



Année 2017

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Maxime BONNIN**

Né le 18 Juillet 1988 à Bordeaux (33)

---

#### **UN PROGRAMME DE PSYCHOEDUCATION SUR LES TROUBLES DU SOMMEIL POUR LES PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE : CONSTRUCTION ET ETUDE PRELIMINAIRE**

---

Présentée et soutenue publiquement le 29 Septembre 2017 devant un jury  
composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, PU-PH, Faculté de  
Médecine-Tours

Membres du Jury :

Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT, Physiologie, Faculté de Médecine-Tours

Professeur Dominique DRAPIER, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine-Rennes

Docteur Nadège LIMOUSIN, Neurologie, PH, CHU-Tours

**Directeur de thèse : Docteur Jérôme GRAUX, Psychiatrie d'adultes, PH, CHU-Tours**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Pr. Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr. Henri MARRET

**ASSESSEURS**

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Pr. André GOUAZE - 1972-1994  
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr. Catherine BARTHELEMY  
Pr. Philippe BOUGNOUX  
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN  
Pr. Noël HUTEN  
Pr. Olivier LE FLOCH  
Pr. Yvon LEBRANCHU  
Pr. Elisabeth LECA  
Pr. Gérard LORETTE  
Pr. Roland QUENTIN  
Pr. Alain ROBIER

## PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ALISON Daniel .....	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles .....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry .....	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion

GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HAILLLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis .....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophtalmologie
QUENTIN Roland .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SALIBA Elie .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique .....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

---

LEBEAU Jean-Pierre  
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

## PROFESSEURS ASSOCIES

---

MALLET Donatien .....	Soins palliatifs
POTIER Alain .....	Médecine Générale
ROBERT Jean .....	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

BAKHOS David .....	Physiologie
BARBIER Louise .....	Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne .....	Cardiologie
BERTRAND Philippe .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLON Antoine .....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric .....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse .....	Médecine Générale
LEMOINE Maël .....	Philosophie
MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

---

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle .....	Orthophoniste

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel .....	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

## **REMERCIEMENTS**

**A mon maître et président de jury, Monsieur le Professeur Vincent CAMUS**

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Tours

Chef de service de la Clinique Psychiatrique Universitaire du CHRU de Tours

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté d'être le président de jury de cette thèse

Je vous remercie pour votre enseignement, le partage de votre expérience clinique, votre disponibilité et votre soutien tout au long de mon internat

Veillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude

**A mon maître et juge, Madame le Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT**

Professeur des Universités en Physiologie à la Faculté de Médecine de Tours

Chef de service universitaire de Pédiopsychiatrie et du Centre Ressource Autisme du CHRU de Tours

Je vous remercie d'avoir accepté de me faire l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre enseignement et votre soutien tout au long de mon internat

Veillez trouver ici, Madame le Professeur, l'expression de mon profond respect.

**A mon maître et juge, Monsieur le Professeur Dominique DRAPIER**

Professeur des Universités en psychiatrie à la Faculté de Médecine de Rennes

Chef de service de psychiatrie au CHRU de Rennes



Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail

Recevez ici, Monsieur le Professeur, l'expression de mon profond respect et mes sincères remerciements

**A mon maître et juge, Madame le Docteur Nadège LIMOUSIN**

Praticien Hospitalier en Neurologie au CHRU de Tours

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre enseignement à la médecine du sommeil, votre accueil et votre disponibilité lors de mon stage en neurophysiologie.

Veillez recevoir, l'expression de mes sincères remerciements et mon profond respect

**A mon maître et juge, Monsieur le Docteur Jérôme GRAUX**

Praticien Hospitalier en psychiatrie D au CHRU de Tours

Chef de service de la psychiatrie D au CHRU de Tours

Je te remercie de m'avoir accordé ta confiance pour ce projet et d'avoir accepté de diriger ce travail.

Je te remercie pour ton encadrement, ta disponibilité et ton soutien bienveillant.

Je te remercie pour ton enseignement et tes supervisions au cours de mes stages en psychiatrie D.

Reçois ici, l'expression de mes meilleurs sentiments et mon plus profond respect.

Je tiens à adresser toute ma gratitude aux médecins qui m'ont accompagné et formé tout au long de mon internat de psychiatrie et en particulier le Dr Eric Boissicat, le Dr Helene Montmasson, le Dr Fabien Hermelin, le Dr Neila Marzouk, le Pr Wissam El-Hage, le Pr Philippe Gaillard, le Dr Emmanuelle Houy-Durand, le Dr Agathe Saby, le Dr Marie Brunault, le Dr Mathieu Lemaire, le Dr Michel Henin, le Dr Sandrine Cognet, le Dr Pierre-Guillaume Barbe, le Dr Grégoire Huguet, le Dr Catherine Beze, le Dr Thomas Desmidt, le Pr Bertrand De Toffol, le Dr Julien Biberon, le Dr Dubois-Carmagnat, le Dr Sarah Laborderie, le Dr Pauline Lemercier, le Dr Selia Edwige, le Dr Robert Courtois, le Pr Nicolas Ballon, le Pr Régis Hanckard et le Dr Antoine Bray avec qui je travaille actuellement.

J'adresse mes remerciements aux équipes paramédicales des services dans lequel j'ai travaillé soit les services de psychiatrie adulte à Blois, de la Clinique Psychiatrique Universitaire Unité C à Tours, du Centre Ressource Autisme à Tours, de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison à Blois, de l'unité Baudelaire en psychiatrie D à Tours, de l'équipe du laboratoire de sommeil à Tours et du service des urgences psychiatriques à Tours.

### **A mes proches,**

A mes parents, qui ont participé à la construction de ma vocation. Je vous témoigne tous mes remerciements pour votre soutien, votre affection, votre confiance. Merci d'avoir partagé votre expérience médicale et de m'avoir appris à accepter les doutes .... je suis chanceux de vous avoir.

A Alain, pour ton intuition et ton soutien qui ont participé à mon choix, ton enseignement de neuropsychiatre qui a guidé mes premiers entretiens et la recherche permanente du sens ....

A Mamou et Mamie et Papi, je vous suis reconnaissant pour votre soutien, votre amour et votre courage actuellement ....

A mon frère Brice,

A Pierre, Amélie et Valentin,

A mes amis rencontrés durant mon premier semestre à Blois dit les « Bichons ». Merci pour votre amitié et votre bonne humeur,

A mon deuxième « frère », Cyriac

A mes amis psychiatres, Jacques dit le Professeur Koja, Pierre-Yves, Adrien dit Gatoune et tous mes autres co-internes que j'ai pu rencontrer durant mon internat.

A Laurent, Véronique, Mathilde, Anthony et Bibi Jeanne

A Margaux,

Merci pour ton soutien, ton réconfort et ton amour pendant ces derniers mois. Ce travail est aussi le tien.

### **Aux patients,**

qui nous apprennent tous les jours, je vous remercie de la confiance que vous m'accordez.

## **RESUME :**

Les troubles du sommeil constituent un enjeu majeur dans la prévention de la rechute et l'altération du fonctionnement des patients souffrant de schizophrénie. Les interventions déjà existantes sur le sommeil chez ces patients ciblent l'insomnie en thérapie individuelle. L'intervention repose en grande partie sur des mesures psychoéducatives d'hygiène de sommeil et comportementales. Aucun programme spécifique n'est proposé pour un traitement global des troubles du sommeil en groupe chez des patients souffrant de schizophrénie.

L'objectif de ce travail est la construction d'un programme de psychoéducation sur les troubles du sommeil chez des patients souffrant de schizophrénie à partir de données actuelles de la littérature et la réalisation d'une étude préliminaire afin de montrer la faisabilité de ce programme.

Un programme de psychoéducation sur les troubles du sommeil, adapté sur la forme (7 séances d'une durée de 1 heure) et le contenu a été construit. Une étude préliminaire appliquant le programme a été réalisée sur un groupe de six patients. Des évaluations répétées ont mesuré les paramètres de sommeil et un questionnaire de satisfaction a été recueilli à la fin du programme.

Les résultats de l'étude préliminaire suggèrent une bonne faisabilité du programme. Trois patientes ont participé à la quasi intégralité du programme et se montraient satisfaites. Les thérapeutes n'ont pas eu de difficulté à délivrer le programme. Les résultats de l'analyse qualitative ont mis en évidence certaines caractéristiques propres aux patients souffrant de schizophrénie (croyances défaitistes, déficits motivationnels, apragmatisme).

Le développement de ce programme devra se poursuivre par une étude de son efficacité à l'aide d'un essai randomisé en aveugle contre groupe contrôle.

**Mots clefs :** Psychoéducation, Sommeil, Schizophrénie, Programme, Etude Préliminaire

## **A PSYCHO EDUCATION PROGRAM ON SLEEP DISORDERS FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS: CONSTRUCTION AND PRELIMINARY STUDY**

### **ABSTRACT :**

Sleep disturbances are a major challenge in preventing relapse and impaired functioning of patients with schizophrenia. Existing sleep interventions in these patients target insomnia in individual therapy. The intervention relies heavily on psychoeducational measures of sleep and behavioral hygiene. No specific program is proposed for an overall treatment of group sleep disorders in patients with schizophrenia.

The objective of this work is the construction of a psychoeducation program on sleep disorders in schizophrenic patients based on current literature data and a preliminary study to demonstrate the feasibility of this program.

A psychoeducation program on sleep disorders, adapted on the form (7 sessions lasting 1 hour) and the content was built. A preliminary study applying the program was performed on a group of six patients. Repeated assessments measured sleep parameters and a satisfaction questionnaire was collected at the end of the program.

The results of the preliminary study suggest a good feasibility of the program. Three patients participated in almost the entire program and were satisfied. The therapists did not have difficulty delivering the program. The results of the qualitative analysis revealed certain characteristics specific to patients suffering from schizophrenia (defeatist beliefs, motivational deficits, apragmatism).

The development of this program should continue with a study of its efficacy in a blind randomized controlled trial.

**Key Words:** Sleep disturbances, Schizophrenia, Program, Psychoeducation, Preliminary Study

# **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
1. La schizophrénie. ....	17
2. Les troubles du sommeil. ....	19
2.1. Epidémiologie et Définition des troubles du sommeil. ....	19
2.2 Les troubles du sommeil en psychiatrie selon une approche transdiagnostique. ....	20
3. Les troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie. ....	23
3.1 Aspects cliniques. ....	23
3.2 Aspects électrophysiologiques. ....	23
3.3 Physiopathologie des troubles du sommeil. ....	24
3.4 Place et évolution des troubles du sommeil dans l'analyse clinique des patients. ....	25
3.5 Conséquences des troubles du sommeil.....	26
4. Prise en charge des troubles du sommeil.....	27
4.1 Généralités. ....	27
4.2 Prise en charge des troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie.	28
5. Problématique : Place de la psychoéducation pour une nouvelle prise en charge des troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie. ..	29
<b>MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>33</b>
1. Construction du programme de psychoéducation des troubles du sommeil.	33
1.1 Quel format pour ce programme de psychoéducation ? .....	34
➤ Intervention thérapeutique en groupe. ....	34
➤ Intervention adaptée aux déficits cognitifs des patients de façon globale. ....	36
➤ Intervention adaptée aux déficits motivationnels des patients souffrant de schizophrénie.....	39
➤ Intervention adaptée à un hôpital de jour ou centre médico-psychologique. ....	41
1.2 Contenu du programme de psychoéducation. ....	41
➤ Respect des caractéristiques d'un programme de psychoéducation. ....	42
➤ Approche Cognitive et Comportementale. ....	43
➤ Un premier contenu théorique de base : le programme de thérapie cognitive et comportementale sur l'insomnie de Charles Morin(72-75). ....	44

➤ Un deuxième contenu théorique de base : le protocole BEST « Better Sleep Trial » soit une intervention ciblant l’insomnie chez des patients ayant des idées délirantes persécutives et des hallucinations(44).....	50
➤ Un troisième contenu théorique de base: L’étude de Waite et al(78) identifiant douze facteurs clefs dans l’amélioration du sommeil du patient souffrant de psychose.	51
➤ Une cible spécifique chez le patient souffrant de schizophrénie : rythme circadien et chronobiologie.....	56
➤ Une cible expliquant les perturbations du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie : Facteurs psychologiques et Comportementaux(83).....	58
➤ Une cible clef dans la modification des comportements chez le patient souffrant de schizophrénie: les stratégies motivationnelles.....	59
1.3 Objectifs du programme construit. ....	60
1.4 Bilan clinique initial préalable à l’administration du programme. ....	61
1.5 Evaluation des effets du programme construit. ....	62
➤ Quels moyens pour évaluer les effets d’un programme psychoéducatif sur les troubles du sommeil ? .....	62
➤ Questionnaire de satisfaction de fin de programme.....	66
2. Méthodologie de l’étude préliminaire. ....	67
2.1 Participants et critère d’inclusion.....	67
2.2 Intervention.....	67
2.3 Critère de jugement. ....	68
2.4 Evaluations Cliniques. ....	68
2.5 Aspects éthiques. ....	69
2.6 Analyse de données. ....	69
<b>RESULTATS .....</b>	<b>70</b>
1. Programme de psychoéducation pour les patients souffrant de schizophrénie : guide du thérapeute.....	70
1.1 Déroulement d’une séance.....	71
➤ La revue de tâche. ....	71
➤ Programme de la séance- Questions posées aux patients. ....	72
➤ Le feedback.....	73
➤ La prescription de tâches. ....	73
1.2 Contenu des séances .....	74

