia: Current state of knowledge in the field. In *Sleep Medicine Reviews* (Vol. 31, pp. 58–69). W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.01.003>

Arthurs, E., Steele, R. J., Hudson, M., Baron, M., & Thombs, B. D. (2012). Are Scores on English and French Versions of the PHQ-9 Comparable? An Assessment of Differential Item Functioning. *PLoS ONE*, 7(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052028>

Ashworth, D. K., Sletten, T. L., Junge, M., Simpson, K., Clarke, D., Cunningham, D., & Rajaratnam, S. M. W. (2015). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for insomnia: An effective treatment for comorbid insomnia and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 115–123. <https://doi.org/10.1037/COU0000059>

Ballesio, A., Aquino, M. R. J. V., Feige, B., Johann, A. F., Kyle, S. D., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2018). The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 37, 114–129. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.01.006>

Ballesio, A., Devoto, A., & Lombardo, C. (2018). Cognitive behavioural therapy for insomnia reduces ruminative thinking. *Sleep and Biological Rhythms*, 16(3), 371–372. <https://doi.org/10.1007/S41105-018-0168-4>

Ballesio, A., Bacaro, V., Vacca, M., Chirico, A., Lucidi, F., Riemann, D., Baglioni, C., & Lombardo, C. (2020). *Does cognitive behaviour therapy for insomnia reduce repetitive negative thinking and sleep-related worry beliefs? A systematic review and meta-analysis*. *Sleep Medicine Reviews*, 51, 101378. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101378>

Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., & Cuijpers, P. (2016). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network meta-analysis. *Focus*, 14(2), 229–243. <Https://Doi.Org/10.1176/Appi.Focus.140201>

Bijttebier, P., Raes, F., Vasey, M. W., Bastin, M., & Ehring, T. W. (2015). Assessment of Repetitive Negative Thinking in Children: The Perseverative Thinking Questionnaire – Child Version (PTQ-C). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(1), 164–170. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9446-x>

Blom, K., Jernelöv, S., Rück, C., Lindefors, N., & Kaldo, V. (2017). Three-year follow-up comparing cognitive behavioral therapy for depression to cognitive behavioral therapy for insomnia, for patients with both diagnoses. *Sleep*, 40(8). <https://doi.org/10.1093/SLEEP/ZSX108>

Blom, K., Forsell, E., Hellberg, M., Svanborg, C., Jernelöv, S., & Kaldo, V. (2024). Psychological Treatment of Comorbid Insomnia and Depression: A Double-Blind Randomized Placebo-Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1159/000536063>

Bonnín, C. M., Sánchez-Moreno, J., Lima, F., Roca, X., Segú, X., Montejo, L., Solé, B., Hidalgo-Mazzei, D., Martín-Parra, S., Martínez-Arán, A., Vieta, E., Torrent, C., & Rosa, A. R. (2024). Factors associated with the discrepancy between objective and subjective

cognitive impairment in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 349, 210–216. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2024.01.012>

Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Im Stöber, J. (1998). Worry: A Cognitive Phenomenon Intimately Linked to Affective, Physiological, and Interpersonal Behavioral Processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561–576.

Bothelius, K., Kyhle, K., Espie, C. A., & Broman, J. E. (2013). Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: A randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Sleep Research*, 22(6), 688–696. <https://doi.org/10.1111/jsr.12067>

Boullin, P., Ellwood, C., & Ellis, J. G. (2017). Group vs. Individual treatment for acute insomnia: A pilot study evaluating a “One-Shot” treatment strategy. *Brain Sciences*, 7(1). <https://doi.org/10.3390/brainsci7010001>

Bouwmans, M. E. J., Conradi, H. J., Bos, E. H., Oldehinkel, A. J., & De Jonge, P. (2017). Bidirectionality between sleep symptoms and core depressive symptoms and their long-term course in major depression. *Psychosomatic Medicine*, 79(3), 336–344. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000407>

Cape, J., Leibowitz, J., Whittington, C., Espie, C. A., & Pilling, S. (2015). *Group cognitive behavioural treatment for insomnia in primary care: a randomized controlled trial*. *Psychological Medicine*, 46(5), 1015–1025. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002561>

Carney, C. E., Segal, Z. V., Edinger, J. D., & Krystal, A. D. (2007). A Comparison of Rates of Residual Insomnia Symptoms Following Pharmacotherapy or Cognitive-Behavioral Therapy for Major Depressive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 3503. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0211>

Carney, C. E., Moss, T. G., Lachowski, A. M., & Atwood, M. E. (2014). Understanding Mental and Physical Fatigue Complaints in Those With Depression and Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 12(4), 272–289. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.801345>

Carney, C. E., Edinger, J. D., Kuchibhatla, M., Lachowski, A. M., Bogouslavsky, O., Krystal, A. D., & Shapiro, C. M. (2017). Cognitive behavioural insomnia therapy for those with insomnia and depression: A randomized controlled clinical trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1208790>

Castronovo, V., Galbiati, A., Sforza, M., Poletti, M., Giarolli, L., Kuo, T., Zucconi, M., Manconi, M., Hensley, M., Morin, C., & Ferini-Strambi, L. (2018). Long-term clinical effect of group cognitive behavioral therapy for insomnia: a case series study. *Sleep Medicine*, 47, 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.03.017>

Chan, N. Y., Lam, S. P., Zhang, J., Chan, J. W. Y., Yu, M. M. W., Suh, S., Yang, C., Okajima, I., Li, A. M., Wing, Y. K., & Li, S. X. (2022). Efficacy of Email-delivered Versus Face-to-face Group Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Youths: A randomized controlled trial. *Journal Of Adolescent Health*, 70(5), 763-773. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.11.005>

Cheung, J. M.Y., Bartlett, D. J., Armour, C. L., Glozier, N., & Saini, B. (2014). Insomnia patients' help-seeking experiences. *Behavioral Sleep Medicine*, 12(2), 106–122. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.764529>

Cheung, J. M. Y., Bartlett, D. J., Armour, C. L., & Saini, B. (2016). Treating Insomnia: A Review of Patient Perceptions Toward Treatment. *Behavioral Sleep Medicine*, 14(3), 235–266. <https://doi.org/10.1080/15402002.2014.981818>

Cheung, J. M. Y., Bartlett, D. J., Armour, C. L., Laba, T.-L., & Saini, B. (2019). Patient Perceptions of Treatment Delivery Platforms for Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 17(1), 81–97. <https://doi.org/10.1080/15402002.2017.1293539>

Chung, K. F., Lee, C. T., Au, C. H., Kam, K. Y., Lee, C. K., Yeung, W. F., Lau, E. Y. Y., Ho, F. Y. Y., & Ho, L. M. (2024). Cognitive behavioural therapy for insomnia as an early intervention of mood disorders with comorbid insomnia: A randomized controlled trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 18(2), 82–93. <https://doi.org/10.1111/eip.13435>

Conroy, D. A., Czopp, A. M., Dore-Stites, D., Dopp, R. R., Armitage, R., Hoban, T. F., & Arnedt, J. T. (2015). A Pilot Study on Adolescents With Depression and Insomnia: Qualitative Findings From Focus Groups. *Behavioral Sleep Medicine*, 15(1), 22–38. <https://doi.org/10.1080/15402002.2015.1065412>

Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & Van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(6), 354–364. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>

Cunningham, J. E. A., & Shapiro, C. M. (2018). Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) to treat depression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 106, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.012>

Cunnington D, Moira F Junge M, & Antonio T Fernando A. (2013). Insomnia: prevalence, consequences and effective treatment. *Medical Journal of Australia*, 199(8), S36-40. <https://doi.org/10.5694/mja13.10718>

D'Alfonso, S., Lederman, R., Bucci, S., & Berry, K. (2020). The Digital Therapeutic Alliance and Human-Computer Interaction. *JMIR Mental Health*, 7(12), e21895. <https://doi.org/10.2196/21895>

Danielsson, N. S., Harvey, A. G., Macdonald, S., Jansson-Fröhmark, M., & Linton, S. J. (2013). Sleep Disturbance and Depressive Symptoms in Adolescence: The Role of Catastrophic Worry. *J Youth Adolescence*, 42, 1223–1233. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9811-6>

Daniels, F. (2025, june 2). Ease nighttime anxiety, reduce stress and fall asleep quickly with this simple sleep hack, says psychologist. *Tom's Guide*. <https://www.tomsguide.com/wellness/sleep/constructive-worry-sleep-method>

Dyrberg, H., Juel, A., & Kragh, M. (2020). Experience of Treatment and Adherence to Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia for Patients with Depression: An Interview Study. *Behavioral Sleep Medicine*, 19(4), 481–491. <https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1788033>

Edinger, J. D., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Means, M. K., Lineberger, M. D., Kirby, A., & Carney, C. E. (2009). Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Primary Insomnia or Insomnia Associated Predominantly with Mixed Psychiatric Disorders : a Randomized Clinical Trial. *SLEEP*, 32(4), 499-510. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.4.499>

Edinger, J. D., Arnedt, J. Todd, Bertisch, S. M., Carney, C. E., Harrington, J. J., Kenneth, L., Lichstein, L., Michael, Sateia, J., Troxel, W. M., Zhou, E. S., Kazmi, U., Heald, J. L., & Martin, J. L. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*, 17(2), 255–262. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8986>

Espie, C. A. (2007). Understanding insomnia through cognitive modelling. *Sleep Medicine*, 8(SUPPL. 4), S3–S8. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2007.04.011>

Espie, C. A., Kyle, S. D., Williams, C., Ong, J. C., Douglas, N. J., Hames, P., & Brown, J. S. (2012). A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Online Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia Disorder Delivered via an Automated Media-Rich Web Application. *SLEEP*, 35(6), 769-781. <https://doi.org/10.5665/sleep.1872>

Faber, J., & Fonseca, L. M. (2014). How sample size influences research outcomes. *Dental Press Journal Of Orthodontics*, 19(4), 27-29. <https://doi.org/10.1590/2176-9451.19.4.027-029.ebo>

Fang, H., Tu, S., Sheng, J., & Shao, A. (2019). Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 23(4), 2324–2332. Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/jcmm.14170>

Feng, G., Han, M., Li, X., Geng, L., & Miao, Y. (2020). The Clinical Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Insomnia and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Research International*, 2020, Article 8071821. <https://doi.org/10.1155/2020/8071821>

Ferentinos, P., Kontaxakis, V., Havaki-Kontaxaki, B., Paparrigopoulos, T., Dikeos, D., Ktonas, P., & Soldatos, C. (2009). Sleep disturbances in relation to fatigue in major depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.07.009>

Finley, J. C. A., Robinson, A. D., VanLandingham, H. B., Ulrich, D. M., Phillips, M. S., & Soble, J. R. (2024). Internalizing and somatic symptoms influence the discrepancy between subjective and objective cognitive difficulties in adults with ADHD who have valid and invalid test scores. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 30(8), 728–737. <https://doi.org/10.1017/S1355617724000365>

Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic Study of Sleep Disturbances and Psychiatric Disorders: An Opportunity for Prevention? *JAMA*, 262(11), 1479–1484. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1989.03430110069030>

Franzen, P. L., & Buysse, D. J. (2008). Sleep disturbances and depression: Risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(4), 473–481. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.4/PLFRANZEN>

Furukawa, Y., Sakata, M., Yamamoto, R., Nakajima, S., Kikuchi, S., Inoue, M., Ito, M., Noma, H., Nishimura Takashina, H., Funada, S., Ostinelli, E. G., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Perlis, M., & Author, C. (2024). Components and Delivery Formats of Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia in Adults A Systematic Review and Component Network Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*, 81(4), 357–365. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5060>

Galbiati, A., Giora, E., Sarasso, S., Zucconi, M., & Ferini-Strambi, L. (2018). Repetitive thought is associated with both subjectively and objectively recorded polysomnographic indices of disrupted sleep in insomnia disorder. *Sleep Medicine*, 45, 55–61. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.10.002>

Gao, Y., Ge, L., Liu, M., Niu, M., Chen, Y., Sun, Y., Chen, J., Yao, L., Wang, Q., Li, Z., Xu, J., Li, M., Hou, L., Shi, J., Yang, K., Cai, Y., Li, L., Zhang, J., & Tian, J. (2022). Comparative efficacy and acceptability of cognitive behavioral therapy delivery formats for insomnia in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 64, W.B. Saunders Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101648>

Garland, S. N., Rouleau, C. R., Campbell, T., Samuels, C., & Carlson, L. E. (2015). The comparative impact of mindfulness-based cancer recovery (MBCR) and cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) on sleep and mindfulness in cancer patients. *Explore*, 11(6), 445–454. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.08.004>

Gebara, M. A., Siripong, N., Dinapoli, E. A., Maree, R. D., Germain, A., Reynolds, C. F., Kasckow, J. W., Weiss, P. M., & Karp, J. F. (2018). Effect of insomnia treatments on depression: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*, 35(8), 717–731. <https://doi.org/10.1002/da.22776>

Gentile, S., Delarozière, J. C., Favre, F., Sambuc, R., & San Marco, J. L. (2003). Validation of the French ‘multidimensional fatigue inventory’ (MFI-20). *European Journal of Cancer Care*, 12(1), 58–64. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2354.2003.00295.X>

Ghanean, H., Ceniti, A. K., & Kennedy, S. H. (2018). Fatigue in patients with major depressive disorder: Prevalence, burden and pharmacological approaches to management. *CNS Drugs*, 32(1), 65–74. <https://doi.org/10.1007/s40263-018-0490-z>

Gorday, J. Y., Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2018). Examining characteristics of worry in relation to depression, anxiety, and suicidal ideation and attempts. *Journal of Psychiatric Research*, 107, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.10.004>

Gotts, Z., Deary, V., Newton, J. L., & Ellis, J. (2016). Treatment of insomnia reduces fatigue in chronic fatigue syndrome in those able to comply with the intervention. *Fatigue: Biomedicine, Health and Behavior*, 4(4), 208–216. <https://doi.org/10.1080/21641846.2016.1222699>

Greeley, K. M., Rash, J., Tulk, J., Savard, J., Seal, M., Urquhart, R., Thoms, J., Laing, K., Fawcett, E., & Garland, S. N. (2025). Impact and mechanisms of cognitive behavioral therapy for insomnia on fatigue among cancer survivors: a secondary analysis of a randomized controlled trial. *SLEEP*, 1–11. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsaf014>

Hamoen, A. B. H., Redlich, E. M., & De Weerd, A. W. (2014). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: Influence of slight-to-moderate depressive symptom severity and worrying. *Depression and Anxiety*, 31(8), 662–668. <https://doi.org/10.1002/da.22258>

Harvey, A. G. (2000). Pre-sleep cognitive activity: A comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(3), 275–286.

Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 869–893. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00061-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00061-4)

Harvey, A. G., & Greenall, E. (2003). Catastrophic worry in primary insomnia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 11–23. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(03\)00003-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(03)00003-X)

Harvey, A. G. (2005). Unwanted Intrusive Thoughts in Insomnia. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment* (The Guilford Press, pp. 86–118). <https://psycnet.apa.org/record/2005-03324-004>

Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 225–235. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2010.04.003>

Hertenstein, E., Trinca, E., Wunderlin, M., Schneider, C. L., Züst, M. A., Fehér, K. D., Su, T., Straten, A. v., Berger, T., Baglioni, C., Johann, A., Spiegelhalder, K., Riemann, D., Feige,

B., & Nissen, C. (2022). Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 62, 101597. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101597>

Ho, F. Y. Y., Chan, C. S., Lo, W. Y., & Leung, J. C. Y. (2020). The effect of self-help cognitive behavioral therapy for insomnia on depressive symptoms: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 265, 287–304. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.01.062>

Hotchi, A., Yamadera, W., Iwashita, M., Utsumi, T., Amagai, M., Nakamura, S., Suzuki, T., & Shigeta, M. (2024). Clinico-demographic factors associated with the treatment response to cognitive behavioral therapy for insomnia. *BioPsychoSocial Medicine*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13030-024-00308-6>

Huang, I., Short, M. A., Bartel, K., O’Shea, A., Hiller, R. M., Lovato, N., Micic, G., Oliver, M., & Gradisar, M. (2020). The roles of repetitive negative thinking and perfectionism in explaining the relationship between sleep onset difficulties and depressed mood in adolescents. *Sleep Health*, 6(2), 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.09.008>

Huang, K., Li, S., He, R., Zhong, T., Yang, H., Chen, L., Gao, H., & Jia, Y. (2022). Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) in older adults with insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Australasian Psychiatry*, 30(5), 592–597. <https://doi.org/10.1177/10398562221118516>

Irwin, M. R., Carrillo, C., Sadeghi, N., Bjurstrom, M. F., Breen, E. C., & Olmstead, R. (2022). Prevention of Incident and Recurrent Major Depression in Older Adults With Insomnia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 79(1), 33–41. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2021.3422>

Iwaki, S., Satoh, K., Matsumoto, Y., Echizenya, M., Katoh, T., Kusanagi, H., Kitamura, S., Shimizu, T., & Mishima, K. (2012). Treatment-resistant residual insomnia in patients with recurrent major depressive episodes. *Sleep Biological Rhythms*, 10(3), 202–211. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2012.00564.x>

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

Kalmbach, D. A., Pillai, V., & Ciesla, J. A. (2016). The correspondence of changes in depressive rumination and worry to weekly variations in affective symptoms: A test of the tripartite model of anxiety and depression in women. *Australian Journal of Psychology*, 68(1), 52–60. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12090>

Kalmbach, D. A., Pillai, V., & Drake, C. L. (2018). Nocturnal insomnia symptoms and stress-induced cognitive intrusions in risk for depression: A 2-year prospective study. *PLOS ONE*, 13(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192088>

Kalmbach, D. A., Cheng, P., Arnedt, J. T., Anderson, J. R., Roth, T., Fellman-Couture, C., Williams, R. A., & Drake, C. L. (2018). Treating insomnia improves depression, maladaptive thinking, and hyperarousal in postmenopausal women : comparing cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBTI), sleep restriction therapy, and sleep hygiene education. *Sleep Medicine*, 55, 124-134. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.11.019>

Kapella, M. C., Herdegen, J. J., Perlis, M. L., Shaver, J. L., Larson, J. L., Law, J. A., & Carley, D. W. (2011). Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with COPD is feasible with preliminary evidence of positive sleep and fatigue effects. *International Journal of COPD*, 6, 625–635. <https://doi.org/10.2147/COPD.S24858>

Kapp, C., Perlini, T., Baggio, S., Stephan, P., Urrego, A. R., Rengade, C. E., Macias, M., Hainard, N., & Halfon, O. (2014). Qualités psychométriques du Consumer satisfaction questionnaire (CSQ-8) et du Helping alliance questionnaire (HAQ). *Santé Publique*, 26(3), 337–344. <https://doi.org/10.3917/SPUB.139.0337>

Koffel, E. A., Koffel, J. B., & Gehrman, P. R. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 19, 6–16. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.05.001>

Koffel, E., Bramoweth, A. D., & Ulmer, C. S. (2018). Increasing access to and utilization of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I): A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 33(6), 955–962. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4390-1>

Koffel, E., & Wisdom, J. (2019). Why do Patients Drop-out from Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I)? A Qualitative Interview Study. *Sleep*, 42(Supplement_1), A157–A158. <https://doi.org/10.1093/SLEEP/ZSZ067.387>

Koffel, E., Amundson, E., & Wisdom, J. P. (2020). Exploring the meaning of cognitive behavioral therapy for insomnia for patients with chronic pain. *Pain Medicine (United States)*, 21(1), 67–75. <https://doi.org/10.1093/pmjz144>

Kompier, M. A., Taris, T. W., & van Veldhoven, M. (2012). Tossing and turning - insomnia in relation to occupational stress, rumination, fatigue, and well-being. *Scandinavian Journal of Work*, 38(3), 238–246.

