

RECOMMANDATIONS ACTUELLES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE



Dr Lampros Perogamvros
Médecin adjoint agrégé
Centre de Médecine du Sommeil, HUG

3 Octobre 2024

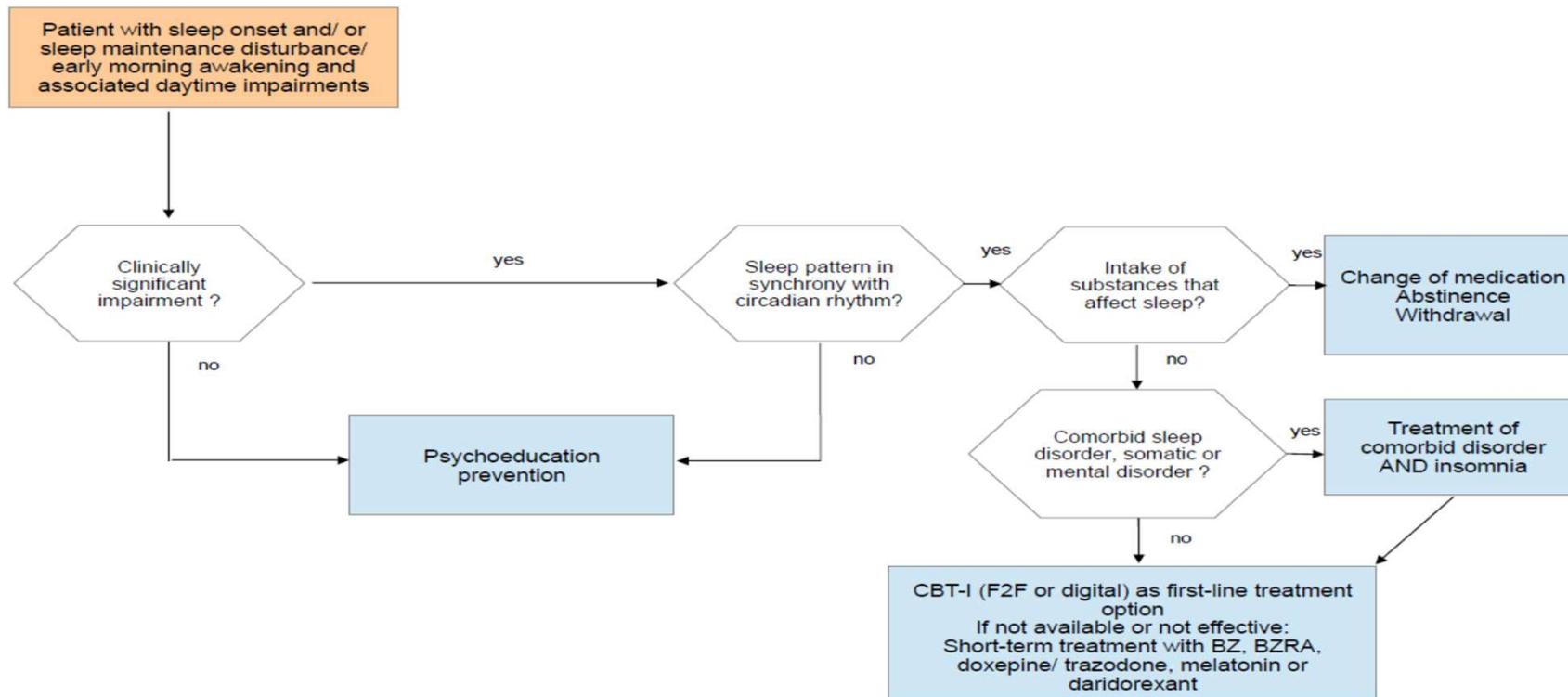
Patiente D.A., résidente à Luxembourg, 44 ans

- ▶ Souffre d'insomnie chronique (problème de maintien) depuis 2017 (décès frère)
- ▶ Elle a visité plusieurs thérapeutes de plusieurs pays (Luxembourg, Allemagne, France)
- ▶ Plusieurs médicaments ont été essayés: mirtazapine, lamotrigine, prégabaline (300 mg), mélatonine (10 mg), olanzapine, sertraline, diazépam et daridorexant (50 mg)
- ▶ PSG 02/24: AHI=10/h, mise sous CPAP, sans effet.
- ▶ Proposition de dosage des catecholamines sur 24h à cause de HRV basse pendant la nuit (DD: fatigue chronique/PTSD selon médecin allemand)
- ▶ 1er octobre: vient à Genève désespérée pour traiter son insomnie.

European guideline for insomnia; Riemann et al., 2023, *J Sleep Res*

- ▶ La thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I) est **le traitement de premier choix pour tous les patients de tous les âges (A-très fort)**.
- ▶ Des médicaments peuvent être proposés si la TCC-I est **infructueuse ou impossible à mettre en œuvre***.
- ▶ Les benzodiazépines (**A-très fort**), les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (**A-très fort**) et les antidépresseurs sédatifs à faible dose (**B-fort**) peuvent être utilisés pour le traitement à court terme de l'insomnie chronique (**≤ 4 semaines**).
- ▶ Les antagonistes des récepteurs de l'orexine (par exemple le daridorexant, Quviviq) (**A-très fort**) peuvent être utilisés pendant des périodes allant jusqu'à **3 mois ou plus dans certains cas***.
- ▶ La mélatonine à libération prolongée peut être utilisée jusqu'à 3 mois chez les patients **≥ 55 ans (B-fort)**.
- ▶ Données insuffisantes/non recommandé en général : antipsychotiques, antihistaminiques, mélatonine à libération rapide, produits phytothérapeutiques et méthodes thérapeutiques alternatives (**C-faible**)

Algorithme clinique



- ▶ ~**30 %** des patients atteints de trouble d'insomnie ont une rémission que partielle sous la TCC-I (Baron et al. 2017)

I. SYMPTÔMES

Symptômes nocturnes

- une plainte **subjective** caractérisée par un ou plusieurs de ces symptômes
 - une difficulté à s'endormir à l'heure du coucher (insomnie d'endormissement). Si latence d'endormissement >30 minutes.
 - des réveils nocturnes fréquents ou prolongés (insomnie de maintien). Si durée du réveil > 30 minutes.
 - un réveil précoce le matin avec une incapacité à retrouver le sommeil. Si réveil >30 min avant prévu et TST<6h30.