❖ Séance 1 : Présentation du groupe – Objectifs, Agenda de sommeil et Journal de Thérapie.....	74
❖ Séance 2 : Généralités sur le sommeil – Introduction à l’Hygiène de Sommeil....	77
❖ Séance 3 : Hygiène de sommeil et Association lit –sommeil .....	80
❖ Séance 4: Le sommeil, c’est respecter un rythme.....	83
❖ Séance 5 : Inquiétudes autour du sommeil. ....	87
❖ Séance 6 : Interaction Sommeil et Voix. ....	90
❖ Séance 7 : Synthèse sur la thérapie .....	93
<b>2 . Etude préliminaire.....</b>	<b>95</b>
2.1 Caractéristiques des patients.....	95
2.2 Analyse qualitative patient par patient . ....	98
➤ Patient 1 : .....	98
➤ Patient 2 : .....	98
➤ Patient 3 : .....	101
➤ Patient 4 : .....	102
➤ Patient 5 : .....	104
➤ Patient 6 : .....	107
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>108</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>116</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>117</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>124</b>
1. Annexe 1 : Bilan d’évaluation du sommeil. ....	124
2. Annexe 2 : Agenda de sommeil.....	131
3. Annexe 3 : Fiche généralités sur le sommeil.....	132
4. Annexe 4 : Fiche Hygiène de Sommeil .....	134
5. Annexe 5 : Grille d’activités .....	136
6. Annexe 6 : Frise du Sommeil .....	137
7. Annexe 7 : Questionnaire de satisfaction .....	138
8. Annexe 8 : Remarques critères ICSD 3 Insomnie.....	142



# **INTRODUCTION**

## **1. La schizophrénie.**

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique chronique dont la prévalence approche un pour cent partout dans le monde. Concept historiquement proposé par Bleuler en 1908, elle se manifeste de diverses façons. Ce trouble se caractérise par des symptômes psychotiques ou positifs tels que les hallucinations (distorsion des perceptions), idées délirantes (réinterprétation de la réalité), désorganisation (pensée et comportement) et des symptômes déficitaires ou négatifs tels qu'une réduction de l'expression verbale et non verbale, une avolition, une altération des processus cognitifs qui permettent de suivre et planifier un plan d'action. Les symptômes négatifs comprennent aussi l'anhédonie, la difficulté à anticiper le plaisir, le retrait social et les troubles de l'attention. Les patients souffrant de ce trouble ont une réduction de leur fonctionnement dans le domaine des relations sociales, professionnelles et des soins personnels. Aucun symptôme n'est pathognomonique de cette maladie. Les différents signes cliniques décrits ci-dessus sont présents simultanément ou non, avec différentes intensités.

Le trouble se déclare généralement à la fin de l'adolescence par un premier épisode psychotique, mêlant distorsion de la réalité et désorganisation. La trajectoire de la maladie est dépendante de l'intervention précoce après un premier épisode de psychose, à la fois sur l'observance médicamenteuse aux neuroleptiques et sur la psychoéducation données aux patients, afin de comprendre la maladie et prévenir les rechutes.

Des facteurs environnementaux contribuent à augmenter le risque de développer une schizophrénie comme l'abus de cannabis, les naissances en hiver et au printemps, les infections prénatales et la famine durant la grossesse, les complications obstétriques et périnatales, le stress social, un âge parental élevé. La prévalence est plus élevée dans les classes sociales moins favorisées. Une incidence plus élevée est associée à l'urbanité et la migration.

La théorie explicative de l'origine de la maladie la plus retenue de nos jours est le modèle neurodéveloppemental. Il explique la survenue de troubles psychiatriques dans le cadre du développement normal du système nerveux « L'étiologie de la schizophrénie pourrait impliquer des processus pathologiques causés à la fois par des facteurs génétiques et environnementaux qui débuteraient avant que le cerveau n'atteigne sa maturité adulte. Les

anormalités neurodéveloppementales pourraient se développer pendant la grossesse déjà et activeraient plus tard chez le jeune adulte des circuits neuronaux pathologiques. Autrement, dit, les signes de la maladie apparaissent lorsque ces circuits neuronaux nerveux associés à ces signes parviennent à maturité »(1).

Le modèle du stress et de la vulnérabilité est le modèle pour expliquer l'apparition de la maladie et son évolution, par l'interaction complexe de facteurs psychobiologiques et comportementaux. Il montre que la vulnérabilité biologique pourrait être exacerbée par le stress et expliquer l'apparition de symptômes de la maladie. Ce modèle est intéressant dans le sens où il émet l'idée que l'individu malade peut être actif pour compenser une partie de sa vulnérabilité en réduisant l'impact des situations stressantes ou en augmentant ses compétences pour faire face au stress(2).

Le traitement de la schizophrénie s'inscrit dans un projet de soins global pour le patient visant la réhabilitation psychosociale. Il repose sur une prise en charge pharmacothérapeutique par l'intermédiaire de la prescription de neuroleptiques qui agissent sur les symptômes psychotiques et diminuent le risque de rechute. Il comprend aussi de la psychoéducation visant à développer chez le patient la capacité à connaître sa maladie et ses symptômes, afin de prescrire la posologie de neuroleptique la plus optimale et de prévenir les rechutes. Il cherche à diminuer les altérations du fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne. Il s'agit de réentraîner le patient au niveau comportemental « entraînement aux habiletés sociales » et cognitif « remédiation cognitive ». Des traitements psychologiques comme les thérapies cognitives et comportementales ciblant des dimensions spécifiques tels que le traitement des hallucinations peuvent aussi être prescrits.

La réhabilitation psychosociale va au-delà de la simple guérison des symptômes. Les interventions sont centrées sur les personnes et sur leur environnement. Elle s'appuie sur le concept de rétablissement soit « l'établissement d'une vie pleine et significative, d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination ».(3) Le programme de réhabilitation psychosociale du patient souffrant de schizophrénie donne un plan de soins et d'accompagnement dans lequel des outils peuvent intervenir : éducation thérapeutique, entraînement des habiletés psychosociales, mais aussi aide à la réinsertion socioprofessionnelle et à l'autonomie. Dans cette optique, la recherche autour de nouveaux outils participant à ce processus de réhabilitation est utile.

## **2. Les troubles du sommeil.**

### **2.1. Épidémiologie et Définition des troubles du sommeil.**

Les plaintes de sommeil dans la population générale sont de 30 à 50%. Les plaintes chez les patients souffrant de trouble psychiatrique sont encore plus importantes pouvant aller jusqu'à 65 à 100% chez des patients souffrant de dépression(4). Les troubles du sommeil sont variés et répondent à des critères précis selon les classifications utilisées. La classification internationale des pathologies du sommeil ICSD-3 regroupe six catégories : l'insomnie, les troubles respiratoires liés au sommeil, l'hypersomnie et narcolepsie, les troubles veille-sommeil liés au rythme circadien, les parasomnies et les mouvements anormaux liés au sommeil. Deux pathologies ont une prévalence plus fréquente : l'insomnie et le syndrome d'apnée du sommeil. Certains symptômes comme la somnolence ou les éveils confusionnels sont fréquents et passent inaperçus.

En population générale, l'épidémiologie de l'insomnie varie entre 20 et 30 % de la population adulte. On retrouve le même chiffre entre 20 et 40% dans une population de patients ayant des troubles mentaux. L'insomnie définit une difficulté à s'endormir, des réveils nocturnes avec difficulté pour se rendormir, un réveil matinal précoce le matin ou un sommeil non réparateur. L'une de ces manifestations doit être présente au moins trois fois par semaine, depuis au moins 3 mois avec des conséquences négatives sur la journée du lendemain.

L'épidémiologie du syndrome d'apnée du sommeil dans la population générale retrouve une prévalence de 10 % chez les femmes et de 15% chez les hommes(5). Chez les patients souffrant de pathologie psychiatrique, la prévalence du syndrome d'apnée du sommeil est variable suivant la pathologie. De plus en plus d'études s'intéressent à cette comorbidité qui pourrait avoir une influence sur la résistance aux traitements et la persistance de symptômes(6). Le syndrome d'apnée obstructif du sommeil est une pathologie respiratoire responsable d'apnées et d'hypopnées au cours de la nuit conduisant à une mauvaise qualité de sommeil avec une somnolence diurne excessive comme conséquence. Le diagnostic est clinique et se confirme par examen de polygraphie ventilatoire ou de polysomnographie.

La plainte de somnolence dans la population est entre 15 et 20 % chez les adultes et 15% chez les adolescents(7). Il n'existe pas de données épidémiologiques précises sur la somnolence en population de patients ayant des troubles mentaux sévères. La somnolence peut se définir

comme une lutte pour se maintenir éveillé dans des situations monotones. La première cause de somnolence est l'insuffisance de sommeil mais d'autres explications peuvent expliquer ce symptôme. C'est un symptôme fréquemment associé aux pathologies psychiatriques.

La prévalence des autres troubles du sommeil est plus rare. La narcolepsie a une prévalence estimée à 0,025% et les hypersomnies idiopathiques concernent moins de 0.1% des adultes. 15% de la population aurait déjà fait un épisode d'éveils confusionnels et 30% de la population aurait déjà eu un épisode de somnambulisme(8).

La majorité de ces études épidémiologiques reposent sur des questionnaires qui ne peuvent refléter complètement le sommeil objectivement vécu. Les mesures objectives concernant le sommeil sont réalisables par l'intermédiaire de la polysomnographie, examen de référence mais aussi par l'actimétrie associée à un agenda de sommeil. Des objets connectés évaluant l'activité-inactivité pourrait être utilisés sans donner toutefois des informations sur la qualité et la quantité de sommeil.

## **2.2 Les troubles du sommeil en psychiatrie selon une approche transdiagnostique.**

Les perturbations du sommeil et les pathologies psychiatriques coexistent souvent simultanément(9).

Ces perturbations prennent la forme d'insomnie, de somnolence, de besoin réduit de sommeil, de cauchemars, d'attaque de panique nocturne, de retard de phase. Elles peuvent s'exprimer aussi comme la conséquence de pathologie du sommeil tel que le syndrome d'apnée du sommeil ou le syndrome des jambes sans repos. Les perturbations du sommeil peuvent faire partie de critères diagnostiques pour des maladies psychiatriques comme l'épisode maniaque dans le cadre d'un trouble bipolaire par exemple(10).

Auparavant, les perturbations du sommeil étaient considérées comme secondaires à l'expression clinique de trouble psychiatrique en phase aiguë ou chronique. L'intérêt pour ces perturbations étaient faibles à la fois pour les patients et pour les soignants. Les recherches et les interventions thérapeutiques étaient concentrées principalement sur la pathologie psychiatrique.

Les liens entre troubles du sommeil et troubles psychiatriques sont plus complexes. Les perturbations du sommeil peuvent être consécutives à des troubles psychiatriques (cauchemars secondaires à la survenue d'un syndrome de stress post traumatique par exemple) mais les perturbations du sommeil peuvent favoriser la survenue de troubles psychiatriques (l'insomnie chronique augmente le risque de développer une dépression). Les perturbations du sommeil chez des patients souffrant de trouble psychiatrique ont montré leur impact sur le déroulement des troubles et le traitement. Il a aussi été démontré des effets sur le sommeil secondaire à la prise de traitement administré pour réduire la symptomatologie psychiatrique. Le traitement des perturbations du sommeil peut améliorer l'évolution des maladies psychiatriques particulièrement en réduisant le risque de rechute(11). Ces données ont changé la vision considérant les troubles du sommeil comme une conséquence de l'expression des pathologies psychiatriques. La relation envisagée aujourd'hui est bidirectionnelle.

Plusieurs arguments vont dans le sens d'une considération plus importante à donner aux troubles du sommeil chez les patients souffrant de pathologies psychiatriques. Il a été montré que le sommeil interagit avec la qualité de vie et ce même sans avoir de pathologie psychiatrique(12). L'altération du sommeil a des conséquences sur le fonctionnement d'un individu et constitue une source de handicap d'autant plus que si l'individu a une comorbidité psychiatrique(13). Le sommeil influence la régulation de l'humeur comme démontré dans les étude de privation de sommeil(14). Il agit aussi sur le fonctionnement cognitif(15). Le sommeil agit sur des dimensions qui sont prépondérantes dans l'expression des troubles psychiatriques. Un cercle vicieux bidirectionnel est envisageable : les perturbations du sommeil favorisent et précipitent l'expression symptomatique des troubles psychiatriques qui à leur tour influencent et maintiennent les perturbations du sommeil. Dans cette optique, envisager des interventions traitant les perturbations du sommeil pourrait améliorer la symptomatologie liée aux troubles psychiatriques.

Le développement d'une approche transdiagnostique des troubles du sommeil pour patients souffrant de trouble psychiatrique a été construite. Selon Harvey « l'approche transdiagnostique implique d'identifier, d'étudier et de proposer des traitements aux processus « transdiagnostiques » impliqués dans les pathologies psychiatriques »(16).

Les perturbations du sommeil sont proposées comme processus transdiagnostique du fait d'un fort taux de co-occurrence avec les pathologies psychiatriques et du fait de leur impact

sur la symptomatologie psychiatrique et le fonctionnement des patients. Trois arguments sont en faveur de cette approche. Le premier argument est le fort taux de comorbidité pour les maladies en général, pouvant alors mettre en perspective des mécanismes communs. Le deuxième est que si un traitement est proposé dans le cadre de cette approche et qu'il est testé sur une pathologie psychiatrique, il pourra être appliqué plus rapidement à d'autres pathologies. Enfin si une intervention est construite, elle reposera sur des composants qui seront applicables sur un large éventail de pathologies.