Krasny-Pacini, A., & Evans, J. (2018). Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation: A practical guide. In *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* (Vol. 61, Issue 3, pp. 164–179). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.12.002>

Kristiansen, S. T., Lyhne, C. N., Kragh, M., Sigaard, K. R., Videbech, P., Larsen, E. R., & Bjerrum, M. B. (2024). Experiences of adult patients living with depression-related insomnia: a qualitative systematic review. *JBI Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.11124/jbies-23-00499>

Kuut, T. A., Müller, F., Csorba, I., Braamse, A., Aldenkamp, A., Appelman, B., Assmann-Schuilwerve, E., Geerlings, S. E., Gibney, K. B., Kanaan, R. A. A., Mooij-Kalverda, K., Hartman, T. C. O., Pauëlsen, D., Prins, M., Slieker, K., Van Vugt, M., Keijmel, S. P., Nieuwkerk, P., Rovers, C. P., & Knoop, H. (2023). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy Targeting Severe Fatigue Following Coronavirus Disease 2019: Results of a Randomized Controlled Trial. *Clinical Infectious Diseases*, 77(5), 687–695. <https://doi.org/10.1093/CID/CIAD257>

Kyle, S. D., Morgan, K., & Espie, C. A. (2010). Insomnia and health-related quality of life. *Sleep medicine reviews*, 14(1), 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.07.004>

Lancee, J., Eisma, M. C., Van Straten, A., & Kamphuis, J. H. (2015). Sleep-Related Safety Behaviors and Dysfunctional Beliefs Mediate the Efficacy of Online CBT for Insomnia : A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(5), 406-422. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1026386>

Lancee, J., Eisma, M. C., van Zanten, K. B., & Topper, M. (2017). When Thinking Impairs Sleep: Trait, Daytime and Nighttime Repetitive Thinking in Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 15(1), 53–69. <https://doi.org/10.1080/15402002.2015.1083022>

Latocha, K. M., Løppenthin, K., Jenum, P., Christensen, R., Østergaard, M., & Esbensen, B. A. (2023). Experiences of group-based cognitive behavioural therapy for insomnia among patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *BMJ Open*, 13, 66221. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066221>

Lau, P. H., Carney, A. E., Marway, O. S., Carmona, N. E., Amestoy, M., & Carney, C. E. (2022). Investigating the antidepressant effects of CBT-I in those with major depressive and insomnia disorders. *Journal of Affective Disorders Reports*, 9. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100366>

Leclair-Visonneau, L., Leclair-Visonneau Laboratoire D', L., & Fonctionnelles, E. (2024). Insomnies en neurologie. *Pratique Neurologique-FMC*, 15(1), 54–59. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.praneu.2023.12.005>

Léger, D., Stal, V., Guilleminault, C., Raffray, T., Dib, M., & Paillard, M. (2001). Les conséquences diurnes de l'insomnie: Impact sur la qualité de vie. *Revue Neurologique (Paris)*, 157(10), 1270–1278.

Li, L., Wu, C., Gan, Y., Qu, X., & Lu, Z. (2016). Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1075-3>

Li, X., Liou, K. T., Chimonas, S., Bryl, K., Wong, G., Spiguel, E., Li, S. Q., Garland, S. N., Bao, T., & Mao, J. J. (2023). Addressing cancer-related fatigue through sleep: A secondary analysis of a randomized trial comparing acupuncture and cognitive behavioral therapy for insomnia. *Integrative Medicine Research*, 12(1), 100922. <https://doi.org/10.1016/J.IMR.2023.100922>

Lovato, N., Lack, L., Wright, H., & Kennaway, D. J. (2014). Evaluation of a brief treatment program of cognitive behavior therapy for insomnia in older adults. *Sleep*, 37(1), 117–126. <https://doi.org/10.5665/sleep.3320>

Lundh, L.-G., & Broman, J.-E. (2000). Insomnia as an interaction between sleep-interfering and sleep-interpreting processes. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(5), 299–310.

Manber, R., Edinger, J. D., Gress, J. L., San Pedro-Salcedo, M. G., Kuo, T. F., & Kalista, T. (2008). Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep*, 31(4), 489–495. <https://doi.org/10.1093/SLEEP/31.4.489>

Manber, R., Bernert, R. A., Suh, S., Nowakowski, S., Siebern, A. T., & Ong, J. C. (2011). CBT for insomnia in patients with high and low depressive symptom severity: adherence and clinical outcomes. *Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 7(6), 645–652. <https://doi.org/10.5664/JCSM.1472>

Mao, H., Ji, Y., Xu, Y., Tang, G., Yu, Z., Xu, L., Shen, C., & Wang, W. (2017). Group cognitive–behavioral therapy in insomnia: A cross-sectional case-controlled study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2841–2848. <https://doi.org/10.2147/NDT.S149610>

Maroti, D., Folkeson, P., Jansson-Fröjmark, M., & Linton, S. J. (2011). Does Treating Insomnia With Cognitive–Behavioural Therapy Influence Comorbid Anxiety and Depression? An Exploratory Multiple Baseline Design With Four Patients. *Behaviour Change*, 28(4), 195–205. doi:10.1375/bech.28.4.195

Maruani, J., Stern, E., Boiret, C., Leseur, J., Romier, A., Lejoyeux, M., & Geoffroy, P. A. (2023). Predictors of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) effects in insomnia with major depressive episode. *Psychiatry Research*, 329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115527>

McClintock, S. M., Husain, M. M., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Trivedi, M. H., Cook, I., Morris, D., Warden, D., & Rush, A. J. (2011). Residual symptoms in depressed outpatients who respond by 50% but do not remit to antidepressant medication. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(2), 180–186. <https://doi.org/10.1097/JCP.0B013E31820EBD2C>

Mcevoy, P. M., & Brans, S. (2013). Common Versus Unique Variance Across Measures of Worry and Rumination: Predictive Utility and Mediational Models for Anxiety and Depression. *Cogn Ther Res*, 37, 183–196. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9448-5>

Mcevoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). *The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>

Morin, C. M. (1993). Insomnia Severity Index (ISI). *APA Psyc Tests*.

Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological And Behavioral Treatment Of Insomnia: Update Of The Recent Evidence (1998–2004). *Sleep*, 29(11), 1398–1414. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.11.1398>

Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS): Validation of a Brief Version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547–1554. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.11.1547>

Morin, Belleville G, Bélanger L, & Ivers H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep*, 34(5), 601–608. <https://academic.oup.com/sleep/article/34/5/601/2281474>

Morin, C. M., & Jarrin, D. C. (2013). Epidemiology of insomnia: Prevalence, course, risk factors, and public health burden. *Sleep Medicine Clinics*, 8(3), 281–297. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2013.05.002>

Morin, C. M., Beaulieu-Bonneau, S., Bélanger, L., Ivers, H., Ortúñoz, M. S., Vallières, A., Savard, J., Guay, B., & Mérette, C. (2016). Cognitive-behavior therapy singly and combined with medication for persistent insomnia : Impact on psychological and daytime functioning. *Behaviour Research And Therapy*, 87, 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.002>

Moul, D. E., Nofzinger, E. A., Pilkonis, P. A., Houck, P. R., Miewald, J. M., & Buysse, D. J. (2002). Symptom Reports in Severe Chronic Insomnia. *Sleep*, 25(5), 548–558. <https://doi.org/10.1093/SLEEP/25.5.548>

Muench, A., Lampe, E., Posner, D., Seewald, M., Boyle, J., Vargas, I., Thompson, M., Grandner, M., & Perlis, M. (2023). The Effect of CBT-I Dose on Sleep Outcomes in Cancer Survivors at 3-month Follow-up. *SLEEP*, 46(Supplement_1), A362–A363. <https://doi.org/10.1093/SLEEP/ZSAD077.0824>

Nguyen, S., McKay, A., Wong, D., Rajaratnam, S. M., Spitz, G., Williams, G., Mansfield, D., & Ponsford, J. L. (2017). Cognitive Behavior Therapy to Treat Sleep Disturbance and Fatigue After Traumatic Brain Injury: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(8), 1508-1517.e2. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.02.031>

Nguyen, S., Wong, D., McKay, A., Rajaratnam, S. M. W., Spitz, G., Williams, G., Mansfield, D., & Ponsford, J. L. (2019). Cognitive behavioural therapy for post-stroke fatigue and sleep disturbance: a pilot randomised controlled trial with blind assessment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(5), 723–738. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1326945;SUBPAGE:STRING:ACCESS>

Nierenberg, A. A., Keefe, B. R., Leslie, V. C., Alpert, J. E., Pava, J. A., Worthington, J. J., Rosenbaum, J. F., & Fava, M. (1999). Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(4), 221–225. <https://doi.org/10.4088/JCP.V60N0403>

Nierenberg, A. A., Husain, M. M., Trivedi, M. H., Fava, M., Warden, D., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., & Rush, A. J. (2010). Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report. *Psychological Medicine*, 40(1), 41–50. <https://doi.org/10.1017/S0033291709006011>

Norell-Clarke, A., Tillfors, M., Jansson-Fröhmark, M., Holländare, F., & Engström, I. (2017). How Does Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Work? An Investigation of Cognitive Processes and Time in Bed as Outcomes and Mediators in a Sample With Insomnia and Depressive Symptomatology. *International Association for Cognitive Psychotherapy*, 10(4), 304–329. <https://doi.org/10.1521/IJCT.2017.10.4.304>

Norell-Clarke, A., Jansson-Fröhmark, M., Tillfors, M., Holländare, F., Engström, I., & Om, E. (2015). Group cognitive behavioural therapy for insomnia: Effects on sleep and depressive symptomatology in a sample with comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 80–93. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.005>

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2011). The Oxford 2011 levels of evidence. *Centre for Evidence-Based Medicine*. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebml-levels-of-evidence-2011>

Ohayon MM. (2007). Insomnia: A ticking clock for depression? *Journal of Psychiatric Research*, 41(11), 893–894. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.07.008>

Olawade, D. B., Wada, O. Z., Odetayo, A., David-Olawade, A. C., Asaolu, F., & Eberhardt, J. (2024). Enhancing mental health with Artificial Intelligence: Current trends and future prospects. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 3, 100099. <https://doi.org/10.1016/j.jglmedi.2024.100099>

Palagini, L., Aquino, G., Alfi, G., Massoni, L., Gambini, M., Miniati, M., Marazziti, D., Riemann, D., Gemignani, A., & Geoffroy, P. A. (2024). CBT-I for prevention and early

intervention in mental disturbances: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 124, 650–658. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.10.033>

Parsons, C. E., Zachariae, R., Landberger, C., & Young, K. S. (2021). How does cognitive behavioural therapy for insomnia work? A systematic review and meta-analysis of mediators of change. *Clinical psychology review*, 86, 102027. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102027>

Perlis, M. L., Smith, M. T., Jungquist, C., Nowakowski, S., Orff, H., & Soeffing, J. (2010). Cognitive-Behavioral therapy for Insomnia. *Current Clinical Neurology*, 281–296. https://doi.org/10.1007/978-1-60327-042-7_22

Petersen, J. Z., Petersen, J. Z., Porter, R. J., Miskowiak, K. W., & Miskowiak, K. W. (2019). Clinical characteristics associated with the discrepancy between subjective and objective cognitive impairment in depression. *Journal of Affective Disorders*, 246, 763–774. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.12.105>

Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2012). *Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii* [A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology]. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 361–369.

Pilar Martínez, M., Miró, E., Sánchez, A. I., Díaz-Piedra, C., Cáliz, R., Vlaeyen, J. W. S., & Buela-Casal, G. (2014). Cognitive-behavioral therapy for insomnia and sleep hygiene in fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 683–697. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9520-y>

Pillai, V., & Drake, C. L. (2015). Sleep and Repetitive Thought: The Role of Rumination and Worry in Sleep Disturbance. In *Sleep and Affect: Assessment, Theory, and Clinical Implications* (pp. 201–225). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-417188-6.00010-4>

Rezaie, L., Khazaie, H., & Yazdani, F. (2016). Exploration of the experience of living with chronic insomnia: A qualitative study. *Sleep Science*, 9(3), 179–185. <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2016.07.001>

Riedel, B. W., & Lichstein, K. L. (2000). Insomnia and daytime functioning. *Sleep Medicine Reviews*, 4(3), 277–298. <https://doi.org/10.1053/SMRV.1999.0074>

Roth, T., & Ancoli-Israel, S. (1999). Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. II. *Sleep, 22(Suppl. 2)*, S354–S358. <https://europepmc.org/article/med/10394607>

Sadler, P., McLaren, S., Klein, B., Harvey, J., & Jenkins, M. (2018). Cognitive behavior therapy for older adults with insomnia and depression: A randomized controlled trial in community mental health services. *Sleep, 41(8)*. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy104>

Sadler, P., McLaren, S., Klein, B., & Jenkins, M. (2019). Cognitive behaviour therapy for insomnia and depression: qualitative reflections from older adults who participated in a randomised controlled trial. *Aging & Mental Health, 24(6)*, 932–938. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571013>

Salzer, S., Stiller, C., Tacke-Pook, A., Jacobi, C., & Leibing, E. (2009). Screening for Generalized Anxiety Disorder in inpatient psychosomatic rehabilitation: pathological worry and the impact of depressive symptoms. *Psychosocial Medicine, 6*. <https://doi.org/10.3205/psm000058>

Sandlund, C., Hetta, J., Nilsson, G. H., Ekstedt, M., & Westman, J. (2018). Impact of group treatment for insomnia on daytime symptomatology: Analyses from a randomized controlled trial in primary care. *International Journal of Nursing Studies, 85*, 126–135. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.002>

Sandlund, C., Kane, K., Ekstedt, M., & Westman, J. (2018). Patients' experiences of motivation, change, and challenges in group treatment for insomnia in primary care: a focus group study. *BMC Family Practice, 19(1)*. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0798-2>

Schabus, M., Eigl, E.-S., Topalidis, P., & Hinterberger, A. (2023). *Efficacy of digital cognitive behavioural therapy for insomnia: A randomised controlled trial using a new App that tracks sleep continuously using HRV.* <https://unisalzburg.elsevierpure.com/en/publications/efficacy-of-digital-cognitive-behavioural-therapy-for-insomnia-a->

Schlarb, A. A., Faber, J., & Hautzinger, M. (2018). CBT-I and HT-I group therapy for adults with insomnia in comparison to those with insomnia and comorbid depression – a pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 14*, 2429. <https://doi.org/10.2147/NDT.S164899>

Shen, J., Barbera, J., & Shapiro, C. M. (2006). Distinguishing sleepiness and fatigue: focus on definition and measurement. *Sleep Medicine Reviews*, 10(1), 63–76. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2005.05.004>

Siengsukon, C. F., Alshehri, M., Williams, C., Drerup, M., & Lynch, S. (2020). Feasibility and treatment effect of cognitive behavioral therapy for insomnia in individuals with multiple sclerosis : A pilot randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis And Related Disorders*, 40, 101958. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2020.101958>

Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., Nielsen, G. H., & Nordhus, I. H. (2006). Cognitive Behavioral Therapy vs Zopiclone for Treatment of Chronic Primary Insomnia in Older Adults. *JAMA*, 295(24), 2851. <https://doi.org/10.1001/jama.295.24.2851>