Symptômes diurnes

- fatigue (rarement somnolence)
- baisse de l'humeur
- baisse de la concentration, mémoire
- céphalées, nausées

II. DIAGNOSTIC

Trouble d'insomnie selon DSM-5 = insomnie chronique

A) Une plainte prédominante d'**insatisfaction** par rapport à la **quantité ou la qualité** du sommeil, associée à un (ou plusieurs) des symptômes suivants :

- Difficulté à initier le sommeil
- Difficulté à maintenir le sommeil (réveils fréquents ou des problèmes à se rendormir après des réveils)
- Réveil matinal avec incapacité de se rendormir.

B) La perturbation du sommeil est à l'origine d'une **souffrance** cliniquement significative ou d'une altération dans les domaines social, professionnel, scolaire, universitaire, comportemental, ou un autre domaine important du fonctionnement.

C) La difficulté de sommeil se produit au moins **3 nuits par semaine.**

D) La difficulté de sommeil est présente depuis **au moins 3 mois.**

E) L'insomnie n'est pas mieux expliquée par un autre trouble du sommeil et ne survient pas exclusivement au cours de celui-ci (par exemple, narcolepsie, SAS, trouble du rythme circadien, parasomnie).

F) L'insomnie n'est pas liée aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue, un médicament).

G) Les troubles mentaux et les conditions médicales coexistants n'expliquent mieux la plainte prédominante d'insomnie.

III. EPIDEMIOLOGIE

- Trouble du sommeil le plus fréquent (Bélanger and Morin 2012)
- 2^{ème} des troubles mentaux en fréquence (Wittchen et al. 2011)

Prévalence de l'insomnie chronique (>3 mois) (Bassetti et al. 2016)

Symptômes nocturnes seuls : 30-48%

Symptômes nocturnes + critères de fréquence : 16-21%

Symptômes nocturnes + critères de fréquence + répercussions diurnes (DSM-V): **9-15%**

Prévalence de l'insomnie aiguë (<1 mois) (Bassetti et al. 2016)

Symptômes nocturnes + critères de fréquence + répercussions diurnes (DSM-V): **30%**

- **80%** des patients psychiatriques souffrent d'insomnie (Ohayon et al. 2000)
- Coûts relatifs à l'insomnie: USD 108 milliards/ an
- Somnifères : médicaments les plus prescrits

IV. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- **Dette du sommeil** : choix volontaire de l'individu
- **Troubles circadiens** (avance/retard de phase du sommeil) : décalage de l'horloge biologique interne
- **Petit dormeur** : <7h de sommeil, pas des conséquences diurnes

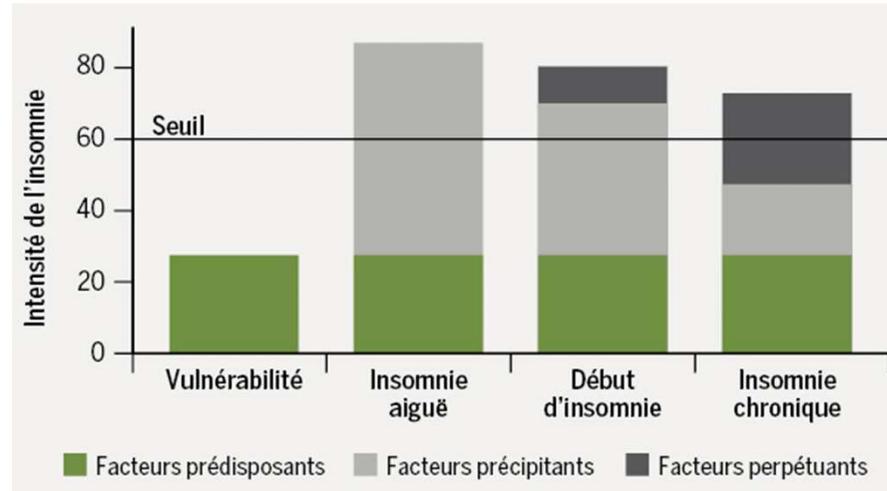
V. COMORBIDITES

→ Insomnie **sans** comorbidité (10% des cas)

→ Insomnie **avec** comorbidité (90% des cas)

- origine psychiatrique (60%) : dépression, troubles anxieux
- origine somatique (15%) : douleurs, insuffisance cardiaque etc
- origine somnologique (15%) : syndrome des jambes sans repos, apnées (Attention: somnolence!)

VI. ETIOLOGIE



Spielman et al. 1987

Facteurs prédisposants

- facteurs génétiques
- suractivation cognitive (incapacité de contrôler ses pensées, ruminations, planification, perfectionnisme)

Facteurs précipitants

- Facteurs de stress (deuil, examens..)