Au regard des données épidémiologiques décrites ci-dessus et de la relation entre les troubles du sommeil et les pathologies psychiatriques, le développement de traitement des troubles du sommeil dans une approche transdiagnostique a un enjeu de santé publique à la fois dans l'amélioration de la qualité de vie et du fonctionnement des individus, mais aussi dans l'amélioration de la symptomatologie psychiatrique. La construction d'intervention transdiagnostique sur les troubles du sommeil pourrait alors se généraliser à un ensemble de pathologies psychiatriques, touchant un plus grand nombre de patients.

Dans cette perspective, Harvey et al propose un protocole comportant un module de formulation et bilan de la plainte de sommeil, un module d'éducation thérapeutique et d'entretien motivationnel sur le sommeil, un module de régularisation du rythme circadien, un module d'amélioration du fonctionnement au quotidien. Des modules optionnels pourraient être ajoutés en fonction des plaintes spécifiques des patients (modules spécifiques aux cauchemars ou à l'hypersomnie ou l'insomnie par exemple)(17)

### **3. Les troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie.**

Chez les patients souffrant de schizophrénie, 30 à 70% ont des troubles du sommeil(18). Ce pourcentage augmente lors des phases de décompensation aiguë(19). Les recherches sur le sommeil chez les patients souffrant de schizophrénie sont principalement descriptives.

#### **3.1 Aspects cliniques.**

Les troubles du sommeil du patient souffrant de schizophrénie dépendent de la forme de la maladie, de sa phase évolutive, des syndromes associés (anxiété, dépression), de la prise d'un traitement psychotrope et de son impact sur la vigilance.

Il est fréquent de retrouver un retard à l'endormissement, des réveils nocturnes, des besoins importants de sommeil entraînant réveils tardifs et siestes fréquentes et une efficacité de sommeil diminuée avec tendance à la somnolence diurne(20). Ces patients sont souvent actifs la nuit, avec un profil veille-sommeil irrégulier, une fragmentation du sommeil comprenant réveils et cauchemars fréquents et une asthénie matinale(21,22). Des perturbations du rythme veille-sommeil sont présentes et se manifestent par une tendance à des couchers et des réveils tardifs, une activité diurne décalée dans le temps, une irrégularité des cycles veille-sommeil et une désynchronisation entre le rythme veille-sommeil et les facteurs environnementaux. Il peut aussi exister des retards et des avances de phase de sommeil, des patterns activités/repos désorganisés et une période en libre cours allongée. Les patients souffrant de schizophrénie ont une fréquence plus importante d'apnées du sommeil en lien entre autre avec la prise de poids secondaire au traitement antipsychotique amenant à un stade d'obésité, mais aussi le tabac et la consommation d'alcool, ainsi que la sédentarité. Ce syndrome d'apnées obstructives du sommeil(SAOS) se retrouverait chez 25 à 50% des patients(23). Le syndrome des jambes sans repos est aussi fréquent et peut être secondaire à la prise de neuroleptiques.

#### **3.2 Aspects électrophysiologiques.**

Le sommeil des patients souffrant de schizophrénie a été étudié en polysomnographie. Une méta analyse des études polysomnographiques(22) (321 patients versus 331 contrôles sains) a montré une augmentation du temps de latence d'endormissement, une diminution du temps total de sommeil, une augmentation des réveils après endormissement et une baisse de

l'efficiencia du sommeil. L'initiation et la continuité du sommeil sont perturbés, et ce d'autant plus lors des périodes de décompensation aigue(24). Certaines études(25) retrouvent une diminution de la quantité de sommeil lent profond soit le stade 3 de sommeil survenant avant le sommeil paradoxal, une diminution de l'amplitude des ondes lentes caractéristiques de ce sommeil lent profond et un temps de latence diminué avant la première période de sommeil paradoxal. Néanmoins, ces anomalies de l'architecture du sommeil ne sont pas systématiquement rapportées(20). Par ailleurs, il a été observé aussi une diminution importante des fuseaux ou « spindles » soit des ondes cérébrales au rythme rapide sur l'EEG générées par le thalamus, caractéristique du sommeil lent léger (stade 2 )(26).

### **3.3 Physiopathologie des troubles du sommeil.**

Les troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie sont au moins en partie intrinsèques à la maladie. Ils ont été décrits chez des patients naïfs de tout traitement(27). Il existe des altérations des systèmes de neurotransmission dopaminergiques, cholinergiques, gabaergiques et glutamatergiques, à la fois dans les troubles de régulation du sommeil et des rythmes circadiens et dans la physiopathologie des troubles schizophréniques(28).

Les troubles du sommeil sont aussi influencés par des facteurs internes et environnementaux. La schizophrénie peut être associée à des troubles dépressifs ou anxieux, à des pathologies somatiques, à des conduites addictives venant perturber le sommeil. Les facteurs psychologiques interviennent. Les inquiétudes, les pensées intrusives ou négatives, les ruminations, les hallucinations acoustico-verbales, les traumatismes passés pourvoyeurs de cauchemars et les attentes négatives autour du sommeil participent aussi aux perturbations du sommeil. La dimension clinique déficitaire, pourvoyeuse d'un manque de motivation, entraîne des comportements de style de vie sédentaire, de rythme veille-sommeil irrégulier, de régime alimentaire mal équilibré ayant pour conséquence une altération de la qualité de vie et du sommeil(29). Les patients souffrant de schizophrénie ont un manque de régulateurs environnementaux dits « zeitgebers » indispensable au bon fonctionnement du rythme veille-sommeil. Il s'agit principalement de l'exposition lumineuse, des activités socio-professionnelles. Les psychotropes constituent aussi des facteurs pouvant perturber le sommeil. La prise de neuroleptique peut également induire de l'obésité qui contribue au syndrome d'apnée du sommeil(8).



### **3.4 Place et évolution des troubles du sommeil dans l'analyse clinique des patients.**

Les troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie sont négligés. Plusieurs raisons l'expliquent : l'absence de plainte des patients du fait d'un faible insight, l'effet secondaire sédatif des neuroleptiques améliorant le sommeil(11), la prescription d'hypnotiques ou de sédatifs réduisant les troubles, la focalisation sur les symptomatologies positives et négatives. Pourtant, l'impact clinique est considérable au vu des données décrites ci-dessus.

La trajectoire des troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie débute précocement dans la survenue de la maladie comme le montre les études rétrospectives(30). Les troubles du sommeil sont aussi fréquents chez les sujets dits à haut risque de psychose(31). Les troubles du sommeil précèdent les épisodes de rechute(21).

La présence de troubles du sommeil serait en lien avec le type de symptomatologie clinique selon certains auteurs. Dans l'étude d'Afonso et al(32), les patients avec une symptomatologie positive plus marquée avaient plus de troubles du sommeil en comparaison à des patients ayant des symptômes négatifs plus sévères. Une durée et une efficacité de sommeil amoindries prédiraient le risque d'aggravation de la symptomatologie positive après arrêt du traitement(21).

Les troubles de sommeil en phase aiguë comprennent des difficultés d'endormissement ainsi que des éveils nocturnes accompagnés d'anxiété(33). Ces troubles peuvent induire une somnolence diurne qui alors perturbe le rythme veille-sommeil. Les plaintes de sommeil en phase chronique sont moins fréquentes mais la plainte d'insomnie même chez des patients stabilisés n'est pas rare.

Il existerait des liens entre le type de symptomatologie clinique dominante et les altérations de l'architecture du sommeil. La sévérité globale de la schizophrénie serait corrélée à une plus grande altération de la qualité du sommeil paradoxal : pourcentage plus important, moindre densité et latence de survenue plus courte. Les symptômes négatifs seraient plus associés aux anomalies du sommeil lent(18).

### **3.5 Conséquences des troubles du sommeil.**

Les perturbations du sommeil altèrent la qualité de vie. Dans l'étude de Ritsner(34), les patients ayant une insomnie avaient des scores plus faibles dans tous les domaines évaluant la qualité de vie, indépendamment de l'existence d'une dépression ou des effets indésirables des traitements.

Le sommeil joue un rôle dans l'apprentissage et la mémorisation. Les patients souffrant de schizophrénie ont des troubles cognitifs. Le niveau de performance cognitive des patients est impacté par la qualité et la quantité de sommeil. L'étude de Yang(35) a montré une association entre niveau de performance cognitive et densité du sommeil paradoxal. L'étude de Wamsley et al(36) suggère que la réduction du nombre et de la densité des fuseaux ou « spindle » serait associée à une moins bonne performance sur un exercice fait la veille, ce qui indiquerait une altération dans les processus de consolidation mnésique. D'autres études(37) ont montré un lien entre altération de la qualité de la microarchitecture du sommeil et perturbation du fonctionnement exécutif.

Les données actuelles montrent un lien évident entre perturbations du sommeil et sévérité des symptômes psychotiques comme les hallucinations acoustico-verbales et les idées de persécution(38). L'insomnie est associée chez les patients souffrant de schizophrénie aux idées délirantes persécutives et favorise la rechute chez des patients stabilisés ou le maintien d'une symptomatologie positive(39). L'association entre courte durée de sommeil et augmentation du niveau de paranoïa et hallucinations le jour suivant, induit une correspondance directe entre courte durée de sommeil et sévérité des symptômes le lendemain(20).

## **4. Prise en charge des troubles du sommeil**

### **4.1 Généralités.**

La prise en charge des troubles du sommeil constitue une cause curable de comorbidité psychiatrique. Le sommeil est un système ouvert, sensible aux interventions pouvant produire un effet sur la qualité de vie(40). Les interventions sur le sommeil permettent généralement une résolution significative et rapide des symptômes en lien avec les perturbations du sommeil. La réversibilité des troubles du sommeil a été démontrée à travers les expériences de privation de sommeil, pourvoyeuses d'hallucinations qui cèdent lorsque le sommeil est retrouvé.

Chez les patients souffrant de dépression et d'anxiété, les prises en charge ciblées sur l'insomnie améliore la qualité de sommeil et la qualité de vie tout en diminuant les symptômes dépressifs et le stress(41). Chez les patients souffrant de trouble bipolaire, des stratégies de régularisation des horaires de coucher et de lever et de restriction du temps passé au lit, basé sur le programme de thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie, ont montré leur efficacité. Ces stratégies devaient respecter une durée minimum de sommeil afin de ne pas créer une insuffisance de sommeil responsable de variation d'humeur(42).

Certains troubles du sommeil sont curables par des interventions spécifiques comme dans le syndrome d'apnée obstructive du sommeil avec le choix entre orthèse mandibulaire, traitement positionnel ou pression aérienne positive continue. Il existe aussi des prises en charge spécifiques concernant les troubles du rythme veille-sommeil associant mesures comportementales, exposition à la lumière et mélatonine.

Les traitements centrés sur le sommeil ont été associés à une diminution des durées d'hospitalisation et ont des effets bénéfiques sur la santé, la cognition, le pessimisme, la capacité d'adaptation, la fatigue et le bien-être.

Le traitement de référence de l'insomnie est la thérapie cognitive et comportementale. Il n'existe pas de traitement spécifique pour lutter contre la somnolence diurne excessive lorsqu'elle s'intègre dans une pathologie psychiatrique. Il convient d'abord de faire un bilan étiologique de somnolence diurne excessive par un interrogatoire précis et un agenda de sommeil. Le premier diagnostic à éliminer est l'insuffisance de sommeil.

#### **4.2 Prise en charge des troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie.**

Il n'existe pas de prise en charge spécifique aux troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie. On peut distinguer d'une part, le traitement du syndrome d'apnée du sommeil qui est fréquent chez le patient souffrant de schizophrénie. D'autre part, il existe des interventions communément utilisées pour réguler le cycle veille-sommeil et améliorer l'insomnie. Elles incluent la pharmacothérapie, la prescription de mélatonine et des interventions cognitives et comportementales spécifiques.

Concernant la pharmacothérapie, il s'agit de l'utilisation d'antipsychotiques et/ou d'hypnotiques afin de réduire l'insomnie. Les hypnotiques sont censés gérer la phase aigüe d'une insomnie et ne pas dépasser une certaine durée de prescription. Il n'existe pas d'étude contrôlée des traitements hypnotiques benzodiazépiniques dans la schizophrénie. Les antipsychotiques par leur propriété inhibitrice sur la transmission dopaminergique, pourraient réguler l'éveil. La plupart des antipsychotiques de première et seconde génération améliorent la qualité du sommeil, augmente le temps total de sommeil et les réveils après endormissement(43). Leur effet sur l'architecture du sommeil est plus controversé. Une grande partie des patients continuent à avoir des troubles du sommeil malgré un traitement bien conduit(20).

La luminothérapie pourrait avoir des effets efficaces mais cela a été prouvé sur des études de faible puissance. La mélatonine a été étudiée dans trois études contrôlées randomisées contre placebo et a montré une amélioration de la qualité de sommeil au niveau objectif et subjectif. Elle serait efficace sur l'induction du sommeil du fait de sa demi-vie courte, mais l'effet sur le maintien du sommeil serait plus controversé.