Sivertsen, B., Salo, P., Mykletun, A., Hysing, M., Pallesen, S., Krokstad, S., Nordhus, I. H., & Overland, S. (2012). The bidirectional association between depression and insomnia: The HUNT study. *Psychosomatic Medicine*, 74(7), 758–765. <https://doi.org/10.1097/PSY.0B013E3182648619>

Smyth, A., Alam, S., & Pangerl, S. (2023). Pilot feasibility and acceptability study evaluating use of group CBT-I in improving sleep and fatigue in older adults. *Australasian Journal on Ageing*, 42(4), 728–735. <https://doi.org/10.1111/ajag.13233>

Soehner, A. M., Kaplan, K. A., & Harvey, A. G. (2014). Prevalence and clinical correlates of co-occurring insomnia and hypersomnia symptoms in depression. *Journal of Affective Disorders*, 167, 93–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.060>

Spiegelhalder, K. (2022). Addressing Insomnia Using Group CBT-I. In Baglioni C., Espie C.A., & Riemann D. (Eds.), *Cognitive-Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) Across the Life Span: Guidelines and Clinical Protocols for Health Professionals* (pp. 229–233). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119891192.CH22>

Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2018). Repetitive negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 216–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.037>

Squires, L. R., Rash, J. A., Fawcett, J., & Garland, S. N. (2022). Systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for insomnia on subjective and actigraphy-

measured sleep and comorbid symptoms in cancer survivors. *Sleep Medicine Reviews*, 63, 101615. <https://doi.org/10.1016/J.SMRV.2022.101615>

Steinmetz, L., Simon, L., Feige, B., Riemann, D., Johann, A. F., Ell, J., Ebert, D. D., Baumeister, H., Benz, F., & Spiegelhalder, K. (2024). Network meta-analysis examining efficacy of components of cognitive behavioural therapy for insomnia. *Clinical Psychology Review*, 114, 102507. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2024.102507>

Sunderajan, P., Gaynes, B. N., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Fava, M., Akingbala, F., DeVeauh-Geiss, J., John Rush, A., & Trivedi, M. H. (2010). Insomnia in Patients With Depression: A STAR'D Report. *CNS Spectrums.*, 15(6), 394–404. <https://doi.org/10.1017/S1092852900029266>

Sunnhed, R., & Jansson-Fröjmark, M. (2014). Are Changes in Worry Associated with Treatment Response in Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia? *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.846399>

Sweetman, A., Lovato, N., Micic, G., Scott, H., Bickley, K., Haycock, J., Harris, J., Gradišar, M., & Lack, L. (2020). Do symptoms of depression, anxiety or stress impair the effectiveness of cognitive behavioural therapy for insomnia? A chart-review of 455 patients with chronic insomnia. *Sleep Medicine*, 75, 401–410. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.08.023>

Takano, K., Iijima, Y., & Tanno, Y. (2012). *Repetitive Thought and Self-Reported Sleep Disturbance*. www.elsevier.com/locate/bt

Tanaka, M., Kusaga, M., Nyamathi, A. M., & Tanaka, K. (2019). Effects of Brief Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Improving Depression Among Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Comparative Study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(1), 78–86. <https://doi.org/10.1111/wvn.12342>

Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Weinstock, J., & Temple, J. R. (2006). *A Pilot Study of Cognitive-Behavioral Therapy of Insomnia in People with Mild Depression*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.002>

Taylor, M. M., & Snyder, H. R. (2021). Repetitive Negative Thinking Shared Across Rumination and Worry Predicts Symptoms of Depression and Anxiety. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43, 904–915. <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09898-9>

Tousignant, O. H., Taylor, N. D., Suvak, M. K., & Fireman, G. D. (2019). Effects of Rumination and Worry on Sleep. *Behavior Therapy*, 50, 558–570. www.elsevier.com/locate/bt

Tsuno, N., Berset, A., & Ritchie, K. (2005). Sleep and Depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(10), 19685. <https://www.psychiatrist.com/jcp/sleep-depression>

Van Someren, E. J. W. (2021). Brain mechanisms of insomnia: New perspectives on causes and consequences. *Physiological Reviews*, 101(3), 995–1046. <https://doi.org/10.1152/physrev.00046.2019>

Van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C. M., & Lancee, J. (2018a). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 3–16. <https://doi.org/10.1016/J.SMRV.2017.02.001>

Van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C. M., & Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 3–16. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.02.001>

Verbeek, I. H., Konings, G. M., Aldenkamp, A. P., Declerck, A. C., & Klip, E. C. (2006). Cognitive behavioral treatment in clinically referred chronic insomniacs: Group versus individual treatment. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(3), 135–151. https://doi.org/10.1207/s15402010bsm0403_1

Victor, R., Garg, S., & Gupta, R. (2019). Insomnia and depression: How much is the overlap? *Indian Journal of Psychiatry*, 61(6), 623–629. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_461_18

Wagley, J. N., Rybarczyk, B., Nay, W. T., Danish, S., & Lund, H. G. (2013). Effectiveness of Abbreviated CBT for Insomnia in Psychiatric Outpatients: Sleep and Depression Outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 69(10), 1043–1055. <https://doi.org/10.1002/jclp.21927>

Walrave, R., Gabriël Beerten, S., Mamouris, P., Coteur, K., Van Nuland, M., Van Pottelbergh, G., Casas, L., & Vaes, B. (2022). Trends in the epidemiology of depression and comorbidities from 2000 to 2019 in Belgium. *BMC Primary Care*, 23, 163. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01769-w>

Watanabe, N., Furukawa, T. A., Shimodera, S., Morokuma, I., Katsuki, F., Fujita, H., Sasaki, M., Kawamura, C., & Perlis, M. L. (2011). Brief Behavioral Therapy for Refractory

Insomnia in Residual Depression: An Assessor-Blind, Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(12), 2128. <https://doi.org/10.4088/JCP.10M06130GRY>

Weise, S., Ong, J., Tesler, N. A., Kim, S., & Roth, W. T. (2013). Worried sleep: 24-h monitoring in high and low worriers. *Biological Psychology*, 94(1), 61–70. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.04.009>

Wiley, J., Reynolds-Cowie, P., & Fleming, L. (2021). Living with persistent insomnia after cancer: A qualitative analysis of impact and management. *British Journal of Health Psychology*, 26, 33–49. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12446>

Willems, R., Catthoor, K., Cools, O., Morrens, M., Snoeck, P., Tecco, J., Dom, G., willems, R., catthoor, K., cools, O., & tecco, J. (2024). Mental health services in Belgium. *International Review of Psychiatry*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/09540261.2024.2386052>

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jenum, P., Lieb, R., Maercker, A., Van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhause, H.-C. (2011). *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

Wu, J. Q., Appleman, E. R., Salazar, R. D., & Ong, J. C. (2015). Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions a meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(9), 1461–1472. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3006>

Yamadera, W., Sato, M., Harada, D., Iwashita, M., Aoki, R., Obuchi, K., Ozone, M., Itoh, H., & Nakayama, K. (2013). Comparisons of short-term efficacy between individual and group cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms*, 11(3), 176–184. <https://doi.org/10.1111/sbr.12019>

Yona, T., Weisman, A., Gottlieb, U., Lin, E., & Masharawi, Y. (2021). *The Reliability and Validity of the Hebrew Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the General Population*. <https://doi.org/10.1101/2021.07.13.21260485>

You, Z., Li, X., Ye, N., & Zhang, L. (2023). Understanding the effect of rumination on sleep quality: a mediation model of negative affect and bedtime procrastination. *Current Psychology*, 42, 136–144. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01337-4>/Published

Zaheed, A. B., Chervin, R. D., Spira, A. P., Zahodne, L. B., & author Afsara Zaheed, C. B. (2023). Mental and physical health pathways linking insomnia symptoms to cognitive performance 14 years later Statement of Significance. *SLEEP*, 2023(3), 1–15. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsac262>

Zhang, N., Ma, S., Wang, P., Yao, L., Kang, L., Wang, W., Nie, Z., Chen, M., Ma, C., & Liu, Z. (2023). Psychosocial factors of insomnia in depression: a network approach. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05454-9>

ANNEXES

Annexe 1. Affiche intervention

VOUS VOUS SENTEZ DÉPRIMÉ ET VOUS AVEZ DU MAL À DORMIR ?

CE PROGRAMME DE THÉRAPIE POURRAIT VOUS INTÉRESSER

Nous vous proposons de bénéficier d'un suivi pour vous **aider à améliorer votre humeur et votre qualité de sommeil**

Le suivi proposé combine deux interventions thérapeutiques basées sur de nombreuses études scientifiques qui ont pour objectif de vous aider à :

- ◆ **Mieux identifier ce qui est important pour vous** et vous engager dans des activités plaisantes et satisfaisantes. Ceci afin de vous permettre de vous sentir mieux au quotidien.
- ◆ **Mieux identifier les mécanismes qui contribuent à vos problèmes de sommeil** afin de changer vos habitudes et de vous permettre de mieux dormir.

« Je me sens triste, déprimé, pourquoi ? Qu'est-ce qui cloche chez moi ? »

« Je n'arrête pas de penser au fait que je manque de sommeil, il faut que ça s'arrête »

« Je me sens fatigué, je n'ai plus envie de rien »

GRATUIT

L'intervention est offerte dans le cadre d'un projet de recherche scientifique mené par Audrey Krings, Docteur en psychologie. L'objectif est d'évaluer l'efficacité du programme thérapeutique.

INFO PRATIQUES

⌚ À partir de fin octobre ⌚ Au Sart-Tilman

En pratique ?
5 séances de deux heures, les lundis 18/11 ; 25/11 ; 02/12 ; 09/12 ; 16/12 de 11h à 13h (en groupe) + 5 séances d'une heure, les semaines du 06/01 ; 13/01 ; 20/01 ; 27/01 ; 03/02 (en individuel)

Condition d'accès ?
> 18 ans & entretien téléphonique au préalable.

Infos & Inscriptions
Contacter Audrey Krings
0471/63.28.28 | audrey.krings@uliege.be

Liège université **CPLU** **FUSION** **PSY** **LIEGE** **INAMI**

Mise en page © Nuances thématiques

Annexe 2. Analyses de cas individuels

Annie

• Contexte de la rencontre

Annie est recrutée dans le cadre de cette étude suite à un e-mail envoyé aux membres du personnel de l'université. Elle prend contact avec Audrey Krings, la post-doctorante responsable de l'intervention, après avoir pris connaissance de l'affiche et accepte de participer à l'intervention. Elle explique qu'elle avait initialement cherché un psychologue pour l'aider à gérer ses insomnies, mais face à l'indisponibilité des professionnels, elle s'est intéressée à l'étude en découvrant que ses thématiques étaient en lien avec ses propres difficultés.

Annie est une femme de 31 ans qui a changé de travail récemment. Elle présente des difficultés de sommeil associées à une importante charge mentale et émotionnelle.

Lors du premier entretien mené par Line Meessen et réalisé avant le début de l'intervention, Annie se montre d'abord sensible et anxiouse face au déroulement de la thérapie, mais elle se détend progressivement au fil de la discussion. Elle se montre rapidement très impliquée et motivée à faire l'intervention, avec une attitude ouverte et coopérative. L'entretien se déroule de façon fluide et quelques moments d'émotion surprennent la participante. Elle réalise que ses émotions montrent à quel point elle souhaite vraiment améliorer son sommeil et son humeur. Elle dit qu'elle est prête à faire un travail sur elle-même et qu'elle voit la thérapie comme une opportunité d'acquérir des outils pour comprendre et gérer à la fois l'insomnie et l'anxiété.

• Analyse des entretiens

Alors qu'avant l'intervention, Annie faisait part d'une certaine anxiété liée surtout à son travail, qui impactait son sommeil, ses propos indiquent désormais une diminution de son anxiété. Elle décrit son expérience avant l'intervention : « *Oui j'ai la boule au ventre, j'ai le cœur qui s'emballe et puis j'ai euh un peu toutes mes pensées qui commencent à s'accélérer.* ». Ses propos laissent supposer qu'elle lie cette anxiété à ses insomnies, comme illustre cette phrase : « *... en fait c'est un peu un cercle vicieux parce que du coup je suis anxiouse donc je [ne] dors plus...* ». Elle témoigne ainsi des conséquences de ce manque de sommeil sur sa sensibilité : « *Et donc comme je [ne] dors plus ben je suis beaucoup plus à fleur de peau,*

beaucoup plus sensible et, fin, donc ça fait un peu...ça augmente un peu. ». Avant la thérapie, elle fait part de pensées négatives répétitives, en disant :

« Mais après j'ai d'autres pensées, fin, qui sont même pas réelles et qui sont vraiment des constructions de mon cerveau. Fin, qui, qui sont liées de près ou de loin au travail, mais parce que c'est ce qui m'occupe pour le moment je crois. »

Après l'intervention, on remarque une évolution concernant son anxiété et son humeur en général :

« Je me sens quand même beaucoup mieux, je me sens moins anxieuse. Quand même je me suis surprise à commencer à mettre que j'étais de bonne humeur certaines journées dans le carnet et vraiment pas parce que bon j'ai...j'ai avant, j'étais plus maussade et tout ça, mais il y avait toujours des petits moments où j'étais quand même un peu de bonne humeur ou un peu plus joyeuse ou détendue. Mais là, il y a eu de la journée où je me sens vraiment plus, bah oui, de bonne humeur et...et...et surtout beaucoup moins, je me sens quand même un peu moins tout le temps dans ma tête à...à m'inquiéter. »

Si nous analysons l'entretien post-intervention dans sa globalité, nous pouvons remarquer l'utilisation fréquente, tout au long de l'entretien, du mot « gai » par Annie pour décrire son état général. Elle semble beaucoup plus apaisée et se montre plus détendue.

En ce qui concerne son vécu d'insomnie, Annie exprime avoir des réveils nocturnes, vers une heure du matin, et une impossibilité de se rendormir. Elle lie vraiment ses difficultés, comme mentionné précédemment, à son anxiété et à ses pensées qui tournent en boucle : *« Parce que du coup en fait le problème des cycles d'insomnie c'est que quand je vais au lit, je suis stressée et j'ai peur de me réveiller la nuit. ».* Elle poursuit en disant : *« Enfin j'appréhende le fait que je vais me réveiller, et donc le matin je me réveille, je me dis j'en ai marre d'encore me réveiller, et le soir quand je vais dormir, je me dis bon voilà j'ai fait tout ce qu'il fallait, j'espère que ça va aller, mais j'ai toujours cette peur de pas... de pas bien dormir. ».* Des inquiétudes concernant la perte de sommeil semblent donc être bien présentes avant l'intervention. Après l'intervention, une évolution est perceptible, Annie exprime avoir une meilleure qualité de sommeil, et moins de réveils nocturnes.

Nous pouvons observer de potentiels mécanismes de changement, après la TCC-I, notamment à travers la restructuration de ses croyances liées au sommeil et la réduction de son hyperactivité cognitive. Après l'intervention, Annie semble avoir réévalué ses croyances sur le

sommeil, avec un lâcher-prise sur celui-ci. Elle dit avoir appris à relativiser sur ce qu'était une bonne nuit et révèle ainsi : « *Et donc à lâcher prise aussi sur les insomnies et sur les moments où j'ai un moins bon sommeil et à me dire que...je... en tout cas je [ne] me sens plus comme victime de mon sommeil dans la manière dont je mène ma vie.* ». Avec la restriction du sommeil, une transformation apparaît clairement :

« *Alors que...mais du coup c'était intéressant aussi parce qu'avant, quand j'avais des insomnies, j'étais tellement hyper nerveuse et dans l'envie de contrôler ces insomnies que même la journée, j'étais hyper speed. En fait, j'arrivais pas à...à relâcher et donc à avoir ce moment où bah... j'avais la fatigue qui arrivait. Alors que ici, ça, j'ai quand même plus ressenti la fatigue physique, mais aussi je crois, parce que je m'autorise plus à... lâcher prise... »*

Le fait d'avoir pu ressentir cette fatigue physique, avec cette idée de « lâcher-prise », semble avoir contribué à une évolution positive au niveau de ses insomnies. Elle perçoit également dorénavant l'échec « *d'aller au lit super tôt* » pour gérer le sommeil. Elle souhaite également maintenir les ajustements liés au contrôle du sommeil, une préoccupation qui occupait une place importante chez elle avant l'intervention. Elle rapporte aussi un changement assez rapide, peut-être progressif, au niveau de son sommeil et de son humeur, qui a été déclenché par l'idée qu'elle prenait les choses en main. Toujours avec cette idée de lâcher-prise, Annie évoque ne plus être dans un schéma où ses choix sont dictés par son insomnie.

En ce qui concerne son humeur, Annie semble la lier à son manque de sommeil et sa fatigue. Elle décrit son expérience :

« *Et du coup j'ai tendance à être, quand je suis fatiguée comme ça, et que je suis pas en forme que j'ai eu tendance à broyer du noir à être beaucoup plus cynique. Donc là je suis moins joyeuse quoi, fin à la longue. Et je me renferme sur moi-même aussi, j'ai moins de patience.* »

Cette fatigue, liée à son humeur, semble avoir un impact sur sa vie sociale et affective. En effet, avant l'intervention, à travers ses paroles, elle révèle que : « *...je crois j'étais tellement fatiguée que j'arrivais pas à avoir un intérêt dans la conversation, alors que j'adore voir des gens, à la base je suis quelqu'un d'assez social quand même.* ». Annie évoque un isolement social vécu depuis environ trois ans, lié à l'annulation d'activités avec ses proches en raison de la fatigue. Son discours laisse toutefois entrevoir un évitement anticipé, motivé par la peur d'être fatiguée plutôt que par une fatigue réelle. Elle mentionne aussi une baisse d'envie de

sortir et de participer à des activités sociales. Elle rapporte que son compagnon lui dit qu'elle « *s'efface derrière ses problèmes* », ce qui le peine, car il ne la reconnaît plus totalement dans cet état.