Facteurs perpétuants (= stratégies de gestion dysfonctionnelles)

- Comportement : développement/utilisation de comportements de sécurité (aller au lit plus tôt et y rester plus longtemps, faire de sieste) → dérèglement du cycle et ↓ pression homéostatique
- Cognition : catastrophisme, rumination, attention sélective à certains stimuli évoquant le sommeil et l'insomnie, fausses croyances, besoin de contrôler le sommeil

VII. EVOLUTION

Persistance de l'insomnie dans la population générale (Morin et al. 2009)

> 2 ans: 74%(26% rémission)

> 3 ans: 46% (54% rémission)

> 7.5 ans: 39% (61% rémission)

→ **Insomnie chronique: pas de rémission totale spontanée** (LeBlanc et al. 2009)!

Facteurs de vulnérabilité

-risque ratio Homme/Femme 1.41

-statut socio-économique bas

-âge

Complications à long terme

- Risque accru d'HTA (Phillips et al. 2007), tr. cardiaques (Schwartz et al. 1999), tr. gastro-intestinaux, douleurs chroniques (Kuppermann et al. 1995), diabète (Vgontzas et al. 2009).

INSOMNIE ET DÉPRESSION

- Insomnie (sans comorbidités) → anxiété, irritabilité, baisse de l'humeur à court terme (Shekleton et al. 2010).
- Insomnie (sans comorbidités) : facteur de risque indépendant de dépression à long terme (Pigeon et al. 2008).
- Le prodrome le plus commun pour un épisode dépressif (Perlis et al. 1997).
- Insomnie (surtout de maintien et réveil précoce) comme symptôme de dépression dans 80-93% des patients (Park et al. 2013).
- Persistance de l'insomnie après rémission des autres symptômes augmente le risque des épisodes récurrents (Roberts et al. 2000).

→ **Si tristesse, perte du plaisir (anhédonie) : dépression**

IX. PRISE EN CHARGE

2) Evaluation médicale et psychiatrique (comorbidités?)

3) Type d'insomnie, durée (aiguë vs chronique), conséquences diurnes, habitudes de vie (tabac, OH, exercice physique, substances)

4) Questionnaires (ISI, Beck, Epworth, fatigue)

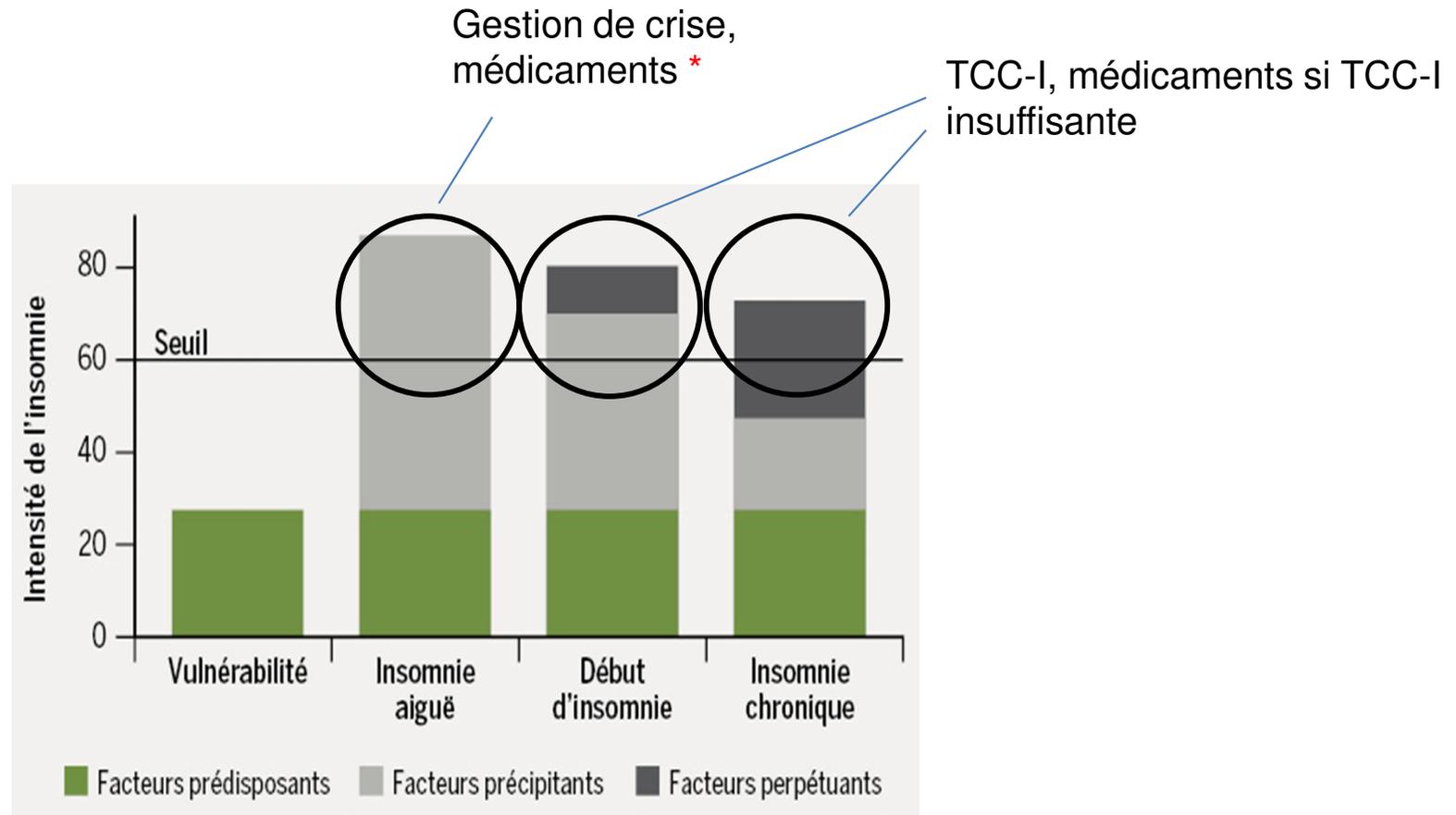
B) Polysomnographie

→ pas nécessaire, sauf pour exclure comorbidités somnologiques (RLS, PLM, apnées, insomnie paradoxale)