Des interventions ciblées psychothérapeutiques ont néanmoins été récemment proposées. L'étude de Myers et al(38) est une étude ouverte de type cognitivo-comportementale proposant une intervention en 4 séances associant psychoéducation, recommandations sur l'hygiène de sommeil et intervention de contrôle des stimuli (renforcer l'association lit-sommeil). Elle montrait une amélioration de la qualité du sommeil et une diminution des idées persécutives, de l'anxiété et de la dépression chez des patients souffrant de trouble délirant persécutif (10 sur 15 avaient un diagnostic de schizophrénie). L'étude de Freeman et al(44) sur les mêmes critères de sélection montrait la faisabilité d'un programme utilisant une base de la thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie en intervention individuelle en

8 séances sur 12 semaines . Les résultats étaient prometteurs sur l'amélioration du sommeil par diminution de l'insomnie et des idées délirantes persécutives, mais restaient à être reproduits sur un échantillon plus important. Une étude récente(45) questionnait les patients sur leur préférence de traitement et leurs préoccupations. Les perturbations du sommeil en faisaient parties et les patients préféraient avoir un traitement psychologique.

## **5. Problématique : Place de la psychoéducation pour une nouvelle prise en charge des troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie.**

Au vu de l'importance des troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie, et en considérant les prises en charge déjà élaborées sur ce sujet, se pose la question de proposer une prise en charge spécifique des troubles du sommeil dans une perspective d'amélioration du sommeil, de la qualité de vie et des symptômes cliniques des patients. Un programme spécifique d'intervention sur les troubles du sommeil chez les patients souffrant de schizophrénie s'inscrit dans un contexte plus large des programmes de psychoéducation existant actuellement.

La psychoéducation peut être définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique, et à promouvoir les capacités pour y faire face(46). Les interventions de psychoéducation sont diverses et peuvent être pratiquées par des professionnels de différentes disciplines. La pratique groupale est privilégiée car elle permet un partage d'expérience et l'établissement de lien entre les participants. Il ne s'agit pas simplement d'une transmission d'informations mais plutôt d'une méthode pédagogique adaptée aux troubles, avec des objectifs thérapeutiques qui visent des aspects psychologiques, une modification des attitudes et comportements, et une augmentation du soutien social(47). Les méthodes d'enseignement favorisent l'échange avec et entre les participants ainsi que la mise en pratique par des exercices ou des jeux de rôle. L'approche n'est pas centrée sur le sujet malade comme c'est le cas habituellement dans une psychothérapie. Un programme de psychoéducation classique

comprend des éléments sur l'évolution naturelle des troubles, les traitements à disposition, la gestion des crises, la mise en place de limites pour les proches et la recherche de soutien social dans la communauté.

Historiquement, le terme de psychoéducation dans son sens actuel est utilisé à partir des années 1980 pour désigner un partage d'information avec la famille et la reconnaissance d'un trouble psychiatrique, « la schizophrénie », en opposition aux thérapies familiales systémiques qui considéraient la schizophrénie comme un dysfonctionnement familial. L'approche de psychoéducation a évolué au-delà même du diagnostic de schizophrénie, puisqu'ont été élaborés des programmes pour patient souffrant de trouble bipolaire, de trouble de personnalité borderline, d'état de stress post traumatique. Depuis les années 2000, la psychoéducation s'intègre dans les programmes de réhabilitation psychosociale du patient souffrant de schizophrénie afin de d'obtenir le rétablissement. Cette démarche de réhabilitation psychosociale se fait dans le but d'autonomiser le patient et d'améliorer sa qualité de vie. Le mouvement a été lancé dans les années 1980. Il a compris initialement des modules d'entraînements aux habiletés sociales établis par Libermann ainsi que des modules de thérapie cognitive et comportementale. Il s'est enrichi ces dernières années des modules de remédiation cognitive et d'approches psychoéducatives pour les patients et pour leur famille. Les modules de psychoéducation existants en langue française comprennent l'éducation au traitement neuroleptique, la gestion des symptômes, le travail et la recherche d'emploi, les loisirs et un programme spécifique pour la famille et proches de patient souffrant de schizophrénie. Ces programmes ont montré leur efficacité dans des études validées(48). Pour les programmes de psychoéducation centrés sur les patients, il a été démontré que des programmes brefs peuvent avoir des effets à long terme sur le taux de rechute et le taux de réhospitalisation. Les connaissances sur la maladie et les traitements semblent mieux acquises et l'alliance thérapeutique renforcée(49,50).

Le développement de programme de psychoéducation s'inscrit aussi de pair avec la loi HSPT 2009 qui préconise l'éducation thérapeutique comme une obligation pour la prise en charge de pathologies chroniques. L'éducation thérapeutique comprend toujours quatre étapes :

- L'élaboration d'un diagnostic éducatif
- La définition d'un contrat éducatif

- La planification et la mise en œuvre des séances d'éducation thérapeutique individuelle ou collective
- La réalisation d'une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme

L'éducation thérapeutique et la psychoéducation partagent des points communs tels la nécessité d'une formation spécifique pour la délivrer, l'inclusion dans le processus de soin, la volonté de s'adresser au patient et à son entourage. Il existe des différences comme le fait que l'éducation thérapeutique est donnée par une équipe multidisciplinaire alors que la psychoéducation est administrée par des psychiatres, des psychologues et des infirmiers. Le processus d'analyse dans l'éducation thérapeutique repose sur un diagnostic éducatif alors qu'il est absent dans la psychoéducation (bien que l'on puisse utiliser l'analyse fonctionnelle des thérapies cognitives et comportementales pour cibler les problèmes rencontrés par les patients). Le projet est thérapeutique dans la psychoéducation alors qu'il est éducatif et thérapeutique dans l'éducation thérapeutique. La délivrance d'un programme psychoéducatif est en setting groupal et l'évaluation finale donne lieu à une fin de prise en charge, que les objectifs soient atteints ou pas, alors que les séances d'éducation thérapeutique sont en setting individuel ou groupal et donnent lieu à un suivi au long cours. Les programmes d'éducation thérapeutique en santé mentale représentent 2 % des programmes d'éducation thérapeutique, ce qui est faible au vu de la prévalence des pathologies psychiatriques chroniques.

Les programmes psychoéducatifs se délivrent en groupe. Les avantages d'une thérapie de groupe sont la possibilité d'un contexte d'appartenance à des pairs, souvent de même âge, la lutte contre l'isolement social et le partage d'expériences similaires. Le groupe est un processus normalisant qui permet le partage de stratégies d'adaptation et de gestion du stress entre pairs. Plusieurs thérapies de groupe ont été élaborées pour les patients souffrant de schizophrénie. Ces thérapies de groupe sont issues des programmes de psychoéducation de Liberman et des programmes de thérapie cognitive et comportementale de la psychose. Il existe trois approches de la thérapie en groupe des psychoses :

- l'approche psychoéducative
- l'approche structurée « manuel based therapies »
- l'approche non structurée « dynamique de groupe »

Ces trois approches peuvent être intégrées ensemble dans une même thérapie en fonction des différentes séances. Plusieurs programmes de thérapie en groupe existent : les groupes psychoéducatifs, les groupes famille, les groupes de thérapie sur l'estime de soi « je suis super », les groupes sur la gestion du stress, les groupes de thérapie cognitive et comportementale sur les hallucinations, les groupes de thérapies cognitives et comportementales après un premier épisode de psychose, les groupes IPT (Integrated Personal Therapy).

L'abord psychoéducatif dans le traitement des troubles du sommeil est présent. Le traitement de base repose sur de la psychoéducation associée à des méthodes de relaxation, des mesures d'hygiène de sommeil et à l'ajout de mesures comportementales telle que la restriction du temps passé au lit ou les techniques de contrôle du stimulus(8). Des programmes spécifiques existent pour traiter l'insomnie et ont été validés comme la référence. Les interventions déjà construites sur le sommeil chez les patients souffrant de schizophrénie reprennent certains des composants de ce programme. Néanmoins, ils sont centrés sur l'insomnie et n'abordent pas les autres perturbations du sommeil.

La perspective de construire un programme de psychoéducation sur les troubles du sommeil en groupe en langue française pouvant être administré en hôpital de jour s'appuie sur deux approches complémentaires. D'un côté, l'approche transdiagnostique situant les troubles du sommeil comme un facteur déterminant un ensemble de conséquences sur le fonctionnement du patient. De l'autre, une approche plus dimensionnelle ciblant les troubles du sommeil comme des symptômes à part entière de la schizophrénie et proposant une prise en charge spécifique sur cette dimension.

D'autres programmes s'inscrivent actuellement dans cette approche dimensionnelle, en particulier le programme PEPS(51) qui cible l'anhédonie et l'amélioration de la motivation chez les patients souffrant de schizophrénie.

L'objectif de ce travail de thèse est d'une part de construire un programme psychoéducatif spécifique sur les troubles du sommeil chez les patients souffrant de schizophrénie, à partir des données actuelles de la littérature, et d'autre part de montrer la faisabilité de ce programme à travers la réalisation d'une étude préliminaire.



## **MATERIELS ET METHODES**

### **1. Construction du programme de psychoéducation des troubles du sommeil.**

L'objectif est de construire un programme de psychoéducation en ayant une approche cognitive et comportementale sur les troubles du sommeil pour des patients souffrant de schizophrénie. Le programme se doit d'être adapté le plus possible à ces patients, à la fois dans sa forme et dans son contenu.

Dans sa forme, il s'agit de réfléchir à comment optimiser l'administration d'un programme thérapeutique chez un patient souffrant de schizophrénie en intervention groupale. Il faudra considérer les caractéristiques d'une intervention en groupe, les difficultés cognitives des patients, les déficits motivationnels, afin de proposer un format adapté à une délivrance en hôpital de jour ou centre de consultation médico-psychologique.

Dans son contenu, le programme doit respecter les principes d'un programme de psychoéducation, avec pour finalité un changement de comportements et de croyances autour des perturbations du sommeil afin d'obtenir son amélioration.

S'inspirant d'une approche transdiagnostique sur les troubles du sommeil, il s'agit d'identifier les plaintes de sommeil des patients et de proposer une prise en charge répondant à ces plaintes en intégrant les spécificités secondaires à leur maladie psychiatrique chronique à la fois sur le plan du sommeil et sur leurs caractéristiques propres.

Dans cette optique, nous détaillerons quatre axes :

- La construction du programme sur la forme
- La construction du programme sur le fond /contenu
- Les objectifs du programme
- L'évaluation du programme

## **1.1 Quel format pour ce programme de psychoéducation ?**

### **➤ Intervention thérapeutique en groupe.**

Le programme est conçu pour un groupe. La pratique d'une thérapie en groupe repose sur certaines caractéristiques d'après Gay et al(52) :

- Confidentialité : le groupe reste anonyme. Certains responsables font signer une sorte de clause de confidentialité, d'autres animateurs préfèrent approcher cette règle sur un mode de confiance réciproque, basée sur « la parole donnée ».
- Régularité : cette approche est progressive et se déroule étape par étape. Il est préférable de s'inscrire dans la continuité. Les informations sont diffusées selon un schéma précis, avec une suite logique.
- Respect mutuel : chaque personne, qui fait partie du groupe, a sa propre histoire, ses fragilités. Si l'humour est utilisé comme soupape de détente et moteur des séances, il ne doit pas être utilisé aux dépens des participants.
- Participation active qui permet un meilleur apprentissage et une meilleure dynamique de groupe. Une force émane du groupe, avec la construction d'une stratégie qui repose sur la mutualisation des engagements et de l'expérience de chacun.
- Interactivité : chaque membre du groupe intervient dans la mesure de ses possibilités. Rien ne se fait en force ni n'est obligatoire. Ceci permet d'obtenir une fluidité et une harmonie en réduisant au maximum les contraintes. Il n'est pas fait de différence entre soignants, personnes touchées par le trouble ou membre de l'entourage. C'est ce qui permet à chacun de s'exprimer, en évitant d'aborder son histoire personnelle. Il ne s'agit pas d'un groupe de parole.
- Modelage : reconnaissance chez l'autre des erreurs ainsi que des conduites adaptées et positives. Il est plus facile de constater un dysfonctionnement qui vient de l'extérieur. De même il est possible de pouvoir s'approprier des moyens de protection lorsque ceux-ci ont fait la preuve de leur efficacité.
- Entraide et cohésion, mise en confiance, compréhension, empathie. Un élan humain se dégage du groupe. Des relations amicales se créent au fur et à mesure des séances.

- Unité du groupe : le groupe ne fait qu'un. Chacun s'implique en fonction de ses moyens.
- Mise sur de bons rails : le fait de pouvoir bénéficier d'un accompagnement hebdomadaire, permet de s'inscrire dans la continuité et la régularité, et d'avoir le sentiment d'une réelle assistance.

Des auteurs tel que Mirabel-Sarron(53), préconisent un style directif d'entretien qui est influencé par trois types de rôle que le thérapeute doit assumer :

- Premièrement, le thérapeute se centre sur la progression du groupe c'est-à-dire qu'il informe sur les mécanismes psychologiques mis en jeu, définit les objectifs, décompose les tâches à accomplir, développe les moyens pour y parvenir.
- Deuxièmement, il se centre sur le maintien de la motivation des participants. Son rôle est de stimuler, de soutenir, de faciliter la communication et de clarifier des propos.
- Troisièmement, le thérapeute se centre sur les objectifs individuels des membres du groupe et cherche les moyens thérapeutiques pour y donner une réponse.

Le thérapeute de groupe a ainsi des fonctions spécifiques au sein du groupe. Le contexte de l'intégration d'une thérapie de groupe dans les soins du patient souffrant de schizophrénie est important. Il s'agit d'une offre de soins spécialisés ayant sa place dans une structure de type hôpital de jour ou Centre Médico-Psychologique, identifié par les patients comme un lieu de soins spécifiques. Cette structure doit fournir des ressources professionnelles qualifiées et disponibles. Le programme doit être bien intégré comme une offre de soins à part entière parmi les soins proposés et préconisés et avoir l'appui des instances décisionnelles de la structure où il est implanté.