Les améliorations au niveau du sommeil, de l'humeur et de l'anxiété semblent avoir amélioré ses relations interpersonnelles. En effet, elle a pris conscience de son manque d'activités et souligne une volonté de développer son activité sociale. Elle met en évidence dans son discours le fait de ne plus voir les activités sociales comme un frein à son sommeil. Avec ce changement de perception, elle suggère un certain plaisir retrouvé dans celles-ci :

« Parce que même le week-end, parfois je me disais “ punaise, je vais aller dormir tard, je vais pas bien dormir enfin et enfin c'est quand même un peu bête ! ” Mais et donc ça...ça mon attitude elle a quand même changé donc j'arrive maintenant un peu plus à me réjouir de faire des choses avec d'autres personnes, même en soirée. »

Ces améliorations sont également observées par son compagnon qui la décrit comme plus présente, en train de redevenir elle-même et moins éteinte que durant la période précédant la thérapie. Annie disait que son compagnon était peiné de la voir dans cet état et qu'elle s'effaçait derrière ses problèmes. Elle exprime aussi un regain de motivation, avec davantage de planification d'activités et mentionne les bénéfices du sport sur sa santé mentale.

Concernant son adhésion au traitement et son expérience globale de la thérapie, Annie mentionne les bénéfices du dispositif de groupe, au groupe l'ayant bien aidée, elle était pourtant sceptique au début de l'intervention. Elle trouve un côté rassurant à celui-ci : « *Et donc ça, voir que d'autres personnes vivaient ça aussi, bah ça a un côté un peu rassurant et on se sent moins seul et donc ça, ça fait du bien aussi je trouve.* ». Elle dit qu'elle a pu s'identifier au vécu des autres. Annie témoigne également des apports de la thérapie : « *...je trouve que de manière globale je me sens en tout cas beaucoup plus outillée pour comprendre et pour faire face à... aux périodes d'insomnie et relativiser. Et du coup aussi pour dédramatiser ça et que ça prenne moins de place dans ma vie en fait* ». Elle met aussi en évidence une utilisation plus large des outils, dépassant le seul cadre du sommeil.

Par contre, Annie exprime certaines difficultés liées à l'intervention, par rapport notamment à la mise en place de la restriction du sommeil. Elle décrit son expérience en disant : « *...je trouve que peut-être le plus contraignant dans la thérapie, c'est le moment où, au début qu'on met la restriction du sommeil, bah on se sent quand même fort fatigué au début.* ». Elle évoque également avoir ressenti beaucoup d'angoisse au démarrage de cette étape. Malgré ces

difficultés initiales, Annie exprime sa volonté de poursuivre la restriction du sommeil après la thérapie, car après une phase d'adaptation, la situation s'est améliorée. Une autre chose qu'elle a trouvée contraignante a été le carnet où il fallait noter son humeur. En effet, les jours où elle passait des mauvaises journées, elle n'avait pas envie de s'y replonger.

En résumé, la TCC-I semble avoir réduit les pensées négatives répétitives d'Annie, ce qui a contribué à un meilleur sommeil, avec une réduction des réveils nocturnes. Nous pouvons interpréter la modification de ses croyances dysfonctionnelles sur le sommeil, avec l'apprentissage du « lâcher-prise » sur celui-ci, ainsi qu'une meilleure compréhension de l'insomnie, comme responsables de ces changements. Après l'intervention, Annie paraît plus apaisée et on observe une amélioration de son humeur avec un regain de l'élan vital. La fatigue, auparavant associée à un isolement social et à l'annulation d'activités, est perçue différemment après l'intervention. La diminution de l'anxiété liée à la perte de sommeil a permis à Annie de reprendre des activités sociales, qu'elle dit désormais apprécier. Malgré des difficultés initiales avec la restriction du sommeil, celle-ci semble avoir été efficace pour Annie, qui compte continuer à l'utiliser. Annie a par ailleurs apprécié le dispositif de groupe, trouvant bénéfique et rassurant de pouvoir s'identifier au vécu des autres. Elle exprime également un sentiment d'être mieux outillée pour faire face à l'insomnie. Cette augmentation du sentiment de contrôle, associée à l'impression de reprendre les choses en main, apparaît comme un levier potentiel de changement. La thérapie semble donc avoir été une bonne expérience pour Annie, avec une évolution positive au niveau du sommeil, de son humeur et de son anxiété.

Nathalie

• Contexte de la rencontre

Nathalie rejoint l'étude après qu'une amie lui a transféré l'e-mail de recrutement envoyé aux membres de l'université. Intéressée par l'approche proposée, elle prend rapidement contact avec Audrey Krings et accepte de participer à l'étude.

Nathalie est une Française de 53 ans, installée récemment en Belgique pour son travail. Elle présente des difficultés de sommeil persistantes à l'avant-plan, ainsi que des symptômes dépressifs qui ont un impact sur sa qualité de vie. Ces difficultés semblent être présentes depuis longtemps, elle n'a pas de souvenir de périodes de sommeil réparateur. Il est important de noter que Nathalie a eu une enfance difficile, marquée par de la maltraitance et de la négligence. De

plus, quelques semaines avant le début de la thérapie, son père est décédé, ce qu'elle a vécu comme un abandon.

Lors du premier entretien qualitatif, Nathalie se montre investie et ouverte. Elle s'exprime avec fluidité et vivacité, dans un discours soutenu et rapide, souvent entrecoupé d'interruptions spontanées lorsque la psychologue clinicienne parle. Elle a l'air très sûre d'elle. La dynamique est rythmée, animée par une forte implication et une volonté manifeste de partager son vécu.

• Analyse des entretiens

Avant l'intervention, le vécu de l'insomnie chez Nathalie se manifeste surtout par des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes ou précoces. Elle exprime une impression d'insomnie chronique :

« ... je me dis qu'il y a vraiment un sérieux problème quoi. Et depuis très longtemps je me souviens pas avoir bien dormi par exemple. ».

Dès le début de la thérapie, elle reconnaît dormir davantage qu'elle ne le pensait, mais elle insiste sur une fatigue diurne qu'elle décrit comme extrêmement pesante et omniprésente, au point d'impacter fortement son quotidien. Elle souligne le caractère invisible de cette fatigue aux yeux des autres, alors qu'elle la vit comme un poids au quotidien. Pour anticiper son impact, elle met en place des stratégies afin de maintenir un certain équilibre, notamment : « *Là, je suis vraiment très très fatiguée donc je fonctionne, j'ai un bon... comment on appelle ça... pilote automatique.* ». Cette fatigue influence également sa vie sociale, qu'elle restreint : « *Par exemple, le dimanche soir, j'étais invitée tout le temps, je dis "Non, le lendemain, je travaille, je ne peux pas"* ». Dans son récit, elle parle à plusieurs reprises du danger de la fatigue au volant, qu'elle compare à l'alcoolisme, pour justifier le refus d'invitations. Son emploi du temps est régulièrement allégé pour éviter une dégradation :

« C'est quand elles s'enchaînent [les nuits sans sommeil], que ça commence à être problématique, mais je réduis tout de suite mon activité, parce qu'en fait la fatigue empêche de dormir aussi, c'est un truc de fou quoi. Et j'ai compris aussi que dès que ça commence à s'emballer, je prends des mesures, j'allège mon emploi du temps, j'annule des choses que je dois faire et euh, le temps que je revienne à la normal quoi. »

Un autre domaine potentiellement affecté par les troubles du sommeil, et indirectement par la fatigue diurne, pourrait être le travail. Nathalie évoque des difficultés de concentration, notamment lors de doubles tâches, ainsi qu'un impact sur sa productivité au travail, puisqu'elle

était plus ralenti qu'à son habitude pour réaliser certaines tâches. Ces éléments laissent supposer que la fatigue pourrait jouer un rôle structurant dans son fonctionnement quotidien, en influençant ses choix et ses comportements, au point de devenir un régulateur comportemental qui l'amènerait à réduire ses activités par crainte d'un déséquilibre.

Après l'intervention, Nathalie perçoit une évolution au niveau de sa fatigue : elle témoigne : « *Donc moins de fatigue, ça c'est clair et moins de brouillard mental aussi de mon côté.* ». Cette amélioration semble particulièrement marquée dans le contexte professionnel, où elle se sent plus détendue, moins épuisée et plus à l'aise dans ses interactions avec ses collègues. Elle ressent également moins de fatigue mentale et une amélioration de ses performances au travail. Comparativement à l'entretien initial, Nathalie parle d'une réintégration de ses activités sociales, avec moins de craintes des conséquences sur le sommeil :

« *C'est-à-dire qu'au niveau social, moi j'ai quand même une vie qui est plutôt très active et je recommence à accepter pas mal d'invitations, y compris le soir, alors [que] je refusais depuis... depuis très longtemps quoi. Donc là il y a une amélioration et toute façon apparemment ça ne change pas la qualité de mon sommeil, au contraire. Donc voilà, c'est plutôt chouette.* »

Cette évolution par rapport à sa crainte des conséquences des activités sociales sur son sommeil est également illustrée par le passage suivant :

« *Euh ouais, ça c'est nouveau aussi. Ouais de... d'être capable d'être avec les autres sans avoir derrière moi cette petite phrase qui dit "Tu vas passer une mauvaise nuit" parce que ton cerveau, il est en ébullition quoi.* »

Cette réintégration des activités sociales semble marquer une évolution dans la manière dont Nathalie vit ses difficultés. Elle paraît moins centrée sur les conséquences négatives, ce qui pourrait traduire une relation au sommeil moins contrôlante. De manière plus générale, après l'intervention, elle dit : « ...j'ai l'impression d'avoir récupéré la capacité de pouvoir dormir, ça paraît un petit peu bête. ». Ses paroles traduisent une amélioration de son sommeil ainsi que de sa gestion, grâce à la restriction du sommeil.

Un autre aspect de son vécu de l'insomnie qui ressort dans son discours est l'anxiété marquée au moment de l'endormissement et durant la nuit, comme l'illustre ce passage :

« *Donc voilà, l'idée c'est que si au moins au niveau du sommeil, je pouvais avoir ce temps de calme, parce que j'ai l'impression que mes nuits c'est un champ de bataille en fait. Je*

pense à un problème le soir, le lendemain il est résolu, donc il y avait un truc qui se passe la nuit. »

À travers ses propos, elle évoque des nuits agitées, vécues comme mentalement envahissantes et peu réparatrices. Elle associe même sa chambre à ses difficultés de sommeil : « *...je m'aperçois à quel point, sans m'en rendre compte, voilà bah en fait ma chambre c'est devenu un endroit de... j'aime pas, et je retarde l'heure à laquelle je dois aller me coucher, parce que je sais que ça va être compliqué.* ». Elle décrit une tendance à l'anticipation anxieuse, même face à des événements positifs, et explique que cette activité mentale intense empêche l'endormissement. Elle révèle par ailleurs à de nombreuses reprises avoir son cerveau en hyperactivité toute la journée, « *qui bout* », y compris au moment du coucher. Nathalie décrit son expérience en disant :

« Mais du coup, moi j'ai le cerveau qui est lancé et qui [ne] s'arrête plus. C'est comme un enfant turbulent, qui veut jouer encore. On a envie de lui dire "va te coucher". »

D'après ce qu'elle dit, c'est plutôt ses problèmes de sommeil qui influencent négativement son humeur. Lorsqu'elle est reposée, elle se sent davantage de bonne humeur et éprouve des émotions plus positives. Nathalie donne l'impression que l'anxiété et l'agitation mentale présentes au moment du coucher participent à entretenir ses difficultés de sommeil, lesquelles affectent ensuite son état émotionnel, ce qui forme un cercle vicieux. Elle explique que lors de certaines périodes, comme les vacances ou les journées sans tâches programmées, elle dort mieux, notamment parce que son cerveau « *a compris qu'il pouvait lâcher prise* », ce qui semble s'accompagner d'une amélioration de son humeur. Elle précise également mieux dormir lorsqu'elle n'est pas soumise au stress professionnel. Son discours met en évidence une perception claire de ce lien entre qualité du sommeil et humeur : « *Clairement plus la nuit est courte, moins la nuit est de qualité, plus au niveau émotions c'est compliqué.* ». Sa conviction est d'ailleurs explicite : « *...enfin pour moi ma conviction profonde, c'est que en améliorant ma qualité de sommeil, je vais améliorer mon humeur.* ».

Après l'intervention, Nathalie fait état d'un mieux-être global. Elle note une amélioration de son humeur, qu'elle relie directement à une meilleure qualité de sommeil : « *...je pense que vraiment le sommeil tire par le haut tout ce qui est moral quoi donc... donc voilà.* ». Elle évoque également un travail sur le « *lâcher-prise* », qu'elle applique à la fois sur son sommeil et sa vie privée, et qui semble favoriser une forme de détente au quotidien : « *Je pense que je suis plus détendue, les autres en profitent aussi* ». Elle témoigne enfin d'une réduction générale de son

stress. Comparativement à l'entretien initial, nous pouvons faire l'hypothèse que l'amélioration de l'humeur, en favorisant un état émotionnel plus apaisé, participe à une diminution de l'anxiété au moment du coucher ainsi que de l'intensité des pensées négatives répétitives. De plus, elle souligne les bénéfices de l'incorporation de l'activité physique sur son bien-être.

A propos des mécanismes de changement potentiels, de ses améliorations au niveau de son sommeil, de son humeur et de leurs conséquences, nous pouvons commencer par aborder la restructuration des croyances liées au sommeil grâce à la restructuration cognitive. Celle-ci semble avoir été un levier de changement pour la réintégration de ses interactions et activités sociales. Nathalie abandonne progressivement l'idée que l'activité sociale ou la fatigue nuiront systématiquement à son sommeil, comme cela a déjà été illustré précédemment. Elle rapporte avoir pris conscience de sa croyance, « *l'impression que mes nuits dictent mes journées* », qui reste présente, même si elle souhaiterait qu'elle disparaisse. Cela suggère un changement en cours : la croyance est encore là, mais elle semble moins dominante, ce qui favorise une reprise progressive de certaines activités.

Après l'intervention, Nathalie affirme : « *...je suis pas obligée d'être victime et que j'ai l'impression de reprendre la main.* ». Cette déclaration fait suite à ses propos sur l'usage possible de la restriction du sommeil comme stratégie à réactiver en cas de difficultés futures. Elle témoigne par la suite : « *Ça m'inquiète moins parce que je sais qu'il y aura une solution et que à un moment donné, je vais retrouver un sommeil un peu réparateur quoi.* ». Cela suggère qu'un sentiment d'efficacité personnelle et de reprise de contrôle liée à la restriction du sommeil pourrait constituer un mécanisme de changement important dans sa gestion de l'insomnie. Le trouble n'est plus vécu comme subi, mais comme un phénomène sur lequel elle peut désormais agir de manière autonome.

L'amélioration du sommeil après la thérapie peut être interprétée comme un mécanisme de changement cognitif et fonctionnel. En effet, Nathalie fait état d'une amélioration de sa concentration, de sa fluidité dans une langue étrangère et d'une optimisation de ses performances au travail, même sur des tâches complexes, en exprimant : « *c'était quand même plus fluide* ». L'amélioration du sommeil et donc la réduction de la fatigue semble donc agir comme une base à partir de laquelle d'autres dimensions s'améliorent.

Pour ce qui est de son adhésion au traitement et son expérience globale de la thérapie, cela va, d'après elle, au-delà de ses attentes initiales. Elle est surprise par son intérêt et son effet recadrant. Elle met en évidence une amélioration globale, depuis la thérapie, qui est due, selon

elle, « ...aux outils qui nous ont été donnés dans le cadre de l'étude, ça c'est sûr. ». Pour elle, l'outil sur les croyances donné au cours de la thérapie est utile. Malgré une fatigue physique transitoire liée à la restriction du sommeil, Nathalie en souligne les bénéfices, affirmant que « ça en vaut la peine ». Elle voit des effets positifs non seulement sur la qualité de son sommeil, mais aussi sur sa capacité à dégager du temps pour des activités personnelles, ce qui peut témoigner d'une réelle appropriation des outils. Elle exprime toutefois, un scepticisme vis-à-vis de l'écriture des pensées anxieuses qu'elle n'a pas encore testée, car elle estime que cela reviendrait à s'y replonger. Elle reste toutefois ouverte à l'idée de l'essayer plus tard. Enfin, Nathalie semble avoir pleinement adhéré au format de groupe. Alors qu'avant la thérapie, elle sous-estimait le pouvoir de la parole, elle souligne après l'intervention l'intérêt qu'elle a trouvé à écouter le vécu des autres participants. Selon elle, les changements observés résultent de plusieurs composantes de la thérapie : « *Le fait de parler, de mettre en place aussi et de s'observer un petit peu plus, ça, ça marche bien.* ».