C) Actimétrie



IX. PRISE EN CHARGE



* Il n'y a pas de guidelines pour la prise en charge de l'insomnie aiguë à ce jour

XI. THÉRAPIES NON PHARMACOLOGIQUES

Thérapie comportementale

- A) Restriction du temps au lit
- B) Thérapie par contrôle du stimulus
- C) Hygiène du sommeil
- D) Thérapie cognitive
- E) Relaxation

Thérapie Cognitive et Comportemental pour l'insomnie (TCC-I) :

traitement de choix pour insomnie chronique avec et sans comorbidités

Durée moyenne: 6 semaines (consultation 1h/semaine)

Thérapie
comportementale
(au moins 1)

Thérapie
cognitive
(au moins 1)

Caractéristiques minimales
d'un protocole TCC-I

Relaxation

Education
du sommeil

Hygiène
du sommeil

Elements additionnels
d'un protocole TCC-I

HYGIÈNE DU SOMMEIL

Note: la TCC-I est un paquet des traitements et pas que l'hygiène

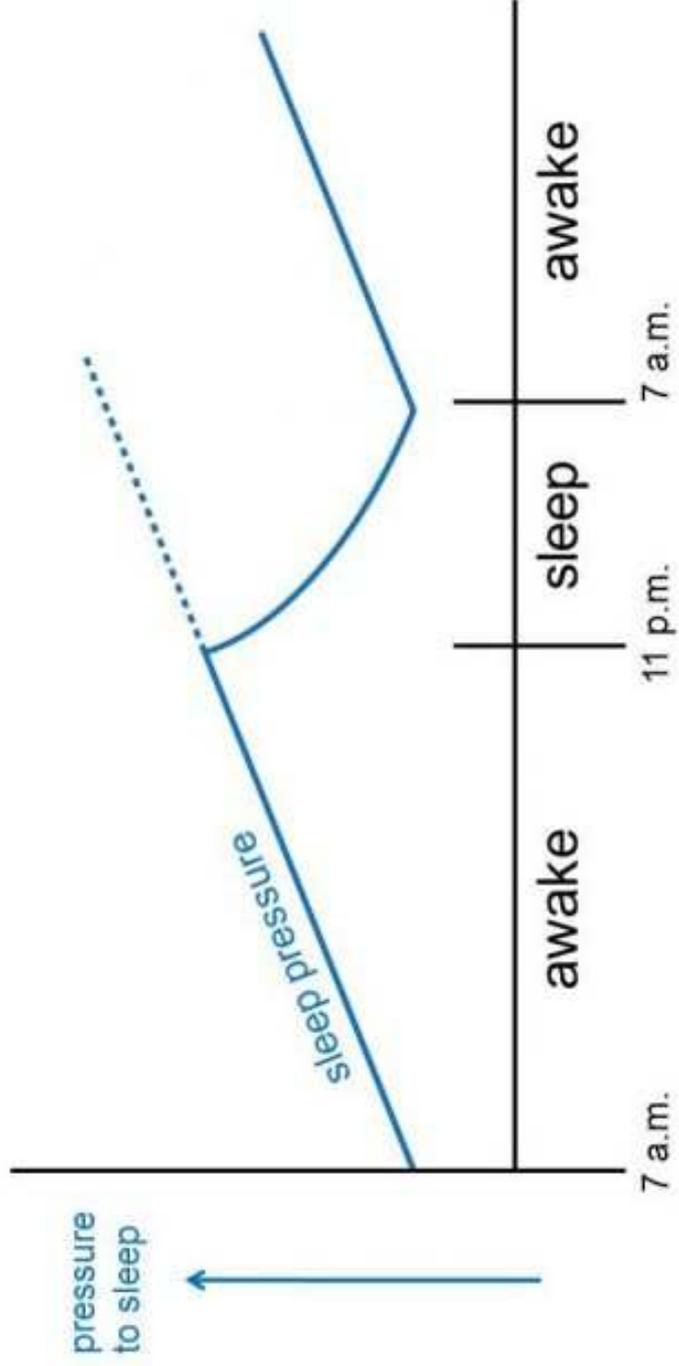
- Eviter la caféine de 4-6h avant le coucher
- Eviter de fumer à l'heure du coucher et lors des éveils nocturnes
- Eviter de consommer de l'OH près de l'heure du coucher
- Favoriser l'activité physique durant la journée ou en début de soirée, éviter l'activité physique intense en fin de soirée
- Privilégier un environnement confortable, sombre et calme dans la chambre à coucher

RESTRICTION DU TEMPS AU LIT

- Méthode: restreindre le temps passé au lit au temps réellement dormi
- Mécanisme: augmentation de la pression du sommeil (homéostasie)
- But: atteindre une durée optimale

Etapas:

- 1) Agenda du sommeil pour >1 semaine. Calcul du temps de sommeil (p.ex. 6h/nuit)
- 2) Déterminer la fenêtre de sommeil à 6h pour la 1^{ère} semaine du traitement. Lever fixe (p.ex. 7h00), donc coucher à 01h00.
- 3) Ajuster la fenêtre chaque semaine.
 - augmenter par 20 min, si efficacité du sommeil >85%
 - garder la même, si efficacité 80-85%
 - diminuer par 20 min, si efficacité < 80%



THÉRAPIE PAR CONTRÔLE DU STIMULUS

Contrôle par le stimulus

Objectifs

- Permettre au sommeil de survenir lorsque désiré ;
- Renforcer l'association entre le sommeil et les indices temporels et contextuels ;
- Consolider le sommeil sur une plus courte période, c'est-à-dire diminuer la fragmentation du sommeil et favoriser le sommeil profond.