Les thérapies de groupe chez les patients souffrant de schizophrénie sont animées en co-thérapie avec une stabilité des thérapeutes durant le groupe. Il faut essayer d'homogénéiser le groupe en fonction de l'âge et des performances cognitives. Le travail comprend toujours une part de psychoéducation ainsi que l'approche des différentes dimensions dont souffre le patient.

Les avantages d'une co-thérapie ont été documentés pour les groupes de patients souffrant de schizophrénie. Elles permettent un meilleur contrôle des manifestations d'agressivité et de désorganisation, un partage des rôles entre un thérapeute qui anime le groupe et l'autre qui

observe et stimule les participants. La mixité dans le tandem d'animation permettrait de fournir une image parentale, témoin d'une garantie de stabilité et stabilité(54).

Les thérapies de groupe peuvent se pratiquer en groupe fermé (une fois que le groupe est constitué et démarre, aucun autre participant ne peut y rentrer) ou en groupe ouvert.

Les avantages de la pratique de groupe chez des patients souffrant de schizophrénie offre un contexte d'appartenance à des pairs ainsi qu'une rupture dans l'isolement social. Le groupe offre la possibilité d'un partage d'expériences similaires et permet ainsi de normaliser certains aspects, ce qui est une méthode psychothérapeutique importante. Les patients peuvent évoquer des stratégies d'adaptation entre eux qui auront un impact plus important parfois que ce que dit le thérapeute(55). Des études de Thérapie Cognitive et Comportementale de groupe ont mis en avant des améliorations de l'estime de soi et une réduction des effets négatifs liés aux voix(56).

*Au vu des données de la littérature, nous retenons pour notre programme les intérêts bénéfiques de la thérapie de groupe chez le patient souffrant de schizophrénie et les rôles que le thérapeute doit assumer pendant le programme, notamment l'aide motivationnelle. La co-thérapie sera privilégiée. La pratique d'un groupe fermé semble adaptée.*

➤ **Intervention adaptée aux déficits cognitifs des patients de façon globale.**

80% des patients souffrant de schizophrénie ont des troubles cognitifs(57). Ces symptômes sont stables dans le temps(58). Les fonctions atteintes concernent des troubles de la mémoire (verbale et de travail), des troubles de l'attention (soutenue et sélective) et des troubles des fonctions exécutives (résolution de problèmes, planification, organisation et capacité à changer de stratégie). Les répercussions concernent l'atteinte des capacités fonctionnelles du patient tant dans les relations sociales que pour leur insertion professionnelle et leur activité de vie quotidienne. Ces patients ont une grande hétérogénéité de profil(59).

Concernant la mémoire, les patients atteints de schizophrénie ont souvent une altération de la mémoire explicite et de la mémoire de travail. La conséquence se traduit par des oublis dans

les tâches de la vie quotidienne, des difficultés à se rappeler ce que les autres disent, des difficultés à suivre une conversation.

Concernant l'attention, les patients peuvent avoir une atteinte de l'attention sélective et de l'attention soutenue. L'attention sélective permet de centrer les mécanismes de perception sur un stimulus particulier et de traiter activement cette information en négligeant les stimuli non pertinents. L'attention soutenue est la capacité de maintenir une performance sur une longue période de temps qui dépend du maintien de la vigilance. Les conséquences de troubles attentionnels se traduisent par une augmentation du temps de réponse et du temps de réaction.

Concernant les fonctions exécutives, il s'agit d'un ensemble de processus dont la fonction première est de faciliter l'adaptation du sujet à des situations nouvelles ou complexes. Le patient souffrant de schizophrénie pourra avoir des difficultés à planifier, organiser des séquences d'action.

Concernant la cognition sociale, elle se définit comme « la capacité à comprendre autrui et soi-même dans un monde social ». Les patients souffrant de schizophrénie ont une altération de la théorie de l'esprit, de la compréhension et perception émotionnelle ainsi qu'une perturbation de la perception et des connaissances sociales.

Concernant la métacognition, elle se définit comme la connaissance réflexive qu'une personne peut avoir de ses propres processus cognitifs et du produit de ses processus, mais qui se rapporte aux fonctions de régulation (processus de contrôle et de surveillance) qui coordonnent la cognition. On décrit chez les patients souffrant de schizophrénie des biais cognitifs comme les biais d'attribution (le patient attribue ce qui lui arrive aux autres), les sauts en conclusion (les patients ont moins besoin d'informations pour parvenir à une conclusion ferme et définitive), les biais vis-à-vis des preuves infirmantes (la difficulté à prendre en compte les preuves contraires) ou la confiance accrue par rapport aux faux souvenirs.

Ces troubles cognitifs sont objectivables cliniquement et par la réalisation d'un bilan neuropsychologique. Il comprend une batterie de tests standardisés et spécifiques qui permettent d'évaluer les fonctions cognitives du patient par rapport à une moyenne.

Une équipe française(60) propose à ce titre de proposer un bilan neuropsychologique avant toute prise en charge en psychothérapie cognitive et comportementale, pour adapter les exercices aux points forts et aux points faibles du patient. Des prises en charge spécifiques

tels que la remédiation cognitive existent pour traiter ces troubles cognitifs. La remédiation cognitive est une nouvelle forme de traitement, neuro-rééducative, destinée à agir sur les processus attentionnels, mnésiques, langagiers et exécutifs par l'intermédiaire d'exercices spécifiques.

Il paraît indispensable d'être conscient de ces données afin de construire des programmes psychothérapeutiques au plus près des capacités des patients. Les thérapies psychosociales proposées pour les patients souffrants de schizophrénie ne prennent pas forcément en compte ces prérogatives ou du moins s'y adaptent de façon arbitraire.

Au vu de ces troubles cognitifs, pour la construction de ce programme, des questions se posent afin de s'adapter au mieux aux capacités et difficultés des patients :

- Quelles quantités d'informations peuvent recevoir les patients ?
- A quelle vitesse doit-on transmettre ces informations ?
- Quelle est la durée des séances optimales pour ces patients ?
- Quelle stratégie pour maintenir l'attention ?
- Quelle stratégie pour renforcer la mise en application des exercices demandés ?
- Quelle stratégie pour augmenter les capacités d'organisation de l'individu ?
- Quelle stratégie pour augmenter la conscience de ses propres comportements ?

*Au vu des données de la littérature, des stratégies doivent être mise en place pour prendre en compte les troubles cognitifs des patients. Les patients ayant eu des soins en remédiation cognitive devront être priorisés sans que cela ne soit une condition nécessaire. En l'absence de données de la littérature précise sur l'intégration des troubles cognitifs pour la délivrance d'une intervention thérapeutique en groupe, de façon pragmatique, les thérapeutes devront simplifier leur message et limiter la quantité d'informations. Le programme comportera des séances d'une durée d'une heure afin de favoriser une attention soutenue pendant les séances. Les thérapeutes devront répéter, reformuler, réactiver les informations données pendant les séances afin de lutter contre les troubles de mémorisation. Des silences brefs pourront être utilisés afin de laisser le temps aux patients d'intégrer les informations fournies. De plus, il est conseillé aux thérapeutes de faire des points de synthèse au cours des séances permettant de réactiver les informations délivrées et les exercices et de vérifier la bonne compréhension des informations. L'intervention sera principalement orale avec un support paperboard où pourront être notées des*

*informations et être le lieu de schémas explicatifs synthétiques. Ces temps de schémas demandent une attention focalisée soutenue pendant un temps bref pour insister sur une explication ou une information. Le programme de chaque séance débutera par une revue de la séance précédente permettant de réactiver des connaissances et d'apprécier des changements de comportements. Les exercices d'auto-observations seront favorisés afin de développer les capacités attentionnelles des patients et d'accentuer leur capacité métacognitive pour favoriser des actions dirigées vers un changement.*

➤ **Intervention adaptée aux déficits motivationnels des patients souffrant de schizophrénie.**

La dimension négative dans la schizophrénie est une dimension centrale. Les conséquences concernent une altération sur le long terme du fonctionnement social, de la capacité à s'occuper et de l'efficacité dans le fonctionnement du patient. On peut distinguer les symptômes négatifs primaires, intrinsèquement liés à la schizophrénie, des symptômes négatifs secondaires, évoluant en miroir des manifestations productives ou d'une dépression associée ou de l'effet de certains neuroleptiques (akinésie). Il est difficile de distinguer l'étiologie des symptômes négatifs.

L'abord des symptômes négatifs se focalise sur quatre dimensions : les perturbations de l'anticipation du plaisir, le défaut de souvenirs des expériences vécues, les altérations des efforts basés sur un comportement dirigé vers un but et l'absence de motivation sociale(61).

Le traitement des symptômes négatifs par la pharmacothérapie est limité. Il est nécessaire d'élaborer d'autres moyens thérapeutiques pour diminuer cette dimension. Certains programmes d'interventions psychosociales ciblent particulièrement cette dimension en particulier l'entraînement métacognitif(62) ou le programme PEPS « Programme d'émotions positives pour la schizophrénie »(51) d'amélioration de l'anhédonie et de la motivation.

Les techniques classiques pour lutter contre les symptômes déficitaires reposent sur l'activation comportementale par la programmation d'activités, l'utilisation d'un agenda d'activités, l'expérimentation d'activités(63–65). Cette dimension négative altère la motivation des patients et peut constituer un frein à la participation au programme.

Au-delà des aspects déficitaires, il est ainsi nécessaire d'avoir des stratégies pour inciter le patient à participer au groupe et renforcer sa motivation. L'efficacité de programme de psychoéducation de courte durée entre 1 et 8 séances sur l'observance à court terme et le taux de rechute présente des intérêts(49). Les derniers programmes conçus pour les patients souffrant de schizophrénie sont des interventions courtes qui ne dépassent pas 10 séances. Ces formats permettent de provoquer un changement dans un espace de temps court.

L'étude de Waters et al(45) proposait à des patients souffrant de trouble psychotique trois choix de traitement pour traiter leur insomnie. Les résultats de l'étude montraient que le choix se portait sur une intervention psychologique (vs pharmacothérapie et mélatonine) pour deux raisons : une meilleure tolérance et une prise de responsabilité et d'action dans leur traitement soit une augmentation des capacités d'autodétermination « empowerment ».

Les stratégies motivationnelles classiques reposent sur la pratique d'entretien motivationnel, qui fait émerger un discours de changement chez les patients. Les exercices de balance décisionnelle permettent de faire émerger ce discours. L'évaluation de la capacité à changer ses comportements est aussi utilisée. Elle permet de déterminer une absence de motivation ou bien des difficultés dans la réalisation des changements. L'utilisation d'agenda ou de journal pour auto-observer ses comportements peut aussi favoriser un renforcement motivationnel. Sur le plan pratique, le coaching téléphonique peut être un levier motivationnel.

*Au vu des données de la littérature, l'impact des symptômes déficitaires et en particulier motivationnels chez le patient souffrant de schizophrénie est important. Nous retenons de construire une intervention brève afin de favoriser l'adhésion au programme. Les patients choisissant ce traitement parmi les moyens à disposition pour traiter leur sommeil devront être privilégiés sans que cela ne soit une condition nécessaire. Les stratégies motivationnelles seront renforcées par des exercices de balance décisionnelle et d'évaluation de la capacité à changer ses comportements. Un coaching téléphonique sera utilisé au cours du programme en fonction des besoins de chaque patient.*



➤ **Intervention adaptée à un hôpital de jour ou centre médico-psychologique.**

Le programme psychoéducatif construit est établi en groupe dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie et de la symptomatologie des patients souffrant de schizophrénie. Son format est adapté pour être dispensé en hôpital de jour ou CMP afin qu'il puisse s'intégrer dans les soins pérennes de patients ayant un projet de soins en hôpital de jour ou CMP. Le modèle d'intervention choisi étant court, il peut être répété pendant l'année plusieurs fois ce qui permet à plusieurs patients d'en bénéficier. Un mode d'emploi ou manuel du programme sera à disposition des thérapeutes. Une supervision peut être effectuée à la demande des co-thérapeutes par les médecins référent de l'hôpital de jour. Le recrutement des patients est réalisé par les psychiatres référents de l'hôpital de jour et par les psychiatres des différents services de l'hôpital qui auront à terme connaissance du programme par une brochure informative à la fois pour les patients et pour les soignants. L'intégration dans le programme devra être précédée d'un bilan d'évaluation comme décrit plus tard.

*Le programme construit constitue une offre de soins spécifiques adaptée à une administration en hôpital de jour sous la référence d'un projet de soins établi par les psychiatres des patients (psychiatre traitant ou psychiatre de l'hôpital de jour). Cette offre de soins supplémentaire s'inscrivant dans le projet de rétablissement des patients souffrant de schizophrénie pourra bénéficier à un grand nombre de patients au vu de la durée du programme qui pourra être répété plusieurs fois dans l'année. Une supervision peut être accessible pour les thérapeutes.*

**1.2 Contenu du programme de psychoéducation.**

La construction du contenu du programme repose :

- Sur les aspects propres à l'établissement d'un programme de psychoéducation
- Sur les aspects d'une thérapie de groupe avec une approche cognitive et comportementale
- Sur le programme de Thérapie Cognitive et Comportementale de l'Insomnie de Charles Morin, validé internationalement.
- Sur l'étude de Waters et al explorant 12 facteurs contribuant à un mauvais sommeil chez des patients souffrant de schizophrénie

- Sur les données des perturbations du rythme circadien chez les patients souffrant de schizophrénie
- Sur les données identifiant des facteurs psychologiques et comportementaux perturbant le sommeil des patients souffrant de schizophrénie
- Sur le renforcement des stratégies motivationnelles par des exercices spécifiques

Nous développons le contenu de chacun de ces points qui ont permis l'élaboration du contenu du programme.