En résumé, la TCC-I semble avoir eu un effet positif sur le sommeil de Nathalie, qui se sent désormais moins fatiguée et plus détendue. Cette amélioration a des répercussions favorables sur sa productivité au travail et ses interactions sociales, puisqu'elle reprend progressivement des activités avec les autres. Avant la thérapie, elle anticipait les conséquences du manque de sommeil sur ses journées. Grâce à la restructuration cognitive, qui apparaît comme un mécanisme de changement potentiel, elle a pu modifier son rapport aux activités sociales. Elle exprime la conviction qu'un meilleur sommeil améliore son humeur, ce qui s'est confirmé après l'intervention. L'amélioration de son bien-être global semble liée au travail effectué autour du « lâcher-prise » face au sommeil. Par ailleurs, la mise en place de la restriction du sommeil lui a donné l'impression de reprendre le contrôle, cela pourrait constituer un autre levier de changement important dans la gestion de son insomnie. L'amélioration de son sommeil donne l'impression d'être un levier de changement cognitif et fonctionnel. Enfin, Nathalie souligne que la thérapie a dépassé ses attentes, elle a particulièrement adhéré au dispositif groupal. Elle a apprécié les échanges avec les autres participants, ainsi que les outils proposés comme la restructuration cognitive et la restriction du sommeil, qu'elle considère comme à l'origine des changements qu'elle a observés. La TCC-I semble donc avoir été bénéfique pour elle, avec des effets positifs sur le sommeil, l'humeur, et leur impact dans sa vie quotidienne.

Arthur

- **Contexte de la rencontre**

Arthur est recruté dans le cadre de cette étude grâce à une affiche déposée sur son lieu de travail. Après avoir pris connaissance du projet, il prend contact avec Audrey Krings et accepte de participer à l'intervention.

Arthur est un homme de 30 ans, impliqué dans son travail, et confronté à des insomnies qui se sont intensifiées récemment, accompagnées de difficultés émotionnelles et d'une humeur dépressive, qui impactent son quotidien.

Lors de l'entretien pré-intervention, il se montre franc et direct, ce qui a pu parfois être perturbant pour la psychologue clinicienne. Il adopte une posture plutôt réceptive mais attend aussi beaucoup de l'entretien, dans l'idée que des réponses lui seront apportées. Il donne l'impression d'être épuisé par ses difficultés et semble attendre des professionnels, qu'il voit comme des experts, qu'ils le « sauvent » de cet état. L'échange est assez énergique, parfois marqué par une certaine impatience, mais également par une volonté manifeste de sortir de l'impasse dans laquelle il se trouve. Il éprouve des difficultés à gérer ses insomnies et aimerait que son sommeil s'améliore et retrouver sa joie de vivre, sans savoir comment y parvenir.

- **Analyse des entretiens**

En ce qui concerne son vécu d'insomnie, Arthur exprime avoir des difficultés de sommeil depuis plusieurs années, mais qui se concentraient sur quelques jours pendant une semaine chaque mois, qui étaient « *relativement maîtrisées* ». Depuis quelques mois, ses insomnies se sont intensifiées, apparaissant presque toutes les nuits. A cette étape de l'étude, il insiste sur le fait que ces insomnies répétitives sont arrivées d'un coup, sans élément déclencheur. Il reconnaît tout de même la possible influence d'une accumulation de plusieurs petites choses dans son quotidien sur sa charge mentale. Il décrit son expérience des insomnies en indiquant qu'il s'endort toujours très rapidement, mais que le problème se pose lorsqu'il se réveille trois-quatre heures plus tard, sans pouvoir se rendormir. Il témoigne ainsi :

« ...mais voilà, je suis debout, impossible, j'ai déjà tout essayé de me rendormir, de lire, d'aller, pas dire faire du sport, mais ... mais aller me promener, puis... puis revenir. De mettre des trucs soit ASMR, soit des... des, des bruits plutôt d'ambiance, et cetera. Mais rien n'y fait, quand je suis debout, je suis debout. Donc c'est... c'est un peu frustrant. »

Ce passage met aussi en évidence ses efforts vains pour retrouver le sommeil. Arthur exprime la détresse intense générée par ses réveils nocturnes : « *Et il y a un moment, où c'est... c'est physiquement et psychologiquement plus gérable du tout quoi.* ». Face à cette frustration et incompréhension de ne pas se rendormir, il dit même avoir été plusieurs fois travailler à trois heures du matin, puisqu'il ne savait pas se rendormir, lors notamment de périodes de « *boulot intense* ». Dorénavant, il essaye de rester dans son lit jusqu'au moins quatre heures du matin.

Son quotidien semble être miné par l'épuisement, où il a le sentiment d'être « *à côté de [ses] pompes* ». Il expose les conséquences de ses insomnies sur sa conduite automobile :

« *... je, je n'en peux plus en fait. Je... je suis plus qu'un fantôme, je... je conduis par automatisme, c'est super dangereux.* »

Dans ses propos, il souligne également l'impact de sa fatigue sur sa productivité au travail :

« *Ben je... je veux dire par rapport à ce que j'ai pu donner auparavant, bah maintenant je... je suis limace quoi. Je, je, je [ne] réfléchis plus de manière cohérente et ...et je suis bien moins vif qu'avant.* »

Il explique faire des erreurs inhabituelles à son travail et révèle que c'est dur pour lui, car il est quelqu'un de rigoureux et ambitieux. Ses collègues lui disent d'ailleurs : « *Tu ne nous as pas habitués à ça* ». Pour compenser sa lenteur, son manque de concentration et sa baisse d'efficacité, il explique, qu'avant la thérapie, il faisait énormément d'heures supplémentaires au travail, pour maintenir le rythme. Il souligne également oublier rapidement les choses s'il ne les note pas directement.

Le manque de sommeil semble avoir profondément affecté sa vie sociale et affective, au point qu'il ne parvient plus à profiter pleinement de la vie, du moins avant l'intervention. Avant l'apparition de ses insomnies récurrentes, Arthur se décrit comme quelqu'un de très sociable. Désormais, il refuse régulièrement des sorties avec ses amis, soit par manque d'envie, soit par une forme d'anticipation de la fatigue, aussi bien avant qu'après l'activité. Lorsqu'il accepte une sortie, il ressent une sensibilité plus accrue à l'alcool due à son manque de sommeil, mais aussi une impression de passer des moments « *moins intenses* » et « *moins longs* » avec ses amis. Il explique tirer moins de plaisir de certaines activités qu'il appréciait auparavant, comme la marche, et note une baisse de motivation à les initier. Ces conséquences sociales sont pesantes pour Arthur qui affirme ne plus pouvoir profiter pleinement des interactions avec ses amis. Il

évoque également des répercussions sur sa vie de couple, liées à son humeur, aspect que nous développerons ultérieurement, ainsi qu'une baisse marquée de sa libido, qu'il relie directement à son manque de sommeil.

Sa fatigue liée au manque de sommeil semble affecter plusieurs aspects de son quotidien: baisse de productivité au travail, repli social accompagné d'un sentiment de ne plus profiter de la vie et impact sur sa relation de couple.

Après l'intervention, Arthur évoque l'apparition de quelques phases d'amélioration sur son sommeil : « *Euh que ce week-end, j'ai très très bien dormi, donc voilà tant mieux, pour la première fois je passais les 8 heures donc ça c'était, c'était très bien.* ». Cette amélioration, bien que notable, reste très récente puisqu'elle s'est produite le week-end précédent le dernier entretien qualitatif. Il précise qu'avant cet épisode, il ne dépassait pas les quatre à cinq heures de sommeil. Malgré cela, il ne perçoit pas de changement majeur et décrit plutôt une forme de stabilisation de son état. Il explique que même si la quantité de sommeil reste insuffisante, il parvient à « *être en forme* », une forme qu'il qualifie toutefois de relative. Il dit s'« *habituer à cet état* » et chercher à tirer le meilleur de lui-même, malgré les circonstances.

Les propos avant et après la thérapie sont relativement similaires pour ce qui est de sa vie sociale et affective. Il évoque une diminution de ses interactions sociales : « *Beaucoup de week-ends où j'ai plus la force de faire grand chose donc euh donc là y a, y a des amis à moi qui sortent... ben pas cette fois-ci je suis fatigué, je suis crevé, je suis pas de bonne humeur et donc là y a, y a plusieurs fois où j'ai dit, où je passais.* » La fatigue et l'humeur négative semblent ici constituer des freins majeurs à ses engagements sociaux, ce qui amène à un certain repli social.

Au niveau de son vécu de l'humeur, Arthur évoque des « *sauts d'humeur* » : « *Donc où tout à coup, je peux devenir très rapidement irritable pour un truc qui normalement me passe mais complètement [insiste fort] au-dessus de la tête.* » L'irritabilité ressort fortement de son discours, marquée par des réactions qu'il juge disproportionnées et par une difficulté à relativiser sur le moment-même. Là où avant il a toujours réussi à séparer travail et vie privée, il se laisse emporter par ses émotions, selon la journée qu'il a passée au travail. Arthur révèle déverser ses frustrations de la journée sur sa compagne, qui commence à passer pour le « *punching-ball* » :

« *Là où maintenant, ben oui, parfois je n'arrive plus à faire cette séparation et donc bah, quand j'ai une mauvaise journée au bureau, ben je reviens exécrable et vraiment pas*

sympa à la maison, ce qui me ressemble pas du tout... Et donc alors forcément a posteriori, je me dis mais pourquoi j'ai fait ça, enfin ça ne me ressemble pas, c'est... c'est pas moi. »

Il semble associer ses réactions émotionnelles excessives à sa fatigue intense, lorsqu'il est « *crevé* ». Il décrit cela en disant : « *...c'est que d'habitude, j'ai toujours l'impression d'arriver à mettre mon couvercle de casserole et que là j'arrive plus à la couvrir en fait.* » Il ajoute que ses difficultés au niveau de son humeur sont « *beaucoup plus visibles et récurrentes depuis que je dors beaucoup moins.* »

Arthur semble être confronté à un décalage entre son humeur habituelle et ses réactions actuelles. Il dit : « *... je vois bien que je ne suis plus tout à fait moi-même* ». Pour lui, ses comportements ne lui ressemblent pas et il ressent de la culpabilité a posteriori, ce qui peut générer une sorte de conflit intérieur. Sa femme témoigne également de changements visibles au niveau de son humeur, qui surviennent après seulement quelques jours d'insomnie. Arthur parle d'une « *scission* » perceptible et rapporte que ses proches le voient comme « *un peu moins enjoué, moins... moins enthousiaste* », ce qui souligne un décalage avec son fonctionnement habituel.

Les propos avant et après la thérapie demeurent relativement similaires en ce qui concerne ce décalage entre son humeur habituelle et ses réactions actuelles. Malgré l'intervention, Arthur ne voit pas d'amélioration notable à ce stade, par rapport à son état mental et son humeur. Il explique que deux bonnes nuits ne vont pas réparer son état d'esprit général. Il a le sentiment que son irritabilité persiste. Il rapporte des pertes de contrôle émotionnel inhabituelles, suivies d'un sentiment de culpabilité. Il se décrit comme suit :

« Ben je dirais quand même que un petit peu au bout du rouleau que je suis à... voilà 50%. Je ne suis qu'à demi-moi... ».

Pour ce qui est de son humeur, il semble trop tôt pour observer des améliorations notables. Il serait pertinent de réévaluer son état quelques semaines après la thérapie pour déterminer si les progrès en matière de sommeil perdurent et s'ils ont un impact positif sur son humeur. Par ailleurs, il est important de prendre en compte, durant l'intervention, un événement potentiellement traumatisant : le décès brutal et accidentel d'un jeune collègue avec qui Arthur avait échangé peu avant. Il explique avoir été la personne qui a annoncé la nouvelle à ses collègues et avoir joué un rôle de soutien émotionnel, mais se décrit comme « *psychologiquement amorphe* », ne trouvant pas la force de se laisser envahir par ses émotions.

Alors qu'avant l'intervention Arthur ne repère pas d'élément déclencheur à ses insomnies, ses propos après la thérapie suggèrent une possible influence de son stress au travail sur ses troubles du sommeil et de l'humeur. Lors du dernier entretien, il insiste sur un sentiment de surcharge au travail, où il se met beaucoup de pression et veut satisfaire tout le monde. En parlant de ses problèmes au travail, qui occupent son esprit, il déclare : « *Et bizarrement ben voilà dès que j'arrive un petit peu à me sortir ça de la tête en me disant, j'ai 2 jours pour moi et pour décompresser, ben bizarrement je redors quoi.* ». De plus, il laisse supposer l'impact de son quotidien sur son sommeil, en disant : « *Mais donc voilà ces, ces deux nuits ont commencé surtout à me faire prendre conscience que ... euh vu qu'elles sont arrivées en week-end j'ai quand même l'impression que c'est principalement mon ... mon quotidien en fait, qui me rattrape, qui me fait faire des insomnies plus que spécifiquement... euh d'autres choses, ou plutôt un côté physique ou autre.* ». La prise de conscience de ces schémas d'épuisement et de surcharge mentale constitue ainsi un levier potentiel de changement. Agir sur la sphère du stress au travail et la pression quotidienne qu'il s'impose pourrait favoriser une amélioration de la qualité de son sommeil, de sa fatigue ainsi que de son humeur. Si nous comparons ses propos avant et après la thérapie, Arthur développe une vision plus bidirectionnelle entre insomnie et humeur. Avant l'intervention, il mettait surtout en avant l'impact du manque de sommeil sur son moral, tandis qu'après, il évoque davantage l'effet de son stress et de son humeur sur la qualité de son sommeil.

En lien avec cette prise de conscience de ces schémas d'épuisement et de surcharge mentale, le « *lâcher-prise* » pourrait être un mécanisme de changement de son sommeil. En effet, Arthur mentionne une amélioration du sommeil les week-ends, moments où il s'autorise à lâcher prise. Il envisage aussi de partir en vacances en couple, en mettant de côté l'organisation et la pression des fêtes familiales de fin d'année. L'hypothèse du « *lâcher-prise* » mériterait d'être observée à son retour.

En ce qui concerne son adhésion au traitement et son expérience globale de la thérapie, avant le début de l'intervention, Arthur se montre volontaire dès le départ, il exprime une envie de changement et une disposition à faire des efforts, mais ne sait pas comment s'y prendre. Après l'intervention, il affirme s'être appliqué de manière proactive dans le processus, avec une réelle motivation à s'améliorer. Néanmoins, il témoigne d'une certaine frustration vis-à-vis des séances de groupe. Le partage de vécu, une étape inhabituelle pour lui, s'est avéré difficile, en partie à cause des remarques d'un autre participant qu'il a eu du mal à accepter. De plus, il dit s'être senti en décalage avec les autres, qu'il percevait comme ayant des troubles du sommeil

bien moindres que les siens. Il affirme avoir trouvé cela agaçant. Pour lui, un groupe composé de personnes avec des difficultés similaires aux siennes aurait été plus appréciable. Ainsi, il semble n'avoir pas pu bénéficier pleinement des effets positifs du groupe souvent rapportés par d'autres participants, comme le sentiment de reconnaissance mutuelle et de soutien. Malgré cela, il souligne avoir fait des découvertes intéressantes au cours de la thérapie. Il dit avoir principalement appliqué la restriction du sommeil. En revanche, il déclare avoir trouvé contraignant le journal de bord sur les émotions, il évoque des difficultés à se confier et un manque de temps :

« Mais...mais voilà, commencer à me faire un journal de bord et à raconter mes pensées intimes, même ne fut-ce que juste les mettre à la poubelle juste après et du coup je [ne] comprends pas trop, c'est pas... ça [ne] me paraît pas être quelque chose de tenable sur le long terme. »

Il souligne également cette contrainte de temps pour l'agenda du sommeil, qui s'est atténuée une fois une routine installée. Il semble qu'Arthur a trouvé la thérapie intéressante de manière globale, mais qu'il a moins adhéré au dispositif de groupe.

En résumé, la TCC-I a eu un effet partiel mais encourageant sur le sommeil d'Arthur, avec l'apparition récente de phases d'amélioration et une forme de stabilisation. Bien que son sommeil reste insuffisant, il dit être un peu plus fonctionnel au quotidien. Il reste par contre marqué par une fatigue importante, ce qui l'amène à diminuer ses activités sociales. Il a toujours le sentiment de ne pas être pleinement lui-même, son irritabilité et sa perte de contrôle émotionnel sont toujours là. Il commence cependant à identifier un lien possible entre son sommeil et sa surcharge mentale, ce qui représente une évolution par rapport à avant l'intervention. Cette prise de conscience pourrait constituer un mécanisme de changement, notamment via la notion de « lâcher-prise » qu'il relie à une meilleure qualité de sommeil les week-ends. L'identification du stress professionnel comme facteur aggravant sur son sommeil ouvre également une piste d'intervention et un levier de changement potentiel. Enfin, concernant son adhésion au traitement, Arthur s'est dit impliqué et motivé, et applique activement certains outils, principalement la restriction du sommeil. Toutefois, il n'a pas adhéré au dispositif de groupe, en raison d'une certaine frustration et d'un décalage qu'il a ressenti entre la sévérité de ses troubles et ceux des autres participants. Malgré cela, il garde un regard globalement positif sur l'intervention, qu'il juge intéressante.

David

- **Contexte de la rencontre**

David est recruté par le biais d'un e-mail adressé au personnel de l'université dans lequel figurait une affiche présentant l'étude. Intéressé par la thématique, il prend contact avec Audrey Krings et accepte de participer à la recherche.

David est un homme de 48 ans, professionnellement actif. Il présente un parcours psychologique complexe, marqué par des antécédents de dépression, de troubles obsessionnels compulsifs, et d'épisodes de stress post-traumatique. Il témoigne également d'une grande implication dans son cheminement thérapeutique. Il a en effet eu plusieurs interventions psychologiques antérieures. Il présente des difficultés de sommeil, accompagnées d'une dégradation de son humeur, qui impactent son quotidien.