Méthode

- Prévoyez une heure avant le coucher pour vous détendre et relaxer ;
- Allez au lit uniquement lorsque vous ressentez de la somnolence ;
- Sortez du lit lorsque vous êtes incapable de vous endormir/rendormir à l'intérieur de 15 à 20 minutes ;
- Répétez cette procédure aussi souvent que nécessaire ;
- Levez-vous à la même heure chaque matin, même la fin de semaine (peu importe le nombre d'heures passées à dormir) ;
- Réservez votre lit et votre chambre à coucher uniquement au sommeil et aux activités sexuelles ;
- Si vous devez faire une sieste pendant la journée, elle doit durer moins d'une heure et avoir lieu avant 15 h.

THÉRAPIE COGNITIVE

TABLEAU IV | RECOMMANDATIONS REPOSANT SUR LA THÉRAPIE COGNITIVE²

Thèmes	Pensées des patients insomniaques	Recommandations proposées
Besoins de sommeil, obligation de dormir et perfectionnisme	« Il faut dormir. » « Je dois dormir. »	Les réduire au minimum en disant au patient les phrases suivantes : « Dormez moins, mais dormez bien. » « Vous dormez quand même x heures par nuit. »
Conséquences de l'insomnie	« Je vais mourir. » « Je vais tomber malade. »	« Malgré le manque de sommeil, vous parvenez à fonctionner une bonne partie de la journée. » « Plus vous lâcherez prise sur les conséquences et mieux vous dormirez. »
Victime, sans contrôle	« Je suis impuissant face à mon insomnie. » « Il n'y a rien à faire. »	Valider la souffrance, mais centrer le message sur le changement des habitudes et le fait d'être actif. Rappeler l'efficacité du traitement.

TCC-I ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

- TCC-I efficace pour l'insomnie dans les troubles de l'humeur, troubles anxieux, PTSD et schizophrénie
- TCC-I peut aussi améliorer les symptômes de la comorbidité psy (Hertenstein et al. 2022) et réduire le risque d'une nouvelle rechute (Harvey et al. 2015, Cheng et al. 2019)
- Mécanismes que TCC-I améliore l'humeur pas connus. Liens entre sommeil et régulation émotionnelle (Perogamvros and Schwartz 2012, Palagini et al. 2019)
- Surtout applicable en ambulatoire et en présence d'un trouble comorbide léger/moyen. A adapter en hospitalier, unités de crise.
- TCC-I diminue la durée d'hospitalization (Sheaves et al. 2018)

TCC-I DIGITALE

TABLE 9 dCBT-I applications with scientific evidence (at least one RCT) in Europe

Language (country of origin)	Name of product	Web address	Computer/app based	Reimbursement by national healthcare	Reference (s)
English UK	SLEEPIO	https://www.sleepio.com/	Yes/Yes	Yes (Scotland)	More than 30 publications; Selection: Espie et al. (2012, 2019); Espie, Kyle, Miller, et al. (2014); Felder et al. (2020); Freeman et al. (2017)
French France	TheraSomnia	https://www.therasomnia.com/	Yes/Yes + assistance ^a	No	Lopez et al. (2019)
German Switzerland	Meinstresscoach/ SweetDreams	https://www.meinstresscoach.ch/kurse	No/Yes + assistance ^a	No	Hürlimann et al. (2023)

X. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUES

Agonistes GABAergiques:

- A choisir selon le type d'insomnie: endormissement vs maintien, selon la demi-vie;
- Principaux EI: sédation résiduelle, dépression respiratoire
- ! Phénomènes de tolérance et dépendance

- Z-drugs (zolpidem, zopiclone); Nb pour le zopiclone, la monographie suggère une durée de 10 jours max.
- Benzodiazépines: (lorazepam, flurazepam, par ex).

↓ latence d'endormissement (15 mins)
↓ éveils nocturnes
↑ durée (30-45mins), N1 duration, N2 duration
↓ **N3 duration, REM duration**

Elimination half-life	Benzodiazepine	Z-drug
<i>Short (2 to 5 hours)</i>	Triazolam Midazolam Brotizolam	zaleplon (1h) zolpidem (2h) zopiclone (5h)
<i>Intermediate (6 to 24 hours)</i>	Alprazolam Lorazepam Lormetazepam Oxazepam Temazepam	eszopiclone (6h)
<i>Long (> 24 hours)</i>	Clonazepam Clorazepate Diazepam Flunitrazepam Flurazepam Prazepam	

Sevrage de BZD/ Z drugs

- 1) réduction de 25% de la dose initiale toutes les 2 semaines jusqu'à la dose la plus petite (lime à ongles)
- 2) introduction des nuits sans médicament

Anti-histaminiques

- 1^{ère} génération: diphenhydramine, doxylamine, hydroxyzine, prométhazine
- Le statut de ces médicaments (en vente libre ou sur ordonnance) peut varier d'un pays européen à l'autre.
- PAS** d'études cliniques randomisées de haute qualité démontrant l'efficacité par rapport au placebo
- Longue demi-vie : somnolence résiduelle !
- développement rapide d'une **tolérance** (Vande Griend & Anderson, 2012).
- PAS** de recommandation dans le traitement de l'insomnie à court ou à long terme.
- association avec une augmentation de la mortalité (Oyekan et al., 2021)