➤ **Respect des caractéristiques d'un programme de psychoéducation.**

Tous les programmes de psychoéducation indépendamment de la pathologie chronique traitée visent quatre objectifs principaux(66,67):

- optimiser le traitement médicamenteux
- prévenir les récives et diminuer le nombre et la durée des hospitalisations
- améliorer la qualité de vie du sujet, dans toutes ses dimensions (personnelle, familiale, professionnelle, relationnelle)
- favoriser, entretenir et consolider l'alliance thérapeutique

La psychoéducation a été développée à la base pour répondre aux troubles de l'insight et leurs conséquences. Le résultat attendu est une meilleure appropriation de la maladie et des troubles associés, engendrant ainsi un investissement supplémentaire dans leur traitement avec une amélioration de l'observance. Les programmes psychoéducatifs conduisent à une appropriation de connaissances afin d'améliorer l'adhésion au traitement et faciliter le rétablissement. Par l'acquisition de notions théoriques et de la compréhension des troubles, ils permettent aux patients de s'interroger sur leurs symptômes afin de les faire évoluer. Plusieurs dimensions sont en jeu : une dimension pédagogique (acquisition de connaissances), une dimension psychologique (acceptation de la maladie), une dimension cognitive et comportementale (développement de compétences et d'attitudes favorables à l'engagement) et une dimension de réadaptation (restauration des compétences et mobilisation des ressources). Le patient est placé en position d'acteur vis-à-vis de sa maladie(46).

*Au vue des données de la littérature, dans un souci de respecter un cadre psychoéducatif, l'acquisition de connaissances et le développement de compétences sont des objectifs prioritaires pour notre programme. Le programme s'inscrit dans une démarche de placer le patient comme acteur de sa prise en charge.*

➤ **Approche Cognitive et Comportementale.**

Au même titre que les programmes de psychoéducation pour patient souffrant de trouble bipolaire de type cognitif et comportemental de Lam(68), le programme s'inscrit dans une approche cognitive et comportementale et vient l'enrichir au-delà d'une simple application d'un programme psychoéducatif. L'intérêt des approches cognitives et comportementales chez les patients souffrant de schizophrénie fait l'objet d'une efficacité démontrée(69). Le recours à des approches combinées en dehors du traitement pharmacologique est courant chez ces patients.

Les thérapies cognitives et comportementales agissent sur l'intensité des symptômes ou leur retentissement à travers le développement de ressources internes pour s'y adapter. Elles visent les biais de raisonnement et les perturbations comportementales.

Le principe des thérapies cognitives et comportementales repose selon Franck et al(70) sur :

- Recherche d'une alliance thérapeutique
- Base collaborative : le patient joue un rôle actif dans sa prise en charge
- Recours au renoncement positif
- Modification du comportement et/ou des contenus de pensée dysfonctionnels s'appuyant sur les principes de l'apprentissage et sur les données de la psychologie expérimentale
- Vécu, besoins et demande du patient pris au premier chef
- Objectifs symptomatiques définis en concertation avant le début de la prise en charge, après une période d'évaluation des symptômes et de leur retentissement
- Durée limitée dans le temps

Le déroulement des séances en thérapie cognitive et comportementale utilise le modèle de Beck et al(71). Le modèle est le suivant :

- Evaluation des tâches au début de chaque séance
- Annonce de l'agenda de séance soit le thème de la séance
- Le thérapeute n'hésite pas à faire un résumé de la séance pendant la séance et demande au patient d'en faire de même
- Le thérapeute demande au patient un feedback de la séance sur ce qui lui a plu ou déplu ou une mise en avant de ce qu'il veut préciser
- La séance termine par une prescription de tâches à réaliser avant la prochaine séance, à mettre en pratique dans la vie quotidienne

*Au vu des données de la littérature associant l'efficacité prouvée des techniques cognitives et comportementales chez les patients souffrant de schizophrénie et les expériences des programmes psychoéducatifs associant cette approche pour remplir leur objectifs, l'application de technique cognitive et comportementale sera intégrée dans le contenu du programme qui adoptera le même plan de séance suivant le modèle établi par Beck.*

➤ **Un premier contenu théorique de base : le programme de thérapie cognitive et comportementale sur l'insomnie de Charles Morin(72-75).**

Ce programme est un programme figurant aujourd'hui comme le traitement de première intention de prise en charge de l'insomnie. Il a été établi en 2003 par Morin et Espie. Il comprend des aspects psycho éducationnels de base sur le sommeil et il intègre des exercices afin d'améliorer son sommeil. Le programme de Morin est construit autour de 8 séances en thérapie individuelle ou de groupe dont une première séance d'évaluation de la plainte.

L'insomnie selon la classification internationale des pathologies du sommeil ICSD troisième version est définie par les critères suivants :

- Les critères A à F doivent être remplis :

A. Le patient se plaint, ou l'entourage observe au moins un des éléments suivants :

1. difficulté à s'endormir

2. difficulté de maintien du sommeil

3. réveil plus précoce que l'horaire désiré

4. refus d'aller se coucher à un horaire approprié

5. difficulté à dormir sans l'intervention de l'un des parents

B. le patient se plaint (ou le parent ou l'entourage de l'enfant observe) d'au moins un des éléments suivants au cours de la journée, liés aux difficultés de sommeil nocturne :

1. Fatigue ou mal être

2. Trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire

3. Altération de la vie sociale, familiale, professionnelle ou fléchissement des résultats scolaires

4. Trouble de l'humeur ou irritabilité

5. Somnolence diurne

6. Problème comportementaux (par exemple, hyperactivité, impulsivité, agressivité)

7. Diminution de la motivation, de l'énergie, des initiatives

8. Facilité à faire des erreurs ou à avoir des accidents

9. Préoccupations ou insatisfaction par rapport au sommeil

C. Les plaintes concernant le sommeil et la veille ne peuvent être expliquées exclusivement par le manque d'occasion de dormir (c'est-à-dire qu'assez de temps est réservé pour dormir) ou par un contexte inadapté au sommeil (c'est-à-dire que l'environnement est sûr, sombre, calme et confortable)

D. Les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés surviennent au moins trois par semaines

E. Les troubles du sommeil et les symptômes diurnes associés sont présents depuis plus de trois mois

F. Les difficultés de sommeil et de veille ne sont pas mieux expliquées par une pathologie du sommeil autre que l'insomnie

La démarche dans le programme de Morin débute d'abord par une évaluation du sommeil. Cet entretien clinique permet de caractériser la nature de la plainte d'insomnie, l'horaire veille sommeil du patient, les conséquences de l'insomnie de même que l'évolution temporelle de l'insomnie. Il s'agit aussi de déterminer dans quel cadre rentre l'insomnie à savoir une insomnie de novo ou comorbide d'un trouble. Cet entretien permet aussi d'éliminer des diagnostics différentiels concernant des pathologies du sommeil spécifiques tels que le syndrome d'apnée du sommeil ou le syndrome des jambes sans repos. Il permet aussi de rechercher des troubles où l'insomnie peut être un signe clinique notamment dans des troubles psychiatriques (dépression, anxiété etc) ou affection médicale. Enfin, il fait le point sur les traitements interagissant avec le sommeil ainsi que sur l'utilisation de substances et les habitudes de vie.

Cette évaluation lors d'une thérapie individuelle est réalisée en première séance. Cette séance s'accompagne aussi d'une définition des objectifs de traitement. Elle s'accompagne d'une évaluation par hétéro-questionnaire de l'index de sévérité de l'insomnie (ISI). L'agenda de sommeil est introduit et a un rôle important dans la compréhension des troubles du patient. Il permet de suivre l'évolution du sommeil d'une nuit à l'autre. Morin utilise une forme d'agenda de sommeil qui précise les heures et durée des siestes, l'usage de médicaments ou d'alcool, l'heure de coucher, l'estimation du temps nécessaire pour s'endormir, le nombre et la durée des éveils nocturnes, l'heure du réveil et l'heure du lever et l'estimation de la qualité subjective de sommeil. Cet agenda doit être poursuivi pendant toute la durée de la thérapie. Il permettra au fil des séances d'affiner certaines mesures tel que la fenêtre de sommeil ou la restriction du temps passé au lit.

En résumé l'agenda du sommeil présente quatre intérêts :

- l'évaluation de la nature, de la fréquence et de la sévérité des troubles du sommeil
- l'identification de facteurs qui contribuent à l'insomnie
- l'évaluation des progrès en cours de traitement
- l'évaluation de l'engagement du patient et de l'observance aux consignes thérapeutiques

Le modèle conceptuel de l'insomnie est basé sur l'interaction de facteurs prédisposant, précipitant et de maintien selon le modèle de Spielman(76). La thérapie cognitive et comportementale cible précisément ces facteurs de maintien qui empêchent l'individu de retourner à un sommeil normal. Le programme de Morin corrige les mauvaises habitudes de sommeil, diminue l'activation cognitive et physiologique au coucher, rectifie certaines croyances erronées en lien avec le sommeil et l'insomnie et favorise une meilleure hygiène de sommeil. Les principaux composants thérapeutiques permettant de lutter contre l'insomnie sont :

- La thérapie comportementale qui comprend des mesures comportementales permettant une amélioration de la qualité du sommeil et un renforcement de l'association lit-sommeil.

La thérapie comportementale comprend deux mesures phares, la restriction du temps passé au lit et la thérapie par contrôle du stimulus.

La restriction du temps passé au lit : méthode permettant de rétablir la continuité et la qualité du sommeil. On demande au patient de limiter le temps passé au lit pour qu'il soit le plus proche possible du temps effectif de sommeil. Pour cela, il faut déterminer une fenêtre de sommeil initiale, fenêtre qui correspondra aux heures de sommeil du patient. On pourra ajuster périodiquement la fenêtre de sommeil. L'ajustement peut être hebdomadaire si l'efficacité du sommeil atteint 85 % (augmentation de 20 min du temps de sommeil). L'heure d'ajustement correspondra plus à une modification de l'heure de coucher. La fenêtre de sommeil doit être respectée stricto sensu et le patient ne doit dormir à aucun autre moment. Le respect de ces consignes augmente les progrès de cette mesure comportementale (Riedel 2001).

La thérapie par contrôle du stimulus : la période précédant l'heure du coucher est une source d'inquiétude pour le patient souffrant d'insomnie. De fait, l'environnement de la chambre est peu à peu source d'activation mentale plutôt que de relâchement. L'objectif de la thérapie par contrôle de stimulus est un processus de conditionnement recréant une association entre le lit (son environnement, la chambre) et le sommeil (l'endormissement). Comment procéder ? Plusieurs mesures renforcent l'association lit-sommeil. On peut proposer de réserver un moment de détente une heure avant le coucher en dehors du lit afin de diminuer l'état d'activation du sujet inquiet de ne pas arriver à dormir. On propose aussi au patient de se coucher uniquement lorsqu'il est somnolent (soit un état d'impossibilité de rester éveillé). Si

le patient présente un endormissement long ou des réveils dans la nuit de plus de 15 minutes, on propose au patient de se lever et de faire une activité détente dans le salon. Il pourra retourner au lit uniquement lorsqu'il sera somnolent. On impose que le lit soit uniquement le lieu réservé au sommeil et aux activités sexuelles. Cela impose de ne pas « trainer dans son lit » et renforce l'association lit – sommeil. Si le lit est le lieu réservé au sommeil et que le temps passé au lit doit être le plus proche possible du temps effectif de sommeil, il faut préconiser des horaires de veille et de sommeil régulier et ainsi demander au patient de se lever quelle que soit la quantité de sommeil obtenue. Enfin, éviter de faire des siestes permet de maintenir l'homéostasie du sommeil et contribue à minimiser les difficultés de sommeil pour la nuit suivante.

- Les mesures d'hygiène de sommeil : il s'agit de la prise en compte de facteurs environnementaux pouvant impacter le sommeil et engendrer des difficultés.

Ces facteurs sont associés au style de vie (alimentation, exercice physique, consommation d'alcool) et à l'environnement (bruit, lumière, température).

- Des méthodes de relaxation : moyen de lutter contre l'hyperactivation que peut avoir le patient souffrant d'insomnie qu'elle soit cognitive, émotionnelle, physiologique. La relaxation peut venir diminuer cette hyperactivation en association avec les autres outils.

Les méthodes de relaxation utilisées sont variées. On peut appliquer les méthodes de biofeedback, de relaxation musculaire progressive et d'entraînement autogène si on cible l'activation physiologique et on peut se servir de la méditation ou de l'entraînement à l'imagerie mentale si on vise l'activation cognitive.

- La thérapie cognitive : Il s'agit d'une méthode argumentative visant à corriger les croyances erronées et les idées reçues et à réduire les inquiétudes excessives concernant le sommeil.

Cette thérapie cognitive doit se dérouler dans un climat d'empathie. On confronte les idées et croyances et non le patient. On aide le patient à générer ses propres solutions pour qu'il cesse de se sentir victime. On vise à augmenter le sentiment d'efficacité personnelle. Les objectifs de la thérapie cognitive sont d'identifier les cognitions dysfonctionnelles, de vérifier la validité de ces cognitions et d'amplifier les discordances. On cherche à clarifier et remplacer avec des cognitions plus adaptés. La thérapie cognitive au sens où Morin l'entend passe par une analyse fonctionnelle en établissant un lien entre une situation, une émotion et une pensée



qui permet de mettre en relief la cognition sous-jacente. Plusieurs types d'erreurs cognitives sont fréquents chez les patients souffrant d'insomnie (ces pensées dysfonctionnelles ne sont pas propre à l'insomnie) :

- La surgénéralisation
- La dramatisation
- La pensée du tout ou rien
- L'attention sélective

Ces erreurs cognitives participent au maintien de l'insomnie. Cela se traduit par exemple par des attentes irréalistes par rapport au sommeil, des conceptions erronées des causes de l'insomnie et par l'amplification des conséquences de l'insomnie. Morin propose d'utiliser une échelle de Croyances et Attitude concernant le Sommeil(77) permettant l'identification de ces croyances erronées.