Lors du premier entretien, David se montre très ouvert. L'échange est fluide et riche, ponctué de nombreuses explications et réflexions personnelles. Il manifeste un intérêt marqué pour la compréhension de ses difficultés. Il semble présenter d'emblée de grandes capacités d'introspection. Au cours du premier entretien, il apparaît particulièrement ému, il pleure fréquemment et sa voix tremble. Ces pleurs sont, selon lui, signe d'un mauvais sommeil. David rejoint l'étude dans l'espérance de résoudre ses problèmes de sommeil, déconstruire ses croyances sur celui-ci et retrouver un équilibre dans sa vie.

Il convient toutefois de noter que David a débuté un traitement antidépresseur (paroxétine à faible posologie) entre les deux entretiens. Or, selon les critères d'inclusion préétablis pour l'étude, la prise d'un traitement antidépresseur n'était admise que si elle était stabilisée depuis deux mois. Bien que ce critère n'ait pas été pleinement respecté, la participation du patient a été maintenue. Ce point constitue donc une limite méthodologique importante à prendre en compte dans l'analyse des effets de l'intervention.

- **Analyse des entretiens**

En ce qui concerne son vécu d'insomnie, David dit faire face à des troubles du sommeil, qu'il associe à un excès de travail et à des évènements de vie stressants. Il décrit une insomnie caractérisée par des réveils nocturnes prolongés, survenant après une courte phase de sommeil initiale « *avec plusieurs heures à pas savoir dormir du tout pendant la nuit* ». Il évoque ses tentatives infructueuses pour retrouver le sommeil ainsi que ses difficultés à maintenir les

habitudes saines qu'il tente d'instaurer. Ses paroles reflètent les effets du manque de sommeil sur sa capacité à faire face aux tâches quotidiennes, lorsqu'il dit : « *Mais je sens que beaucoup de choses me prennent une énergie folle.* ». Cela laisse entrevoir un état d'épuisement général, où le moindre effort devient coûteux. Avant la thérapie, il mentionne la présence de croyances rigides sur son sommeil, comme illustre ce passage :

« *Mais voilà, j'ai... j'ai l'impression en tout cas que y a des...règles, des...choses : "Si on dort pas au moins 8h..."* », « *Se réveiller la nuit, se réveiller la nuit et savoir l'heure qu'il est, ça va m'empêcher de dormir* ».

Une autre croyance est enracinée chez lui : « *Si je fais trop de sport, je dormirai pas* ».

À la suite de l'intervention, David parle d'une remise en question de ses croyances sur ses besoins de sommeil, un aspect approfondi dans la section consacrée aux mécanismes de changement. Nous observons un changement dans la manière dont David donne sens à son expérience du trouble, notamment une réappropriation de son rythme de sommeil :

« *Bah donc concrètement, une fois que je me suis rendu compte que en m'autorisant à reprendre un rythme correct par rapport à moi, ben qu'en effet j'avais pas besoin d'autant de sommeil que ce que je croyais, comme avant et qu'en effet... ben m'autoriser à nouveau regarder la télé, lire et cetera plus longtemps avant de me mettre au lit, bah après une semaine, je me suis rendu compte que, au lieu d'avoir un impact négatif, ça avait un impact positif quoi.* »

Il rapporte également une amélioration notable de la qualité de son sommeil après la thérapie.

Avant l'intervention, David évoque un état émotionnel plus négatif, marqué par une baisse d'élan et une tristesse : « *...j'ai quand même moins d'élan, je suis un peu plus triste que d'habitude.* » Il décrit une humeur qui se « *dégrade* » et se dit « *catastrophiste* ». Il illustre cela en disant :

« *...le volet anxieux prend quand même une part assez importante. Euh, je ne me sens pas spécialement forcément optimiste par rapport aux choses qui arrivent et...* »

Son discours laisse entrevoir un sentiment d'envahissement par les scénarios catastrophes qu'il se crée. Il présente un profil plutôt anxieux à travers ses paroles :

« ...je suis un peu plus sur le qui-vive, je suis un peu plus anxieux que d'habitude, un petit peu la boule au ventre. J'ai tendance à parler un peu plus vite que d'habitude... »

Il rapporte également plus de difficultés à réguler ses émotions. Il explique avoir grandi dans un contexte où il fallait les réprimer, où « *pleurer c'est être faible* ». Ce vécu émotionnel fait qu'il a du mal à exprimer ce qu'il ressent, et qu'il se laisse facilement envahir par l'anxiété, ce qui rend son quotidien plus difficile à gérer.

Il lie aussi ses difficultés de sommeil à son humeur, avec une impression de perte de contrôle et d'incertitudes :

« ...ça altère très vite sur mon humeur, et voilà [pleure]. Et je ne dors plus, et puis... »

Ce passage laisse percevoir une spirale négative entre humeur dépressive et insomnie, où la perte de contrôle émotionnel semble entretenir la détérioration du sommeil. Il indique que pleurer fréquemment, comme c'est le cas lors de l'entretien pré-intervention, est pour lui un indicateur habituel d'un mauvais sommeil. Ses pleurs témoignent d'une grande labilité émotionnelle. Il laisse aussi voir que sa santé mentale dépend de son sommeil et il exprime l'idée que « *rester reposé* » protège des ruminations le soir dans son lit qui empêchent de dormir. Sa femme lui renvoie par ailleurs qu'il est sûrement plus vulnérable au manque de sommeil qu'elle ou d'autres personnes puisque, lorsqu'il dort mal, il « *se décompose assez vite* ». Il dit qu'il peut alors annuler des sorties ou des engagements à cause de sa fatigue. Ceci montre une forte sensibilité personnelle aux effets du manque de sommeil, qui semble affecter son fonctionnement quotidien et sa participation sociale.

David décrit un certain perfectionnisme dans son travail, ce qui peut alimenter un cercle vicieux entre mal-être et surinvestissement : « *Donc ça voilà, quand je dors pas bien et que je suis pas bien, je me suis réinvesti jusqu'à l'épuisement dans le travail quoi.* » Il exprime un engagement intense dans son travail, malgré un état psychologique fragilisé : « *...maintenant, là où ça a l'impact le plus massif, c'est le travail parce que je vais m'y donner à fond et je vais brûler mes cartouches quoi.* » Il identifie lui-même le travail comme étant, en général, l'élément déclencheur de ses difficultés émotionnelles et psychologiques : « *Donc c'est sûr que c'est le travail qui généralement va servir à déclarer que je vais péter les plombs dans le reste quoi.* » Il évoque également une forme d'ambivalence face à l'arrêt de travail, il redoute en effet l'envahissement des ruminations et le poids de la culpabilité s'il cesse son activité. Nous pouvons percevoir une tension interne entre son besoin de performance et ses propres limites,

où le travail apparaît à la fois comme un refuge et une source d'épuisement, ce qui montre une difficulté à s'autoriser à lâcher prise.

Il évoque aussi l'impact de son humeur sur sa relation de couple, marquée par des tensions et des disputes. Il décrit une irritabilité, une tendance à garder ses émotions pour lui, et une forte culpabilité liée à certains comportements, comme le fait d'annuler des sorties à cause de sa fatigue, malgré les tentatives de réassurance de sa compagne.

Après l'intervention, David décrit une nette amélioration de son humeur, qu'il estime proche de 80 % de son état habituel lorsqu'il se sent bien. Il souligne que ce changement ne peut être attribué uniquement à l'antidépresseur. Il attribue davantage cette évolution à l'intervention elle-même, le traitement médicamenteux lui aurait offert un « *répit* » qui aurait facilité sa capacité à se rouvrir et à mobiliser les outils proposés pendant la TCC-I. Il affirme avoir une attitude davantage optimiste, prendre du recul, notamment au travail, ce qui lui permet une prise de distance émotionnelle des problèmes des autres. Il s'autorise à réguler ses émotions et verbalise mieux ses difficultés. Il exprime clairement son désir de « *ne pas lier cela strictement à la molécule* », les effets ressentis sont apparus pour lui trop rapidement pour être uniquement attribuables au médicament. Il évoque le fait que l'intervention est venue « *retaper sur le clou* », en activant des leviers similaires à ceux de ses expériences précédentes. Après l'intervention, David décrit une amélioration de son humeur dans le contexte professionnel. Il explique que ses collègues l'évitent moins, car auparavant, il pouvait avoir « *une humeur massacrande* ». Il semble donc surtout observer des changements sur le plan relationnel. Malgré cette évolution positive, un point de vigilance demeure : il dit avoir besoin de s'investir dans son travail, de se sentir utile et efficace, pour pouvoir ensuite profiter pleinement de ses congés. Son discours illustre l'idée d'un effet combiné, où la thérapie représente le moteur principal du changement, et l'antidépresseur, un facilitateur temporaire.

A propos des mécanismes de changement potentiels, de ses améliorations au niveau de son sommeil, de son humeur et de leurs conséquences, nous pouvons commencer par aborder le soutien social du groupe. Le groupe, qu'il décrit comme « *démultiplicateur* », semble jouer un rôle central dans son processus de changement. Il en souligne l'importance dans la mise en place « *de changements d'habitudes ou de revenir à des habitudes positives qu'on a oubliées* ». Il évoque la « *solidarité, l'altruisme* », comme quelque chose de « *moteur* » pour lui. Il s'est reconnu dans certaines expériences des autres participants, ainsi que dans les métaphores utilisées, ce qui lui a permis de « *lever un peu les choses* ». Il dit qu'il est quelqu'un qui « *puise*

assez fort son énergie dans le groupe ». Tous ces éléments montrent que le mécanisme de changement à l'œuvre ici repose sur la dynamique de groupe.

Nous pouvons aussi mentionner la déconstruction des croyances dysfonctionnelles sur le sommeil comme un mécanisme potentiel de changement dans l'évolution de ses difficultés. En effet, la restructuration cognitive semble lui avoir permis « *d'invalider les fausses croyances* ». Il témoigne après l'intervention :

« Et c'est vrai que je me rends compte que, c'est pas parce que je dors pas 8 heures que ça ne va pas. Je me suis réveillé ce matin en me disant : "Oh je suis fatigué", mais non, t'es pas fatigué, t'es fonctionnel en fait. »

Nous pouvons faire l'hypothèse que le travail sur ses croyances rigides contribue à réduire l'anxiété anticipatoire et la pression associée au « besoin » de dormir un certain nombre d'heures, ce qui peut favoriser une amélioration du sommeil.

Ensuite, la reprise de contrôle sur le sommeil, grâce à la restriction du sommeil, semble constituer un levier central de son changement. En effet, il rapporte un effet rapide de cet outil sur l'amélioration de son sommeil. Cette reprise de contrôle paraît également associée à un renforcement du sentiment d'auto-efficacité et à un accès renouvelé à ses ressources internes, comme l'illustre ce passage :

« Et parce que c'est vrai que je me rends compte qu'en une semaine, c'est censé prendre plus de temps mais je vois bien que c'est à ce moment-là, comme si on avait levé le couvercle : "Ah ben oui, tiens, je peux, je peux utiliser ça, ça, ça quoi" ».

Son discours laisse ainsi entrevoir que certaines ressources ou connaissances déjà présentes en lui ont pu être réactivées à travers le cadre proposé par la thérapie. Sur une analyse de fond, les deux entretiens laissent apparaître chez David de bonnes capacités d'introspection, qui semblent avoir joué un rôle facilitateur dans le processus de changement. Il montre une conscience fine de ses schémas internes, de ses modes de fonctionnement et de ses besoins, ce qui lui permet peut-être de mieux s'approprier les outils thérapeutiques. Il semble qu'il ait parfois simplement besoin d'un cadre soutenant, comme celui offert par la TCC-I, pour réactiver ses connaissances et compétences personnelles. En ce sens, ses capacités d'introspection pourraient être vues comme un facteur interne de changement, en lien avec l'augmentation de l'auto-efficacité décrite précédemment.

Concernant son adhésion au traitement et son expérience globale de la thérapie, David dit avant l'intervention que le soutien d'un groupe pourrait aider à mettre en place de meilleures habitudes. Son discours montre, dès avant la TCC-I, un attrait pour le collectif. Après l'intervention, il revient sur cet effet « *démultiplicateur* » du groupe dans le changement d'habitudes. Les facteurs thérapeutiques propres aux thérapies de groupe, qu'il met en lumière, tels que la normalisation, l'identification aux pairs et l'altruisme, semblent avoir renforcé son engagement, sa persévérance et sa confiance dans la thérapie. Il valorise aussi la présence de deux thérapeutes, expliquant qu'il a besoin parfois d'entendre les choses de plusieurs personnes, pour provoquer des « *déclics* ». Il rapporte avoir observé des changements assez rapidement, notamment grâce à la restriction du sommeil, qui « *s'est vite mise en place et qu'elle a vite aidé* », ce qui suggère une bonne adhésion à cet outil spécifique de l'intervention. Son discours laisse aussi transparaître l'importance de la restructuration cognitive. Il affirme ne pas avoir eu de difficulté avec les outils proposés. S'il évoque une certaine réticence initiale à perdre des heures de travail pour l'intervention, il souligne le soutien de collègues bienveillants qui l'ont même encouragé à suivre l'intervention. David semble donc avoir vécu une expérience globalement positive de la TCC-I, avec laquelle il n'était pas familier. Il témoigne d'une bonne adhésion au traitement : « *Oui je pense que, c'est ce qui, enfin voilà, les aspects groupe et l'aspect, la manière dont c'est fait ici, m'a particulièrement convenu* ».

En résumé, la TCC-I semble avoir eu un effet globalement bénéfique sur le sommeil et l'humeur de David. Il décrit un sommeil plus régulier et moins perturbé, accompagné d'une nette amélioration de son humeur, qu'il estime proche de son état habituel lorsqu'il se sent bien. Il observe également un apaisement émotionnel et une meilleure régulation de ses réactions, notamment dans le contexte professionnel. Ces changements semblent en partie liés à la déconstruction de croyances dysfonctionnelles sur le sommeil et à la mise en place de la restriction du sommeil, qu'il a perçue comme un levier de reprise de contrôle rapide. L'intervention semble ainsi avoir renforcé son sentiment d'efficacité personnelle, tout en contribuant à réactiver des ressources internes déjà présentes. Le groupe a joué un rôle moteur dans son engagement, en apportant du soutien pour la mise en place de nouvelles habitudes. Il évoque une bonne adhésion au traitement, il est satisfait des outils proposés, en particulier la restriction du sommeil et la restructuration cognitive. Il nuance toutefois l'effet de l'antidépresseur, qu'il perçoit davantage comme un soutien temporaire qui lui a offert un certain « *répit* », facilitant ainsi l'appropriation des outils thérapeutiques.

Annexe 3. Tableaux des thèmes des participants

• **Annie - Entretien pré-intervention**

Thème	Sous-thème	Codes
Anxiété et ses impacts sur le sommeil	<i>Anxiété liée au travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Travail comme source principale de stress - Réapparition de l'insomnie dans le cadre du travail - Anxiété liée au travail réapparaissant dans les rêves - Présence de pensées parasites avant la reprise du travail - Reconnaissance tardive du lien travail-insomnie
	<i>Anxiété générale et anticipatoire</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'anxiété général - Anxiété sur des sujets variés - Anxiété anticipatoire liée au sommeil - Anticipation anxiouse des débuts de la semaine
	<i>Pensées négatives et incontrôlables</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'anxiété général - Anxiété sur des sujets variés - Anxiété anticipatoire liée au sommeil - Anticipation anxiouse des débuts de la semaine
	<i>Cercle vicieux anxiété-sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Cercle vicieux anxiété-sommeil - Expériences d'insomnies liées à l'anxiété - Aggravation du stress mi-septembre - Anxiété anticipatoire liée au sommeil
	<i>Impact de l'anxiété sur le quotidien et la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes physiques de stress - L'impact de l'anxiété sur l'énergie et l'humeur
Impact de la fatigue sur la vie sociale et affective	<i>Isolement et diminution des interactions sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement social - Isolement perçu - Fatigue qui amène à une perte d'intérêt pour les activités sociales - Perte d'envie pour les activités sociales - Annulation des activités à cause de la fatigue perçue
	<i>Contraintes et frustrations liées à la fatigue</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Évitement des situations sociales dû à son énergie - Sentiment de frustration lors de refus d'activités plaisantes à cause d'un épuisement physique - Réalisation d'activités par utilité plutôt que par envie
	<i>Répercussions sur l'humeur et les relations interpersonnelles</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tendance au pessimisme en cas de fatigue - Isolement social et diminution de la patience - Impact de la fatigue et de l'humeur sur le couple - Tentative de centration sur le couple
Stratégies d'adaptation et de gestion du stress	<i>Stratégies comportementales et physiques</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sport pour gérer le stress - Sentiment de détente retrouvé à la salle de sport - Sport vu comme un exécutoire - Contribution du bonheur par les activités sportives
	<i>Stratégies mentales et de pleine conscience</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégies de pleine conscience et de valorisation des moments simples