Mélatonine

- disponible gratuitement dans la plupart des pays européens
- la **mélatonine à libération prolongée** (mélatonine PR, Circadin) a été approuvée pour le traitement de l'insomnie chez les patients âgés de plus de **55 ans** (déficit de synthèse de la mélatonine lié à l'âge)
- effets faibles à moyens sur les paramètres liés au sommeil chez les patients âgés et les patients souffrant d'insomnie, dans des études à court terme (Marupuru et al. 2022)
- La **mélatonine à libération rapide n'est pas recommandée** pour le traitement de l'insomnie (exception : si des facteurs circadiens sont impliqués) en raison de son manque d'efficacité.
- De nombreuses autorités sanitaires en Europe ont sanctionné son utilisation au-delà de **4 semaines**.
- Dose recommandée : 1-3 mg/j

Antidépresseurs sédatifs à faible dose

-agomélatine, mirtazapine, trazodone

-Aucune de ces substances n'a d'indication générale sur le marché pour l'insomnie, en l'absence de dépression comorbide. L'utilisation **off-label** est donc généralement standard.

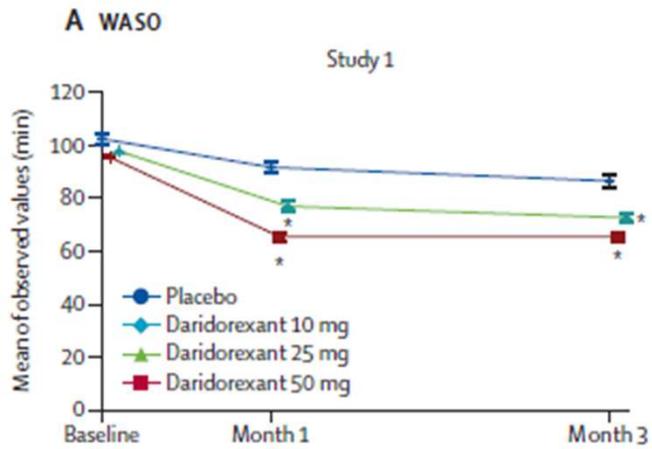
-Elles sont prescrites dans l'insomnie à des doses plus faibles que celles utilisées dans le traitement de la dépression.

-Des effets significatifs mais faibles ont été observés pour la **trazodone** (50-200 mg/j), **agomélatine** 25 mg/j et **mirtazapine** (15 mg/j) à court terme, jusqu'à **4 semaines (B-fort)**. Un traitement à plus long terme peut être mis en place dans certains cas.

-Principaux effets indésirables : sédation résiduelle, maux de tête, syndrome des jambes sans repos.

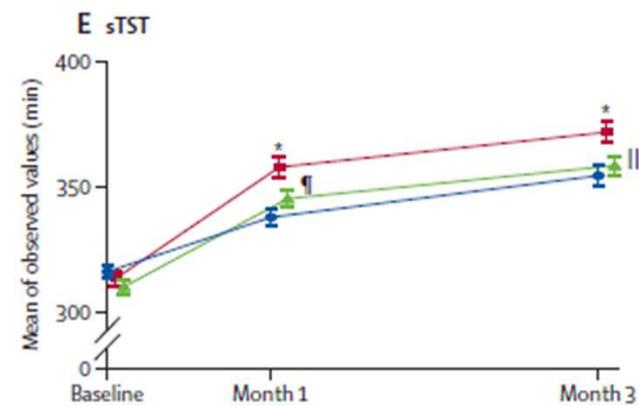
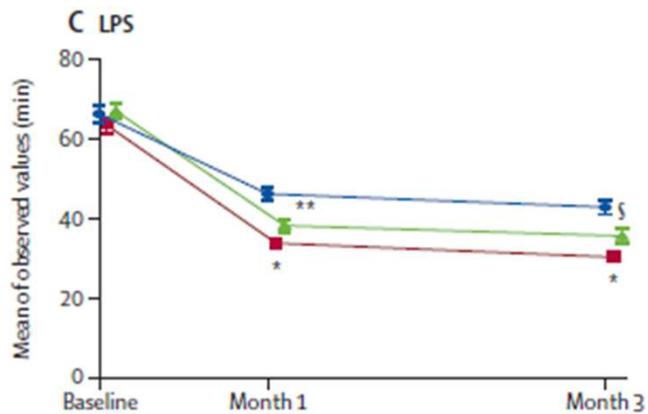
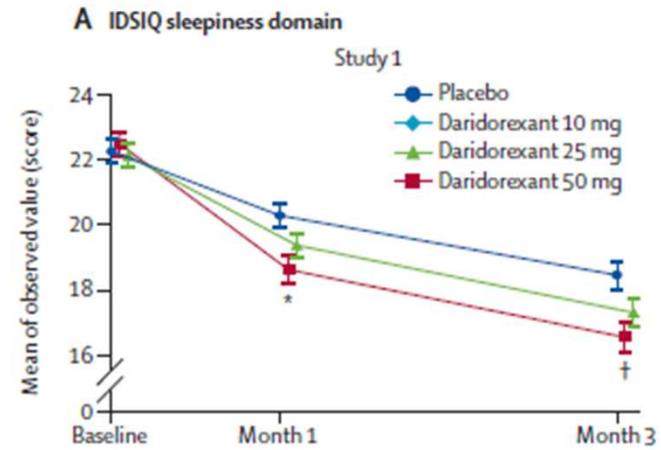
Dual orexin receptor antagonists (DORAs)