En synthèse la thérapie cognitive permet de:

- Maintenir des attentes réalistes par rapport au sommeil
  - Réviser l'évaluation des causes de l'insomnie
  - Ne pas essayer d'induire le sommeil sur commande
  - Ne pas considérer l'insomnie comme responsable de toutes les difficultés de la journée
  - Ne pas paniquer après une mauvaise nuit de sommeil
  - Développer une certaine tolérance aux effets de manque du sommeil
- Le sevrage en hypnotique : c'est un des points abordés dans le programme de Morin. En effet la prescription d'hypnotiques demeure l'intervention la plus fréquemment proposée pour le traitement de l'insomnie chronique. Ces hypnotiques peuvent être prescrits sur des périodes courtes, mais souvent leur prescription devient un problème en terme de dépendance, tolérance et effets secondaires. Il s'agit ici d'accompagner le patient sur un plan de sevrage.

Ce plan de sevrage dépend du type de médication, de la dose utilisée et de la fréquence d'utilisation. Morin propose une démarche dans le sevrage :

- Dresser un plan de sevrage systématique
- Réduire la médication graduellement
- Introduire graduellement des nuits sans médication
- Utilisation de la médication selon l'horaire préétabli et non pas au besoin

- Arrêt complet

En synthèse, ce programme visant à diminuer l'insomnie et améliorer le sommeil des patients repose sur 5 piliers principaux :

- Une évaluation clinique initiale exhaustive de la plainte de sommeil.
- Définir une fenêtre de sommeil avec des horaires de coucher et de lever régulier
- N'utiliser le lit que pour le sommeil pour conditionner une association entre le lit et le sommeil
- Respecter des mesures d'hygiène de sommeil
- Se relaxer avant de se coucher pour se préparer au sommeil

*Au vu des données présentées par le programme de Morin, le programme devra comporter les 5 piliers principaux que sont l'évaluation clinique initiale, le respect d'une fenêtre de sommeil, l'association lit-sommeil, les mesures d'hygiène de sommeil et la relaxation. Le nombre de séances prévues (7 plus une séance de bilan initial) en fait une intervention brève, adaptée pour les patients ciblés par le programme. L'agenda de sommeil est un outil à appliquer dans le programme pour aider les patients à créer les conditions nécessaires à un changement. La thérapie cognitive sous une forme simplifiée devra être abordée.*

- **Un deuxième contenu théorique de base : le protocole BEST « Better Sleep Trial » soit une intervention ciblant l'insomnie chez des patients ayant des idées délirantes persécutives et des hallucinations(44).**

Le protocole Best est une étude pilote évaluant l'efficacité d'une intervention thérapeutique en setting individuel chez des patients souffrant de psychose. L'intervention comprend 8 sessions sur 12 semaines avec sms et appels pour maintenir le lien. Un manuel est donné à la fois au thérapeute et au patient. Le traitement est délivré par un psychologue en clinique ou au domicile. Un nombre minimum de participation aux séances est requis pour participer à l'étude (au moins quatre). L'intervention s'appuie sur plusieurs outils :

- éducation thérapeutique
- identification de facteurs de maintenance des troubles du sommeil

- checklist des facteurs engendrant des troubles du sommeil
- thérapie comportementale par contrôle du stimulus (technique créant un conditionnement d'association entre le lit et le sommeil)
- mesures d'hygiène de sommeil
- mesure favorisant un meilleur rythme circadien
- relaxation
- thérapie cognitive

L'objectif de l'intervention est centré autour de deux outils : augmenter ses activités quotidiennes et associer le lit au sommeil. L'intervention proposée est graduellement de plus complexe au fil des séances. On part de mesures d'éducation thérapeutique pour arriver potentiellement à des techniques d'exposition par imagerie mentale. Les interventions en lien avec les expériences psychotiques sont plutôt abordées en fin de thérapie. Les résultats de cette étude montrent la faisabilité d'une telle intervention sur le sommeil ciblant l'insomnie chez des patients souffrant de psychose en administration individuelle. Les composants thérapeutiques étaient similaires à ceux du programme de Morin.

***Au vu des données présentées par le protocole Best, le programme devra suivre une intervention hiérarchisée. Le programme devra insérer des outils permettant d'augmenter les activités quotidiennes des patients.***

- **Un troisième contenu théorique de base: L'étude de Waite et al(78) identifiant douze facteurs clefs dans l'amélioration du sommeil du patient souffrant de psychose.**

Dans une perspective de considérer les troubles du sommeil chez des patients souffrant de schizophrénie, l'équipe de Waite et coll avait réalisé une étude pilote appliquant des techniques de thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie à des patients ayant des idées délirantes et hallucinations et montrait une réduction de l'insomnie(79). L'étude reposait sur le lien fort entre insomnie et idées délirantes persécutives(39). Dans cette étude, les auteurs ont partagé leur expérience clinique en identifiant douze facteurs perturbants le

sommeil chez des patients souffrant de schizophrénie et en proposant des stratégies adaptées à ces patients.

Les douze facteurs identifiés étaient :

1/ Environnement de sommeil

2 / Pauvreté des activités quotidiennes dans la journée

3/ Pauvreté des activités quotidiennes le soir

4/ Rythme Circadien

5/ Sommeil comme un échappement aux expériences psychotiques

6/ Peur du lit

7/ Cauchemars

8/ Réveils nocturnes

9/ Sommeil réduit par voix et paranoïa

10/ Inquiétudes

11/ Effet secondaires des neuroleptiques

12/ Réduction des hypnotiques

- Facteur 1 : Pauvreté de l'environnement

Il s'agit d'assurer une place réservée au sommeil dans l'environnement.

- Facteur 2 : pauvreté des activités quotidiennes

L'inactivité peut être due à des problèmes de sommeil impliquant une insuffisance de sommeil, mais elle contribue aussi à renforcer ses problèmes de sommeil par une diminution d'une bonne conduite de sommeil. Pour beaucoup de patients, ne pas planifier d'activités conduit à rester au lit, à faire la sieste, car ils n'ont pas de motivation pour sortir du lit. Cela conduit à une réduction de la conduite de sommeil le soir et interrompt l'association entre le lit et le sommeil et impacte l'humeur. Tous ces éléments contribuent à leur tour à perturber le sommeil. Les activités habituelles quotidiennes doivent être renforcées par des activités qui augmentent la dépense physique dans la journée et aboutissent à de la fatigue quand le soir

arrive. Les activités à l'extérieur permettent de s'exposer à la lumière du soleil et participent au bon fonctionnement du rythme circadien.

Accorder ses activités en respectant et favorisant le rythme circadien est un rationnel de base pour améliorer son sommeil et son bien-être.

- Facteur 3 : Pauvreté des activités de fin de journée.

L'absence d'activité en fin de journée et soirée et l'absence d'interaction sociale conduit les patients à aller se coucher très tôt. Ce comportement se traduit par des patients restants pendant des heures au lit sans trouver le sommeil alors qu'ils ne ressentent pas le sommeil. Cela peut aussi conduire à l'apparition d'une dérégulation du rythme circadien à travers une tendance à l'avance de phase avec un coucher précoce et un lever précoce. L'objectif est d'organiser des activités pour retarder l'heure du coucher et resynchroniser le rythme circadien. De plus, retarder l'heure de coucher permet de réduire la latence d'endormissement, soit le temps entre le coucher et l'apparition du sommeil. On est dans une forme de restriction du temps passé au lit. Le planning d'activité inclut le temps du repas et le rituel d'endormissement. Ce rituel d'endormissement est un temps préparant le patient à l'endormissement avant l'apparition du sommeil. Il doit durer entre 60 et 90 minutes et a pour objectif de se relaxer avant le sommeil.

- Facteur 4 : Rythme circadien.

S'attaquer à la dérégulation du rythme circadien est un objectif. Ce rythme est souvent non respecté chez le patient souffrant de schizophrénie avec des comportements variables composants entre une quantité insuffisante de sommeil et une quantité trop importante de sommeil. Cette variabilité dans le rythme induit des comportements inadaptés avec des heures de coucher et lever irréguliers. Cette perturbation se répercute aussi sur les activités journalières. Il n'est pas rare de voir le patient déréguler son rythme au point d'arriver au stade d'avance ou de retard de phase. De même, la pauvreté des activités quotidiennes ne conduit pas à se synchroniser avec les éléments de l'environnement qui le permettent « Social Zeitgebers ». Le rythme circadien est lié à des processus biologiques internes pouvant être dérégulés par la prise élevée de caféine, de nicotine.

L'objectif est de resynchroniser le rythme circadien à travers un rythme respectant des heures de coucher et de lever fixes, des repas et des activités. Pour s'aider on intégrera un rituel au coucher et au lever pour à la fois favoriser de bonnes conditions de sommeil le soir et de l'autre côté assurer un lever le matin et une mise en rythme. Les activités à planifier durant la

journée devront être plaisantes et il s'agit d'en prévoir dès le matin. Le respect des heures de repas permet aussi de se synchroniser et de donner du rythme à la journée.

Le planning journalier pourra être ajusté si le patient souffre d'une avance ou d'un retard de phase. Les différentes mesures visant à réguler le rythme circadien prennent du temps à se corriger. Cela est d'autant plus compliqué que les expériences psychotiques viennent souvent modifier le rythme de l'individu.

✓ Facteur 5 : Le sommeil comme un échappement aux expériences psychotiques

Il s'agit d'un cercle vicieux. Le sommeil peut être utilisé par le patient comme stratégie pour diminuer les voix. Ainsi le patient va chercher alors qu'il a des voix envahissantes à se mettre en position de dormir. Mais les conditions ne sont pas forcément remplies pour trouver le sommeil, ce qui conduit le patient à rester allongé pendant des heures, sans efficacité sur la diminution des voix. Ce comportement entraîne en retour des perturbations du sommeil, une dérégulation du rythme circadien, une augmentation de l'attention et des efforts inconsidérés pour s'endormir et une majoration de la latence d'endormissement le soir. Pour ceux réussissant à trouver le sommeil, cela conduit à de l'hypersomnie. L'hypersomnie dérégule le processus homéostatique et circadien et conduit le patient à l'isolement social, l'absence d'activité, et a donc des répercussions sur une augmentation de la symptomatologie négative et de fait une augmentation des expériences psychotiques pénibles. Cette stratégie est un cercle vicieux qui n'améliore ni le vécu des expériences psychotiques, ni le sommeil.

Il s'agit ainsi de proposer aux patients un ensemble de stratégies permettant d'améliorer le sommeil pour réduire les expériences psychotiques mais aussi de s'attaquer directement aux expériences psychotiques pour améliorer le sommeil. Les stratégies de base utilisées sont la normalisation, la psychoéducation et la dédramatisation des expériences psychotiques « ça n'arrive pas qu'à vous ». Cela peut passer par faire comprendre aux patients que les voix ne sont pas une bonne source d'informations. L'idée est qu'améliorer son sommeil permet de diminuer les expériences psychotiques et d'améliorer les stratégies d'adaptation. Il faut combattre les stratégies visant à utiliser le sommeil pour réduire les voix et plus se concentrer sur l'amélioration du sommeil pour réduire les voix. Les expériences pénibles interagissant avec le sommeil sont sources d'inquiétudes, d'émotions exacerbées.

✓ Facteur 6 : Peur du lit

Le lit peut être associé pour certains patients à des événements traumatiques. Le lit peut être un lieu de source d'inquiétude. Eviter son lit entraîne des perturbations du sommeil et une mauvaise hygiène de sommeil. Le rationnel est « le lit est associé au sommeil » soit le principe du contrôle du stimulus. L'enjeu est de sécuriser la place du lit. Attention aux stratégies de contrôle du stimulus classique toutefois. En effet, une des mesures phares du contrôle du stimulus consiste normalement si on est réveillé plus de 15 min à se lever du lit et faire une activité détente dans le salon. Or, cela peut renforcer l'évitement d'aller au lit si le lit est vécu comme un lieu anxiogène. Il s'agit, si le lit est vécu comme un lieu anxiogène, de créer un processus d'habituation par exposition progressive pour qu'il devienne plus sûr. Des stratégies associées de gestion des voix comme par exemple utiliser une radio dans la chambre peuvent entraîner le retour de l'utilisation du lit. Si le patient n'a pas ces problèmes de crainte lié au lit, les techniques de contrôle du stimulus peuvent être utilisées. Il faut vraiment identifier la cognition sous-jacente. Car le patient peut aussi avoir peur du lit par peur d'être confronté à de l'insomnie. On n'utilisera pas la même intervention dans ce cadre.

✓ Facteur 7 : Gestion des cauchemars

Les cauchemars créent des préoccupations chez le patient impactant leur fonctionnement. Les rêves et cauchemars surviennent lors des cycles de sommeil paradoxal. Le sommeil paradoxal est en plus grande quantité lorsqu'on a tendance à l'hypersomnie. Donc si le patient est hypersomniaque, il a de fait plus risque d'avoir des cauchemars. L'augmentation du sommeil paradoxal peut être due à des médicaments (antidépresseurs). Deux solutions sont proposées : voir l'ordonnance et réduire l'hypersomnie. On pourra aussi utiliser des techniques issues des thérapies ciblant les syndromes de stress post traumatique (cf utilisation d'imagerie par imagination mentale).