		<ul style="list-style-type: none"> - S'écoute davantage qu'avant - Tentative de centration sur soi
	<i>Pensées et attitudes face au stress</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Profil de pensées catastrophiques - Reviviscence nocturne des événements diurnes - Cercle vicieux de l'autosurveillance - Autocritique exacerbée en période de mal-être
Expérience subjective du sommeil et son impact émotionnel	<i>Expression de l'insomnie à travers la nuit</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Réveils nocturnes avec impossibilité d'endormissement - Revivre ses journées de travail la nuit la tient éveillée - Cercle vicieux insomnie-stress de se réveiller la nuit
	<i>Impact émotionnel de la privation de sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Labilité émotionnelle lorsque déficit de sommeil - Fluctuation de l'humeur - Réduction de la joie - Je me sens lourde, je ressens de la lassitude, moins d'énergie - Sentiment de solitude et de lassitude - Sentiment de détente si le sommeil est bon
	<i>Perception et compréhension du sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Remise en perspective de sa pensée dichotomique concernant le sommeil - Prise de conscience de la qualité du sommeil - Recherche de solution pour mieux dormir
Construction de soi et gestion des émotions	<i>Prise de conscience et volonté de changement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience d'une situation problématique - Motivée à faire un travail sur elle-même - Volonté d'être libérée de ses angoisses - Volonté d'avoir des objectifs à long terme - Motivation grâce à des objectifs personnels - Sentiment d'agir par rapport à ses difficultés de sommeil
	<i>Gestion des émotions et image de soi</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dissimulation des émotions - Façade émotionnelle au travail - Manque de confiance en soi - Pessimisme de nature - Perception des proches de l'humeur négative
	<i>Rapport aux exigences et aux limites personnelles</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté de poser ses limites au travail - Tendance au perfectionnisme
Impact des facteurs extérieurs sur la santé mentale	<i>Changements professionnels et adaptation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Changement de poste et de rythme de travail - Intensification de l'anxiété après l'annonce d'un nouveau job - Changement dans la dynamique de travail - Adaptation à un nouvel environnement professionnel - Aspect nouveauté comme facteur de stress
	<i>Expériences traumatiques et leur impact sur la santé mentale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Rupture amoureuse comme élément déclencheur des premières insomnies - Impact d'avoir une mère dépressive sur sa vision davantage négative que positive

- **Annie - Entretien post-intervention**

Thème	Sous-thème	Codes
Amélioration du Bien-être et de l'État Psychologique	<i>Amélioration du sommeil et de ses croyances</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des réveils nocturnes - Observe une amélioration du sommeil - Modification de ses croyances sur le sommeil - Lâcher prise sur le résultat - Meilleure compréhension de l'insomnie
	<i>Réduction des symptômes dépressifs</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'humeur - Apaisement intérieur - Regain de sens dans la vie quotidienne - Sentiment d'être « plus présente et de redevenir moi-même » - Reconnaissance de l'impact du sommeil sur l'humeur - Regain de l'élan vital
	<i>Évolution personnelle positive</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'évolution positive - Sentiment d'un regain d'énergie - Amélioration du bien-être physique et psychologique - Vivre une transformation satisfaisante - Sentiment général de bien-être
Changement dans la gestion et la perception de l'insomnie	<i>De l'hypercontrôle au lâcher-prise</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Apprendre à lâcher prise sur l'insomnie - Lâcher prise sur le contrôle du sommeil - Hypercontrôle de l'insomnie avant la thérapie - Perception de l'échec d'« aller au lit super tôt » pour gérer le sommeil
	<i>Difficultés et ajustements liés à l'intervention</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Angoisse face à la restriction du sommeil - Fatigue initiale due à la restriction du sommeil - Fatigue physique et somnolence - Contrainte du suivi des carnets - Impact des mauvaises journées sur l'usage du carnet - Difficulté initiale d'adaptation aux nouvelles stratégies
	<i>Intégration des outils et autonomie dans la gestion du sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'être armée contre l'insomnie - Réduction de l'impact de l'insomnie sur la vie quotidienne - Prendre les choses en main - Diverses applications des outils pour le sommeil - Volonté de continuer la restriction du sommeil - Changement d'attitude face aux activités sociales et à la gestion du sommeil - Choix influencés par l'insomnie avant la thérapie - Volonté d'écrire ses pensées de manière journalière
Bénéfices du groupe TCC-I	Effets positifs du groupe	<ul style="list-style-type: none"> - Effet bénéfique du groupe; - Identifications aux vécus des autres;

		<ul style="list-style-type: none"> - Côté rassurant du groupe; - Satisfaction du dispositif de groupe;
Réduction de l'anxiété et amélioration des interactions sociale	<i>Diminution de l'anxiété</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Se sentir moins anxié(e) - Diminution des inquiétudes - Être moins enfermée dans ses pensées - Anxiété de performance avant la thérapie - Réduction de l'anxiété liée à la gestion des tâches quotidiennes - Réduction de l'anxiété liée aux engagements sociaux - Evolution vers une gestion plus détendue du temps
	<i>Amélioration des relations interpersonnelles</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience du manque d'activités - Volonté de développer son activité sociale - Satisfaction et plaisir retrouvé dans les interactions sociales - Changer la vision plus négative qu'elle renvoie à ses proches - Impact de son humeur sur ses relations interpersonnelles - Observation des progrès au niveau de l'humeur par les proches
Autonomie, équilibre et épanouissement personnel	<i>Affirmation de soi et prise de décision</i>	<ul style="list-style-type: none"> - S'affirme dans ses besoins - Pouvoir faire face à différentes situations - Écouter son corps - Volonté de changement personnel
	<i>Engagement dans des activités épanouissantes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorisation d'activités pour son bien-être - Regain de motivation - Satisfaction personnelle après les activités sportives - Bénéfices du sport sur la santé mentale - Volonté de développer des loisirs - Rupture avec la routine
	<i>Amélioration de l'organisation et de la gestion du quotidien</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Planification d'activités - Renforcement de l'autodiscipline et du sentiment d'accomplissement - Libération de temps personnel - Augmentation de la productivité au travail - Evolution vers une gestion plus proactive de la vie quotidienne
	<i>Développement personnel et équilibre émotionnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience d'un changement - Augmentation de l'introspection - Accepter les vagues émotionnelles - Lutte contre la peur et la fermeture émotionnelle - Vie plus équilibrée - Vivre pleinement l'instant présent - Davantage ancrée dans l'instant présent

- Nathalie - Entretien pré-intervention

Thème	Sous-thème	Codes
Expérience des troubles du sommeil et de la fatigue	<i>Manifestation des troubles du sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Réveils nocturnes - Difficulté à l'endormissement - Réveils précoces - Mauvaise qualité de sommeil - Hypervigilance quant à son sommeil pendant la nuit - « La fatigue empêche de dormir » - Persistance des difficultés de sommeil dans le temps - Difficultés de sommeil présentes depuis toujours
	<i>Hyperactivité mentale et surveillance du sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperfocalisation sur le sommeil renforce les problèmes de sommeil - Hyperactivité cérébrale lors des réveils matinaux - Hyperactivité mentale nocturne liée à des stimulations externes
	<i>Impact de la fatigue sur le fonctionnement quotidien</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Fatigue compensée par un fonctionnement en pilote automatique - Sentiment de difficultés lors de doubles tâches - Fatigue réduit la maîtrise émotionnelle - Fatigue invisible aux yeux des autres - Perception d'une fatigue diurne - Réduction de la fatigue amènerait une amélioration de l'efficacité et du plaisir - Impact du sommeil sur la productivité au travail - Prise de conscience d'un problème de sommeil
Influences externes sur le sommeil	<i>Un corps sensible à son environnement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Impact de l'altitude sur le sommeil - Influence du changement d'horaire sur le sommeil - Influence de la pleine lune sur le sommeil - Facteurs multiples influençant la fatigue - Impact bénéfique des voyages sur la qualité du sommeil
	<i>S'adapter aux changements</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hypervigilance liée à l'expatriation - Énergie puisée dans l'adaptation à un nouveau pays - Période d'adaptation qui influence le sommeil - Problème de suradaptation - Lien entre alimentation et sommeil
	<i>Les émotions marquent mes nuits</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Impact du deuil et du stress sur la qualité du sommeil - Remise en perspective de son humeur au vu des événements traumatisques récents - Meilleur sommeil sans stress professionnel - Surgissement des sentiments négatifs
Quête de bien-être et d'équilibre personnel	<i>Besoin de déconnexion et de réflexion personnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Surcharge cognitive et besoin de déconnexion - Besoin de temps pour la réflexion personnelle - Prise de conscience du besoin de profiter de l'instant - Importance des projets et des voyages pour le bien-être

		<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'une amélioration de son sommeil pour s'apaiser mentalement - Difficulté à lâcher prise au début des vacances
	<i>La lutte entre auto-exigence et besoin d'appartenance</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de contacts sociaux profonds - Autocritique intense malgré les réussites - Manque d'estime de soi - Frustration face aux contraintes liées au sommeil
Émotions et difficultés psychologiques	<i>L'anxiété et la spirale des anticipations nocturnes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Anticipations anxiées avant d'aller dormir - Cercle vicieux anxiété-sommeil - Perception d'une crispation par rapport au sommeil - Anticipation anxiée des conséquences d'un manque de sommeil - Anticipation excessive et pensées négatives répétitives
	<i>Le rôle du sommeil dans la régulation émotionnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lien direct entre qualité du sommeil et gestion émotionnelle difficile - Lien entre repos et stabilité émotionnelle - Stress avant de dormir lié à des événements futurs - Volonté d'une réduction du stress - Volonté d'aller dormir sans inquiétude
Impact de l'activité physique et du bien-être sur la gestion du sommeil et des émotions	<i>L'activité physique comme source d'apaisement et de bien-être</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'activité physique en l'absence de difficultés de sommeil - La marche procure du bien-être - Le rôle apaisant de l'exercice physique - Importance de la natation dans l'apaisement mental
	<i>Recherche d'équilibre entre bien-être physique et gestion du sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation d'un diététicien pour le bien-être global - Besoin d'une prise en charge au niveau physique et sportif - Perception du climat et de l'environnement sur le bien-être - Amélioration du sommeil comme levier pour l'amélioration de l'humeur
Comportements et actions d'adaptation	<i>L'adaptation au sommeil et ses répercussions sur la vie sociale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Refus d'invitations et limitation des interactions sociales à cause de l'impact du sommeil - Réduction des interactions sociales à cause de la fatigue - Gestion anticipée du sommeil et impact sur la vie sociale - Refus d'activités par anticipation du manque de sommeil
	<i>Stratégies d'ajustements face à la fatigue et la gestion des activités</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Allège son emploi du temps en cas de fatigue excessive - Anticipation de l'impact de la fatigue sur les activités futures - Évaluation des coûts et bénéfices d'une activité
	<i>Croyances et comportements face aux troubles du sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Croyance en l'impact des méthodes cognitives et comportementales sur le sommeil - Adaptation à la privation de sommeil - Résilience face aux difficultés

• Nathalie - Entretien post-intervention

Thème	Sous-thème	Codes
Transformer son rapport au sommeil et à la fatigue	<i>Un esprit plus libre face au sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation du poids des croyances - Se détacher d'une attribution causale unique - Moins d'inquiétudes face à la gestion des troubles du sommeil
	<i>Apaiser le corps et l'esprit</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la fatigue, réduction de la fatigue mentale - Sentiment d'être davantage détendue et moins fatiguée - Effet de la fatigue sur la récupération des connaissances
	<i>Croyance persistante</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Croyance selon laquelle ses nuits dictent ses journées
Quand mieux dormir aide à mieux vivre ces émotions	<i>Gestion des émotions</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'humeur - Sentiment de lâcher-prise - Passage d'une gestion anxiante à une gestion plus sereine des activités
	<i>Comprendre l'impact du sommeil sur son bien-être</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'humeur liée au sommeil - Le manque de sommeil comme facteur aggravant
Efficacité perçue de la TCC-I	<i>Une approche thérapeutique qui surprend et dépasse les attentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sous-estimation initiale de la parole thérapeutique - Scepticisme sur l'écriture des pensées angoissantes - Surprise face à des changements rapides - Efficacité inattendue de la thérapie - Surprise et dépassement des attentes initiales
	<i>Des outils concrets pour reprendre le contrôle du sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Apports bénéfiques des outils TCC-I - Sentiment d'efficacité de la restriction du sommeil - Efficacité perçue de l'auto-observation et du partage - Sentiment d'avoir les outils pour faire face aux insomnies, avoir « l'impression de reprendre la main »
	<i>Entre fatigue transitoire et progrès ressenti</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Fatigue transitoire liée à la restriction du sommeil - Fatigue physique ressentie avec la restriction du sommeil - Décalage entre récupération cognitive et récupération physique - Impact positif rapide des restrictions du sommeil - Sentiment d'une amélioration progressive des difficultés
	<i>La force du groupe dans le processus thérapeutique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle du soutien social dans le processus thérapeutique - Sentiment de solidarité avec les autres participants
Rééquilibre sa vie sociale et personnelle après l'amélioration du sommeil	<i>Reprendre confiance dans l'intégration des interactions sociales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Réintégration progressive des activités sociales - Acceptation des invitations en soirée - Retrouver une vie sociale sans crainte pour le sommeil - Renforcement des liens sociaux - Motivation à socialiser davantage

		<ul style="list-style-type: none"> - Profiter pleinement des moments sociaux sans arrière-pensée sur le sommeil - Sorties et activité en extérieur - Augmentation du confort émotionnel dans les échanges professionnels - Travail sur la qualité de ses relations interpersonnelles
	<i>Trouver un équilibre entre repos et activités</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Décision d'annuler des plans en fonction du sommeil - Gestion des activités selon la fatigue - Volonté de trouver un équilibre et de se sentir plus sereine - Volonté d'être plus décontractée et d'avoir une meilleure santé physique
Impacts positifs globaux des changements liés à la thérapie	<i>Optimisation des fonctions cognitives et de la performance</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la concentration - Optimisation des performances cognitives - Amélioration de la fluidité d'une langue étrangère liée à la gestion du sommeil - Impact positif de l'amélioration du sommeil sur la maîtrise d'une langue
	<i>Le sommeil comme levier pour un changement global</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Démarche globale d'amélioration de la qualité de vie - Perception du sommeil comme un levier pour d'autres changements positifs
	<i>Bien-être physique et intégration de l'activité physique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéfice de l'activité physique - Activité physique mise en place

- Arthur - Entretien pré-intervention

Thème	Sous-thème	Codes
L'impact global de l'insomnie sur le quotidien	<i>Expérience de l'insomnie au quotidien</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnie chronique, présente depuis plusieurs années - Fréquence élevée des troubles du sommeil - Fluctuation des problèmes de sommeil - S'endort rapidement mais se réveille après 3-4 heures - Réveils nocturnes avec impossibilité de se rendormir - Aggravation des difficultés de sommeil - Réveil matinal compliqué
	<i>Un quotidien miné par l'épuisement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ressenti d'épuisement extrême - Sentiment d'être « à côté de ses pompes » - Perception de moins de productivité cognitive - Reconnaissance de l'effet dangereux de la fatigue sur sa conduite automobile - Accumulation progressive de l'épuisement
	<i>Impact sur la sphère professionnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Impact de l'insomnie sur la productivité au travail - Fait des erreurs inhabituelles au travail - Erreurs au travail de plus en plus fréquentes - Fait des heures supplémentaires au travail

Impact émotionnel et relationnel de l'insomnie	<i>Retrait et altération de la vie sociale et affective</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt des activités et interactions sociales - Fatigue extrême impacte la vie sociale - Manque d'énergie pour maintenir des interactions sociales longues - Ressenti d'un manque d'intensité des moments avec ses amis - Difficulté d'initiation des activités - Sentiment de ne plus profiter de la vie
	<i>Un impact jusque dans l'intimité</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ressent une baisse de libido - Impact du manque de sommeil au niveau sexuel - Sensibilité accrue à l'alcool en raison de la fatigue - Impossibilité de dissocier travail et vie privée - Compagne qui remarque le avant/après l'insomnie
	<i>Frustration et irritabilité accrues</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Frustration de ne pas pouvoir se rendormir - Frustrations déchargées sur sa femme - Tendance à devenir plus irritable que d'habitude - Irritation disproportionnée face à une situation familiale - Emportements sur sa femme - Frustration déversée sur la compagne
Impuissance face à l'insomnie	<i>Altération de la régulation émotionnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de contrôle émotionnel - Conscience du caractère disproportionné de ses réactions - Difficulté à relativiser - Impression de se laisser emporter par l'émotion - Mauvaise gestion des émotions lorsque fatigué - Difficultés émotionnelles plus visibles depuis le retour des difficultés de sommeil
	<i>Changement dans l'humeur et le bien-être émotionnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de sautes d'humeur - Impact de l'insomnie sur son humeur générale - Moins enjoué, enthousiaste qu'avant - Perte de plaisir dans les activités auparavant plaisantes - L'anhédonie prend le dessus sur le sentiment de culpabilité - Impact du travail sur l'humeur à la maison - Surcharge émotionnelle due aux événements personnels et professionnels
	<i>Efforts vains pour retrouver le sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Impossibilité de se rendormir malgré les efforts - Tentative de ré-endormissement - Préfère se réveiller plus tôt que d'essayer de s'endormir à nouveau sans succès - Tentatives de pensées positives avant l'endormissement (sans effet) - Fluctuation de l'impact de la natation sur le sommeil (inefficace)
	<i>Stratégies mises en place</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de médicaments pour gérer l'insomnie - Pratique la natation pour avoir une meilleure fatigue