- le développement récent le plus important dans le traitement pharmacologique de l'insomnie
- Le seul approuvé en Europe : le daridorexant (Quviviq)
- peut être utilisé pendant des périodes allant jusqu'à **3 mois** ou plus dans certains cas
- Efficace pour l'insomnie d'endormissement et l'insomnie de maintien (mais **petite taille d'effet** !) tout en évitant une exposition résiduelle au médicament le matin.
- 80% du daridorexant est éliminé dans les 8 premières heures suivant l'administration du médicament
- l'amélioration du sommeil perçue par les participants est en accord avec celle mesurée objectivement par polysomnographie (mais ISI n'a pas été utilisé comme mesure primaire)
- la proportion du temps passé dans les différents stades du sommeil est préservée



Participants, n

	Baseline	Month 1	Month 3
Placebo	309	299	283
Daridorexant 25 mg	310	298	289
Daridorexant 50 mg	309	305	287



Mignot et al., 2022, *The Lancet Neurology*

- ▶ Effets secondaires : rhinopharyngite, maux de tête et somnolence.
- ▶ Une étude ouverte de prolongation d'une durée allant **jusqu'à 1 an** chez 804 patients a démontré une efficacité maintenue sur cette période, sans somnolence matinale et sans symptômes liés au sevrage ou rebond après l'arrêt du traitement (Kunz et al., 2023).
- ▶ **Note 1:** médicament pas encore remboursé par assurance de base. Si assurance complémentaire: le patient doit demander la prise en charge. Si non, le médecin doit remplir le formulaire **KWW71**.
- ▶ **Note 2:** Riemann et al. 2023: **Recommandation A-très fort**. D'autres guidelines demandent que le degré de recommandation (A,B,C) se base sur la présence ou pas de méta-analyses et pas des seuls essais contrôlés randomisés

Phytothérapies

- Houblon, kava-kava, mélisse, passiflore, valériane, lavande
- une légère supériorité de la valériane par rapport au placebo (Leach & Page, 2015 ; Shinjyo et al., 2020).
- La qualité méthodologique des études incluses est plutôt faible.
- Aucune recommandation** pour une utilisation à court ou à long terme pour traiter l'insomnie.

Suggestions médicamenteuses

- ▶ Troubles transitoires du sommeil

Zolpidem 10 mg ou zopiclone 7,5 mg (substances Z)

Daridorexant 25-50 mg

- ▶ Pour les troubles aigus graves du sommeil

Diazépam 10-20 mg, oxazépam 10-30 mg

Lorazepam 0,5-2,5 mg (en cas de tension sévère)

- ▶ Chez les personnes âgées (à risque de chute)

Mélatonine PR 2 mg

Zolpidem 5 mg

- ▶ en cas d'épisode dépressif/autre comorbidité

Trimipramine, trazodone, doxépine, agomélatine, mirtazapine

- ▶ La règle générale est la suivante : dose faible, augmentation si nécessaire, pendant une période aussi courte que possible.

MÉDICAMENTS OU TCC-I : ARGUMENTS ET CONTRE-ARGUMENTS

Argument A : Insomnie d'une durée >6 heures vs <6 heures de sommeil

Insomnie d'une durée <6 heures de sommeil :

Associée à un risque accru d'hypertension et de diabète de type II (Vgontzas et al. 2009), d'activation de l'axe HPA (Vgontzas et al. 2011), de mortalité (Vgontzas et al. 2010).

Ce type de trouble pourrait mieux répondre aux médicaments qu'à la TCC-I (Bathgate et al. 2016).

Argument B : Lequel est le plus compatible avec la physiopathologie de l'insomnie ?

Les mécanismes physiopathologiques de l'insomnie chronique (les facteurs perpétuels) comprennent principalement des stratégies cognitives/comportementales dysfonctionnelles.

Les médicaments ne constituent qu'un traitement symptomatique et non un traitement causal : les symptômes de l'insomnie réapparaissent généralement après l'arrêt d'une substance.

Une intervention qui facilite la résolution des problèmes (thérapie causale) est préférable à une intervention qui anesthésie la détresse et rend dépendent (thérapie symptomatique).

Argument C: Placebo effect

La réponse aux somnifères comprend un **effet placebo** non négligeable (Huedo-Medina et al. 2012). Comme cet effet est de nature psychologique, cela renforce l'idée de donner la priorité aux approches psychologiques dans le traitement de l'insomnie.

Argument D: Médicaments vs TCC-I sur les mesures subjectives et objectives du sommeil

- ▶ Faible effet de la TCC-I sur les mesures objectives du sommeil (Edinger et al. 2021; Perrault et al 2022), mais effet important sur les mesures subjectives (Riemann et al. 2023).
- ▶ les médicaments semblent améliorer les mesures objectives du sommeil et moins les mesures subjectives.

Si l'eau est la qualité du sommeil (subjective)

- elle augmente principalement après la TCC-I, indépendamment de la durée du sommeil

(verre à moitié vide -> verre à moitié plein)

Si l'eau est la durée du sommeil (objective et/ou subjective)

- elle augmente principalement après la prise de médicaments, qui affectent peu la qualité du sommeil

(le verre est toujours à moitié vide !)



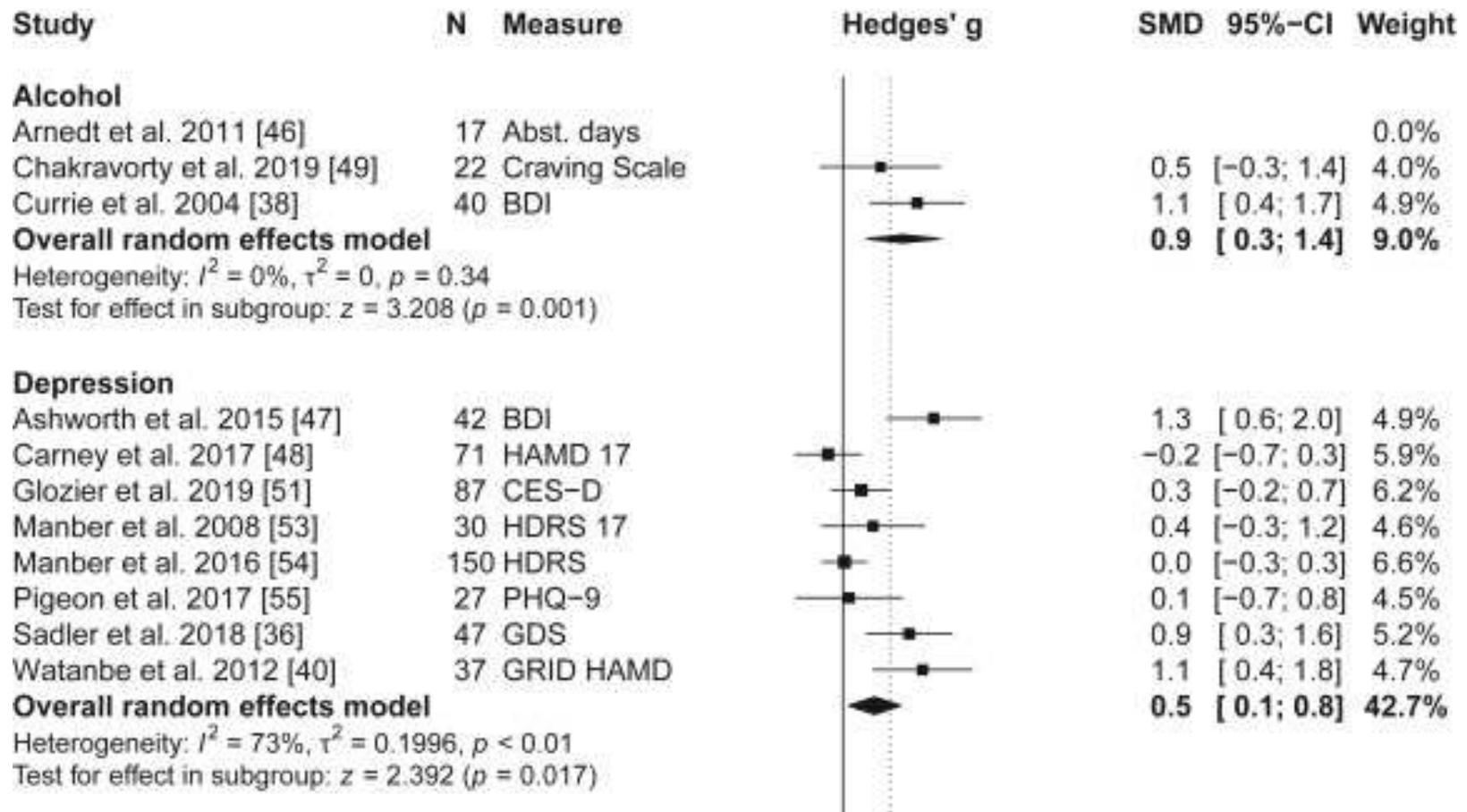
Argument E: Rapidité d'action

- ▶ L'un des avantages présumés du traitement pharmacologique est qu'il produit un soulagement plus rapide des symptômes (McClusky et al. 1991; Cheung et al. 2019).
- ▶ La TCC-I combinée au zolpidem a eu des effets plus rapides que la TCC-I seule (Morin et al. 2014)

Argument F: Durée d'action

- Les effets de la TCC-I durent plus longtemps (des suivis allant jusqu'à **10 ans** ont été publiés ; Jernelöv et al., 2022) et ont **moins d'effets secondaires**.
- pendant la phase aiguë du traitement, un effet synergique de la TCC-I et de la pharmacothérapie peut être observé ; cependant, après le traitement aigu, le traitement unique par la TCC-I est supérieur à la combinaison de la TCC-I et de la pharmacothérapie (Morin et al., 1999,2009).

Argument G: la TCC-I mais pas les médicaments améliore la psychopathologie



Hertenstein et al., 2022, *Sleep Med Rev*

Take home message

Identifier type d'insomnie et prise en charge:

-Aigue (<1 mois): gestion du stress, hygiène du sommeil, possibilité des médicaments ponctuellement pour prévenir la chronicité

-Sous-chronique (1-3mois): sevrer/arrêter les médicaments, thérapies comportementales selon formation et si persistance des symptômes → Centre de Médecine du Sommeil, HUG (sommeil@hcuge.ch, 022 37 29 952)

-Chronique (>3 mois): thérapies comportementales selon formation et si persistance des symptômes → adresser au Centre de Médecine du Sommeil, HUG pour une TCC-I

INTRODUCTION À LA THÉRAPIE COGNITIVO- COMPORTEMENTALE POUR L'INSOMNIE (TCC-I)

Le Centre de la médecine du sommeil des HUG propose une **formation en ligne se déroulant les 15 et 16 novembre 2024**. Ce cours, animé par des experts et expertes

<https://www.hug.ch/evenement/introduction-therapie-cognitivo-comportementale-pour-linsomnie-tcc-i>

Pour vous inscrire, nous vous prions d'envoyer un e-mail à : francine.gendre@hug.ch, en mentionnant dans l'objet du e-mail Sujet : TCCI- cours 2024

- Le cours est reconnu par l'European Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) academy (Certificat of the European CBT-I academy, practitioner level)



MERCI!