		<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à gérer l'insomnie sans solution médicamenteuse efficace
	<i>Hypervigilance et anxiété face au sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Anticipation anxiouse du manque de sommeil sur les activités - Hyperfocalisation sur les heures de sommeil - Focalisation sur les heures affichées sur son réveil
Réflexion sur la situation actuelle et volonté de changement	<i>Questionnements sur les causes des difficultés de sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'éléments déclencheurs aux difficultés de sommeil - Insomnies répétitives sans éléments déclencheurs - Nécessité de comprendre le problème avant d'agir - Prise de conscience du manque de sommeil - Déformation de la vision d'une bonne nuit de sommeil
	<i>Volonté de changement et réceptivité à une amélioration</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aimerait une amélioration de son sommeil - Volonté de retrouver sa joie de vivre - Aimerait retrouver un rythme de vie sain - Volonté d'une diminution des inquiétudes et d'une amélioration de l'humeur - Volonté de changer - Réceptivité à l'idée de changer - Volonté de développer une gestion émotionnelle
	<i>Difficulté de passer à l'action</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Incertitude quant aux actions concrètes à entreprendre - Absence de traitement préalable pour dépression ou insomnie
Altération de l'identité et de la perception de soi liée à l'insomnie	<i>Perte du sentiment d'être soi-même</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de ne plus être tout à fait soi-même - Impression de scission entre sa personnalité lorsqu'il est ou non insomniaque - Conflit intérieur sur son comportement - Sentiment d'incohérence entre comportement et personnalité
	<i>Sentiment de dégradation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'être « une limace » et de ne plus réfléchir de manière cohérente - Diminution des capacités physiques malgré les habitudes passées - Manque de gratitude envers sa femme - Sentiment de frustration lié à l'inadéquation avec soi-même

• Arthur - Entretien post-intervention

Thème	Sous-thème	Codes
Stagnation perçue et fluctuations du bien-être	<i>Perception d'une stagnation émotionnelle et physique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'amélioration notable à ce stade - Ressent une stagnation dans son état émotionnel et physique - Sentiment d'une persistance de l'irritabilité

		<ul style="list-style-type: none"> - Etat mental toujours fragile
	<i>Fluctuations concernant le sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de phases d'amélioration du sommeil - Amélioration soudaine et récente du sommeil - Capacité à ressentir une forme relative malgré les difficultés de sommeil
	<i>Répercussions sur la vie sociale et professionnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des interactions sociales - Annulations de sorties avec des amis à cause de la fatigue et mauvaise humeur perçue - Décès tragique d'un collègue de travail - Impact d'un évènement traumatique à son travail - Arrêt des activités physiques pour cause de blessure
Expérience de la surcharge mentale et du décalage émotionnel	<i>Sentiment d'épuisement psychologique et émotionnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'être « psychologiquement amorphe » - Sentiment d'être « au bout du rouleau » - Impression de ne pas être complètement soi-même
	<i>Décalage et gestion des émotions</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Observer les émotions des autres et s'en sentir décalé - Vécu d'une perte de contrôle émotionnel inhabituelle - Faible tolérance à la frustration en période de fatigue et de stress
	<i>Pression et surcharge au travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de surcharge au travail - Se met beaucoup de pression - Difficulté à se détacher émotionnellement du travail en semaine
	<i>Rapport aux émotions et à l'entourage</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de culpabilité après un comportement perçu comme inapproprié - Perception d'une difficulté à reconnaître ses difficultés et les exprimer à son entourage - Sentiment d'une stabilisation de son état
Vécu subjectif de la thérapie de groupe	<i>Engagement et implication dans la thérapie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement dans le processus thérapeutique - Application proactive dans le processus thérapeutique - Application de la restriction du sommeil principalement - Entrevues sur le sommeil intéressantes
	<i>Dynamique et ressentis vis-à-vis du groupe</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience inhabituelle du partage en groupe - Sentiment de frustration vis-à-vis des séances de groupe - Sentiment de non-légitimité de la participation de certains participants - Difficulté à tolérer les agissements d'un participant - Sentiment que les difficultés de sommeil des participants sont minimes par rapport aux siennes
	<i>Perception de l'accompagnement et du soutien externe</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Perception de son entourage d'un appel à de l'aide externe - Perception d'une bonne relation avec la thérapeute
	<i>Réserves et obstacles face au suivi personnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté de mettre des mots sur ce qu'il ressent

Rapport ambivalent au suivi thérapeutique		<ul style="list-style-type: none"> - Perception d'un manque de temps pour le suivi quotidien de l'humeur et du sommeil - Sentiment d'une redondance de l'écriture de son vécu durant la journée - Difficulté à voir l'utilité du journal de bord
	<i>Acceptation et lâcher-prise face aux difficultés</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie d'acceptation de la situation actuelle - Les difficultés de sommeil et d'humeur comme éléments déclencheurs d'une envie de lâcher-prise
Interconnexion entre humeur, sommeil et lâcher prise	<i>Impact de l'humeur et des pensées sur le sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pensées négatives répétitives qui empêchent l'endormissement - Sentiment de davantage d'impact de l'humeur sur le sommeil - Sentiment que son train de vie impacte son sommeil
	<i>Lâcher-prise et désir d'équilibre émotionnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lie le lâcher-prise le week-end à l'amélioration du sommeil - Volonté de sentir épanoui, apaisé - Volonté de réduire les inquiétudes - Motivation à aller mieux
Recherche de détente et de liberté à travers les vacances	<i>Evasion et besoin de déconnexion</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Projet de vacances pour se reposer - Se vider l'esprit en vacances
	<i>Libération des contraintes et pression quotidienne</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de liberté de partir en vacances au lieu d'être sous la pression des préparatifs de Noël - Lâcher-prise vis-à-vis de l'organisation des fêtes

• David - Entretien pré-intervention

Thème	Sous-thème	Codes
Expérience de la lutte contre l'insomnie et ses répercussions émotionnelles	<i>Lutter contre l'insomnie et ses effets</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lutter contre l'insomnie - Ne pas récupérer malgré une aide médicamenteuse - Insomnie avec réveils nocturnes fréquents - Difficulté à maintenir un sommeil prolongé - Déréalisation du sommeil - Présence de rêves lucides - Sommeil non reposant
	<i>Le poids de l'anxiété et des pensées envahissantes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte d'une perte de contrôle - Resurgissement des TOC type phobie d'impulsion - Ressent une crainte d'une rechute insidieuse - Être submergé par l'anxiété - Présence d'anticipations anxiées - Sentiment d'un envahissement des scénarios catastrophes - Sentiment d'être dépassé par les pensées - Anticipation anxiouse d'une rechute - Anxiété accrue

		<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété qui empêche l'endormissement
	<i>L'impact émotionnel de l'insomnie et de l'anxiété</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Surcharge émotionnelle ressentie - Épuisement émotionnel progressif - Accroissement de la fréquence des difficultés émotionnelles - Empêchement d'expression émotionnelle - Pensées négatives répétitives sur le manque de sommeil - Effet délétère du manque de sommeil sur ses émotions - Grande labilité émotionnelle - Conséquence immédiate du stress sur le sommeil - Cercle vicieux entre frustration et perte de contrôle
Humeur fragilisée entre tristesse, incertitude et épuisement	<i>Un moral en déclin et une perte de vitalité</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Constate un déclin de son humeur - Augmentation de la tristesse - Humeur triste et catastrophiste - Humeur dominée par le catastrophisme - Sentiment d'une perte d'optimisme - Sentiment de perte de l'élan vital - Moins enjoué que d'habitude - Baisse d'estime de soi
	<i>Une instabilité émotionnelle accrue</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance d'un état émotionnel fluctuant - Incertitude altérant rapidement l'humeur et le sommeil - Lien entre la labilité émotionnelle et le manque de sommeil - Augmentation de l'irritabilité perçue par les autres
	<i>Une fatigue pesante</i>	<ul style="list-style-type: none"> - « Les choses me prennent une énergie folle » - Triade humeur-estime de soi-sommeil - Lie la baisse de morale à la fatigue
Ressources et stratégies pour surmonter les difficultés	<i>Une lutte intérieure entre dissimulation et prise de conscience</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dissimulation des difficultés émotionnelles à l'entourage - Difficulté à reconnaître sa souffrance auprès des proches - Tendance à internaliser ses émotions - Perception des difficultés émotionnelles par l'entourage proche - Prise de conscience des difficultés - Conscience tardive des difficultés
	<i>Des stratégies personnelles pour surmonter les difficultés</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Exploitation de l'énergie restante - Volonté d'être actif pour éviter les ruminations - Sport vu comme une ressource - Tentatives non fructueuses pour trouver le sommeil - S'impose des habitudes saines de sommeil qu'il n'arrive pas à tenir
	<i>Une attente d'amélioration et le rôle du collectif dans le changement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Attente concernant une amélioration de sa qualité de sommeil - Attente de journées équilibrées

		<ul style="list-style-type: none"> - Volonté d'élargir ses ressources - Volonté d'arriver à s'affirmer - Volonté de prendre soin de lui-même - Volonté de trouver un juste milieu entre travail et gestion émotionnelle - Importance du collectif dans l'apprentissage partagé - Motivé par l'interaction sociale - Sentiment que le soutien d'un groupe peut aider à la mise en place d'habitudes de sommeil
Croyances et pressions autour du sommeil et de la santé mentale	<i>Pression et culpabilité liées au sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnérabilité accrue au manque de sommeil - Perception de la perte de contrôle comme facteur déclenchant - Pression liée à la nécessité de dormir - Croyances que sa santé mentale dépend de son sommeil - Impression que se reposer laisse place aux ruminations
	<i>Croyances dysfonctionnelles et rigidité cognitive</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Croyances délétères profondément enracinées - Aimerait réduire ses croyances dysfonctionnelles sur le sommeil - Croyances rigides sur le sommeil - Attributions causales rigides - Croyance de ne pas « être une bonne personne » sans répondre aux demandes extérieures - Croyance dysfonctionnelle liée à l'expression émotionnelle
	<i>Impact des normes sociales et des habitudes de vie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Impact des normes sociales sur le sommeil - Mauvaises habitudes d'hygiène du sommeil - Mécanisme de déni de l'état émotionnel et physique
Impact de l'insomnie et du moral sur la vie sociale et professionnelle	<i>Les tensions entre exigences sociales, professionnelles et bien-être personnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tension entre besoins personnels et exigences professionnelles - Cercle vicieux entre travail et épuisement - Surinvestissement au travail malgré un mal-être - Ruminations concernant l'imagination d'une absence de travail - Difficulté à gérer les effets du manque de sommeil - Annulation d'activités - Engagements sociaux non tenus par épuisement
	<i>L'impact des difficultés émotionnelles sur la relation de couple</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Impact de son humeur sur sa relation de couple - Culpabilité vis-à-vis de sa compagne - Tension conjugale
	<i>Une vision de soi affectée par la vulnérabilité et l'autocritique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lie une blessure à sa vulnérabilité psychologique - Ressent une grande sensibilité malgré une force intérieure - Faible estime de soi - Autocritique excessive

- **David - Entretien post-intervention**

Thème	Sous-thème	Codes
Expérience d'un changement positif dans la relation au sommeil	<i>Retrouver du pouvoir d'agir sur son sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Reprise de contrôle sur son rythme de sommeil - Sentiment d'une amélioration significative du sommeil - Sentiment de progression rapide - Perception d'une progression de son sommeil - La diminution de la fatigue permet une meilleure utilisation de ses ressources - Sentiment d'équilibre rétabli entre loisirs et sommeil - Rapide efficacité de la restriction du sommeil - Visibilité des changements positifs une semaine après la restriction du sommeil
	<i>Transformation des croyances sur le sommeil</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre d'invalider ses fausses croyances sur le sommeil - Déconstruction d'une croyance limitante - Déconstruction des croyances limitantes sur les besoins en sommeil - Réévaluation de la perception de la fatigue
Vers une meilleure gestion des émotions	<i>Retrouver un mieux-être émotionnel et un nouvel optimisme</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'un regain d'optimisme - Amélioration nette de l'humeur - Sentiment d'être davantage optimiste avec une prise de recul - Ressenti d'un bien-être proche de son idéal
	<i>Une conscience accrue de ses fonctionnements émotionnels</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de recul sur sa vision de gestion émotionnelle - Ressenti d'une meilleure gestion émotionnelle - Prise de distance émotionnelle des problèmes des autres - Moins de prise de responsabilité des émotions des autres - Prise de conscience des difficultés de gestion émotionnelle et de confiance en soi - Conscience de l'évitement de ses émotions - Difficulté à réguler et gérer ses émotions sans l'intervention
Groupe et thérapie comme appuis pour avancer	<i>Accéder à ses ressources internes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance préalable de certains outils thérapeutiques - Retrouver l'accès à ses connaissances préalables sur des stratégies thérapeutiques - Sentiment d'un besoin d'aide pour accéder aux ressources déjà internalisées - Frustration de ne pas avoir utilisé ses ressources internes plus tôt - Interprétation du changement comme non exclusivement lié à la prise d'antidépresseur

		<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction de pouvoir accéder à des ressources internes après le soulagement d'un antidépresseur - Prise d'antidépresseur pour se libérer de la peur de rechuter dans le TOC
	<i>Le groupe comme catalyseur du changement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe comme levier de développement personnel - Sentiment de motivation personnelle grâce à l'altruisme et la solidarité d'un groupe - Ressenti d'un soutien indirect avec l'expérience partagée - Perception du groupe comme un « démultiplicateur » - Importance du soutien du groupe pour la mise en place de changements d'habitudes - Sentiment de progression à travers le partage d'expériences - Souligne l'aspect positif du dispositif de groupe - Appréciation des modalités d'intervention de groupe qui complètent des individuels - Valorisation de la présence de deux thérapeutes avec des sensibilités différentes
	<i>Le besoin de comprendre pour changer</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'imaginaire et de métaphore pour entamer un travail sur lui-même - Nécessité d'entendre les mêmes conseils venant de différentes personnes - Importance de comprendre le mécanisme des croyances - Importance de la psychoéducation sur les pensées négatives répétitives - Réalisation de la superposition de la thérapie pour le TOC et pour le sommeil - Satisfaction générale vis-à-vis de la relation thérapeutique
Apprendre à s'accepter et à avancer vers le changement	<i>Apprendre à lâcher prise et à s'accepter</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Allègement des contraintes auto-imposées - Acceptation de son propre rythme de réveil - Tentative de lâcher prise sur l'heure du réveil - Surprise face aux effets positifs du changement des habitudes rigides - Volonté de prendre du temps pour soi - Volonté de profiter du moment présent - Volonté d'accepter ses émotions négatives à la place de les refouler - Prise de conscience du caractère nuisible de l'évitement
	<i>S'engager dans un processus de développement personnel et de gestion émotionnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté d'apprendre à gérer ses émotions - Volonté de stabilisation émotionnelle - Sentiment d'une meilleure verbalisation de ses difficultés

		<ul style="list-style-type: none"> - Volonté de travailler sa confiance en lui et son contrôle émotionnel - Quête d'un équilibre émotionnel - Sentiment d'avoir une force de résilience - Remise en question des pensées négatives répétitives - Réinterprétation des échecs comme des étapes - Sentiment de masquage de la fatigue mentale par la fatigue physique - Volonté d'être capable de se soigner lui-même
Equilibre entre travail et bien-être personnel	<i>Travail, performance et équilibre émotionnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'être un élément temporisateur au travail - Besoin de se sentir utile dans son travail - Impact de la performance au travail sur le repos octroyé - Impact du travail sur la gestion émotionnelle
	<i>Amélioration des relations et de l'humeur au travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'une amélioration de l'humeur au travail - Amélioration des relations interpersonnelles - Bienveillance des collègues par rapport à l'intervention

10. Résumé

Contexte : L'insomnie chronique, fréquemment associée à des symptômes dépressifs dans une relation bidirectionnelle, s'accompagne de fatigue et d'inquiétudes, et constitue un problème de santé publique majeur affectant la qualité de vie. La thérapie cognitive et comportementale pour l'insomnie (TCC-I) est reconnue comme traitement de première intention, mais peu d'études examinent ses effets en format de groupe chez des patients dépressifs, et encore moins en combinant approches quantitatives et qualitatives.

Objectifs : Ce mémoire visait à évaluer les effets d'une TCC-I de groupe sur l'insomnie, la dépression, la fatigue et les inquiétudes, en supposant une amélioration après l'intervention. Un volet qualitatif explorait l'évolution du vécu du trouble, les mécanismes de changement perçus, l'adhésion au traitement et l'expérience globale de la thérapie.

Méthodologie : Une étude de cas multiples (N=4) a été menée auprès de patients adultes insomniaques présentant des symptômes dépressifs. L'intervention comprenait 5 séances de TCC-I de groupe, évaluées avant et après la thérapie à l'aide de questionnaires standardisés portant sur l'insomnie, la dépression, la fatigue, les inquiétudes, les croyances liées au sommeil, la satisfaction des participants, ainsi qu'une mesure quotidienne des inquiétudes et des entretiens semi-structurés.

Résultats : Tous les participants ont présenté une diminution de l'insomnie et trois ont montré une amélioration notable des symptômes dépressifs. Les inquiétudes et la fatigue ont évolué de manière plus variable. L'analyse qualitative a mis en évidence plusieurs mécanismes de changement, tels que la restructuration cognitive, le lâcher-prise sur le contrôle du sommeil, le renforcement du sentiment d'auto-efficacité et le soutien social lié au groupe. L'expérience globale de la thérapie a été évaluée comme positive par tous les participants.

Conclusion : La TCC-I de groupe apparaît comme une approche pertinente et bien acceptée pour réduire l'insomnie et les symptômes dépressifs, avec des effets plus variables sur la fatigue et les inquiétudes. La combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives a permis de mieux comprendre les processus de changement et le vécu subjectif des participants. Les résultats soutiennent son intégration en clinique, mais restent exploratoires en raison de la taille restreinte de l'échantillon. Des recherches futures avec des échantillons plus larges et un suivi à long terme sont nécessaires pour confirmer ces observations.