✓ Facteur 8 : Réveils nocturnes

On peut observer des expériences spéciales survenant la nuit comme des hallucinations hypnagogiques, hypnopompiques, attaque de panique nocturne, dépersonnalisation après le réveil. Il s'agit de dédramatiser : les réveils nocturnes sont normaux et des réveils nocturnes avec secousses le sont aussi. L'intervention se centre sur de la psychoéducation spécifique sur ces différentes manifestations. Un moyen de réassurance consiste à bien repérer le temps et le lieu au réveil.

✓ Facteur 9 : Sommeil interrompu par des voix

Le patient peut avoir des hallucinations acoustico-verbale impératives le menaçant si il dort. Si le patient répond aux menaces, on aboutit à une perturbation du sommeil avec dérégulation du rythme circadien. Si les hallucinations imposent un horaire de coucher, on peut créer une avance de phase. L'enjeu est de faire prendre conscience aux patients comment les manifestations productives influencent le sommeil afin de mettre en place des stratégies pour ne pas s'en occuper.

*De cette étude, nous retenons les douze facteurs identifiés qui peuvent constituer les thèmes des séances en les regroupant, et ainsi participer à la construction du contenu du programme en élaborant une intervention hiérarchisée au niveau des composants thérapeutiques utilisés, mais aussi au niveau des thèmes. Parmi ces douze facteurs, on retient le respect d'un rythme quotidien, l'abord des inquiétudes nombreuses par leurs différentes formes autour du sommeil et l'interaction du sommeil avec les hallucinations acoustico-verbales chez les patients souffrant de schizophrénie.*

➤ Une cible spécifique chez le patient souffrant de schizophrénie : rythme circadien et chronobiologie.

Les patients souffrant de schizophrénie ont des perturbations du rythme veille-sommeil(27). Ces perturbations sont plus sévères avant les rechutes(19). On décrit ces perturbations comme :

- une tendance à des couchers et réveils tardifs
- une activité diurne décalée dans le temps
- des irrégularités du cycle veille-sommeil
- une désynchronisation du rythme veille-sommeil et facteurs environnementaux soit une mauvaise concordance entre rythme interne des sujets et leur environnement.

On décrit aussi des retards et avance de phase, des périodes de sommeil en libre cours allongé et un rythme activité/ repos désorganisé(28). L'étude de Wulff en 2012 étudie le rythme repos/activité par l'intermédiaire d'une actimétrie et du recueil du métabolite urinaire de la



mélatonine toutes les 48h. L'étude conclue à une perturbation de ce rythme pour tous les patients souffrant de schizophrénie et chez la moitié d'entre eux, une désynchronisation entre le cycle veille-sommeil et le cycle environnemental jour/nuit ainsi qu'avec le cycle de sécrétion de la mélatonine. Ces perturbations étaient indépendantes de l'état clinique du patient, de la dose d'antipsychotique et d'une faible activité. Pour un grand nombre de ces patients, la sécrétion de mélatonine était moindre. L'étude de Davies(80) en 2017 chez des adolescents à ultra haut risque de psychose montraient des perturbations du rythme circadien avec une sévérité plus importante des symptômes lorsqu'elles étaient présentes.

Ces études abordent des pistes thérapeutiques afin de diminuer ces perturbations. Elles évoquent d'abord la nécessité d'éduquer le patient à une bonne hygiène de sommeil comprenant un respect de rythmes réguliers, un alignement des heures de sommeil avec les occupations sociales et préférences personnelles, une alerte concernant les attitudes délétères comme la consommation de caféine ou d'alcool et l'évitement de la privation de sommeil (pouvant augmenter la dimension productive). Une mesure de la sécrétion de mélatonine ainsi qu'une actigraphie de poignet pourraient être proposées afin de voir si la prescription d'une cure conjointe de mélatonine plus luminothérapie est nécessaire.

L'étude de Aichhorn et al(81) montrait l'efficacité d'une cure de luminothérapie seule sur les symptômes négatifs sans modification de l'humeur ou des symptômes positifs. La littérature sur les interventions chronobiologiques visant à favoriser le rythme circadien est riche et concerne plutôt une population de patients souffrant de trouble de l'humeur de type bipolaire. On peut notamment décrire la TIPARS= Interpersonnal and social rhythm therapy(82) dont l'objectif est de régulariser les rythmes sociaux afin de contrôler les dérèglements chronobiologiques. C'est une combinaison de psychoéducation, d'approche de thérapie comportementale et de psychothérapie interpersonnelle. Cette thérapie passe par une évaluation des rythmes sociaux. Il s'agit de lister les routines quotidiennes du patient, l'hygiène de vie et les désynchroniseurs (jet-lag, conduites festives, conduites addictives, nécessités professionnelles). On examine ensuite les routines quotidiennes, les causes de rupture dans ces routines et on informe le patient sur les synchroniseurs sociaux et biologiques ainsi que sur les désynchroniseurs sociaux. On remet au patient une auto-évaluation abrégée des rythmes sociaux établi par Ellen Franck en 2005.

*Au vu des données de la littérature, le programme devra comporter la nécessité d'insister sur la régulation des rythmes, en lien avec les facteurs environnementaux, le besoin de s'exposer à la lumière du soleil le matin pour synchroniser la production de mélatonine, la recherche de stratégie avec le patient permettant d'avoir un meilleur rythme au quotidien. Ces données rejoignent trois des douze facteurs décrits ci-dessus (Facteur 2, 3 et 4). Une séance au moins doit être dédiée intégralement à ce thème.*

➤ **Une cible expliquant les perturbations du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie : Facteurs psychologiques et Comportementaux(83).**

L'expérience et la description des troubles du sommeil chez les patients souffrant de schizophrénie viennent la plupart du temps d'études avec une méthodologie quantitative par questionnaire, actimétrie ou polysomnographie. L'étude de Chiu identifie selon une méthodologie qualitative des facteurs venant perturber le sommeil de ces patients.

Ces facteurs sont :

- La croyance que les problèmes de sommeil ne peuvent être modifiés
- L'état émotionnel du patient
- Les traumatismes et conflits
- Les choix de mode de vie et la pauvreté de la motivation
- Les effets secondaires des médicaments

Ces facteurs sont à prendre en considération comme cible thérapeutique pour l'amélioration des troubles du sommeil. Le premier facteur sous-tend l'idée chez les patients que le sommeil est incontrôlable et un processus naturel non modifiable. Ceci implique une vision pessimiste de l'amélioration de leur sommeil. Le deuxième facteur a un impact direct sur le sommeil et sur les habitudes de sommeil. Si par exemple le patient a des idées paranoïdes sur son lit, il n'ira pas se coucher. Le troisième facteur concerne des pensées autour de la survenue d'évènements traumatisants passé dans l'enfance ou l'adolescence. Ces évènements contribuent à augmenter le risque de cauchemars et terreurs nocturnes. Ils induisent aussi l'idée qu'il peut se passer quelque chose dans le lit conduisant le patient à un état d'hypervigilance. Le quatrième facteur concerne des habitudes de vie. Certaines habitudes s'inscrivent et se perpétuent à la suite de troubles du sommeil. Le cinquième facteur rapporté correspond aux effets secondaires des traitements. Il peut précipiter une rupture dans

l'alliance avec le patient avec la volonté de celui-ci de l'arrêter. C'est un point crucial d'argumenter les avantages plutôt que les inconvénients de ce type de traitement. L'impact des problèmes de sommeil décrit par les patients correspond à une diminution de la qualité de vie.

*De cette étude, nous retenons pour le programme l'idée que les facteurs venant perturber le sommeil sont contrôlables. C'est un message qui doit être inscrit dans le programme et sur lequel les patients pourront agir par la pratique d'exercices modifiant leur comportement et améliorant leur sommeil. La normalisation des situations vécues et la dédramatisation seront utilisées comme technique de thérapie cognitive. L'analyse avec les patients des inquiétudes autour du sommeil doit faire l'objet d'une séance spécifique avec apprentissage d'une technique de relaxation.*

➤ **Une cible clef dans la modification des comportements chez le patient souffrant de schizophrénie: les stratégies motivationnelles.**

Les déficits motivationnels sont un frein chez le patient souffrant de schizophrénie à mettre en place des activités et provoquer ainsi des changements. L'enjeu réside dans la réduction de la symptomatologie négative. L'étude de Choi(84) aborde les intérêts d'une approche couplée motivationnelle et d'activation comportementale chez des patients souffrant de schizophrénie. L'activation comportementale est une technique de base dans la psychothérapie de la dépression. L'idée serait d'utiliser ces approches dans le traitement de la dimension négative chez le patient souffrant de schizophrénie. Le déroulement des séances selon le modèle de Beck avec une approche cognitive et comportementale préconise la prescription de tâches entre chaque séance. Cette prescription oblige le patient à une planification. La tâche demandée peut être une tâche d'auto-observation qui développe les capacités du patient à s'interroger sur ses propres comportements pour induire un changement. La tâche demandée peut correspondre à l'application de mesures comportementales directes, motivant le patient à les réaliser et se questionner sur l'effet produit par la tâche faite. Ces aspects renforcent la motivation de l'individu. Les techniques d'entretien motivationnel cherchant à favoriser l'émergence d'un discours de changement et les exercices renforçant la motivation à changer

son discours sont des outils pour lutter contre le syndrome amotivationnel du patient souffrant de schizophrénie. Parmi les déficits motivationnels, les efforts pour des comportements dirigés vers un but sont un point majeur. Le patient doit évaluer l'effort qu'il va mettre ou pas pour obtenir une récompense. Ainsi pour induire des changements de comportements, l'évaluation de l'effort et l'anticipation de la récompense doivent être priorités. Travailler sur le rythme quotidien pour améliorer son sommeil conduit à s'activer comportementalement en programmant des activités.

*Au vu des données de la littérature, le programme doit en prendre en compte les difficultés motivationnelles des patients en lien avec leur symptomatologie négative. L'activation comportementale et des techniques d'entretien motivationnel devront être incorporées afin de pouvoir initier des changements de comportements en rapport avec leur sommeil. La prescription de tâches entre les séances participe à la programmation d'activités. Des exercices spécifiques portant sur l'anticipation du plaisir ou le monitoring d'une activité plaisante peuvent être proposés(85)*

### **1.3 Objectifs du programme construit.**

Dans le cadre de notre programme, nous ciblons une dimension cible spécifique : les troubles du sommeil.

Les objectifs primaires du programme sont :

- Amélioration de la qualité du sommeil
- Diminution des réveils nocturnes
- Diminution de la latence d'endormissement
- Diminution de la somnolence diurne/ amélioration de la qualité de l'éveil lors de la journée
- Gestion des inquiétudes la nuit comprenant cauchemars et réveils nocturnes avec impossibilité de retrouver le sommeil

Les objectifs secondaires du programme sont :

- Réduction de la symptomatologie positive et négative par stabilisation du sommeil
- Prévention des rechutes et ré-hospitalisations
- Amélioration de la qualité de vie
- Amélioration du fonctionnement au quotidien
- Amélioration de l'humeur
- Diminution du retrait social
- Amélioration des fonctions cognitives
- Amélioration de l'insight

Ce programme est conçu pour être administré en période de stabilisation clinique pour patient souffrant de schizophrénie

#### **1.4 Bilan clinique initial préalable à l'administration du programme.**

Dans le cadre de l'approche transdiagnostique sur les troubles du sommeil, la première étape consiste en une évaluation et un bilan des perturbations du sommeil. Les interventions proposées dans la littérature proposent toujours un bilan clinique initial avant le début de l'intervention (cf supra).

Le bilan clinique initial contient un interrogatoire sur les troubles du sommeil identifiant les plaintes de sommeil en termes d'insomnie mais aussi de somnolence diurne excessive. Il recherche la fréquence et l'intensité des symptômes. Il balaye l'ensemble des pathologies du sommeil allant de la recherche de signes en faveur du syndrome d'apnée de sommeil aux signes de narcolepsie ou de syndrome des jambes sans repos. Il liste aussi les comorbidités psychiatriques et organiques qui pourraient être associées à une perturbation du sommeil. Ce bilan clinique initial s'appuie aussi sur des évaluations standardisées par auto-questionnaire concernant la sévérité de l'insomnie ISI-R ou la présence d'une somnolence diurne excessive. D'autres évaluations pourraient aussi être intéressantes comme l'échelle de qualité du sommeil (échelle de Pittsburgh)(86) ou encore l'échelle de Croyances et Attitudes concernant le sommeil.

L'impact et les conséquences des troubles du sommeil s'apprécient à travers des données subjectives en terme de fenêtre de sommeil, durée d'endormissement, durée des réveils

nocturnes et durée pour se rendormir. Un agenda de sommeil, si le patient sait l'utiliser, avant de venir au bilan initial est intéressant car il permet aussi de faire un point sur des comportements d'hygiène de sommeil délétère.

Les conséquences des troubles du sommeil sont aussi évaluées à travers une échelle de qualité de vie, une évaluation éventuelle de l'humeur et de l'anxiété. Le bilan fait aussi le point sur les traitements pris par les patients, à la recherche d'effets secondaires et d'impact sur le sommeil.

Le questionnaire utilisé dans notre évaluation a été construit à partir du questionnaire de dépistage des troubles du sommeil établi par le Réseau Morphée et disponible sur leur site internet. Ce questionnaire intègre l'échelle de sévérité de l'insomnie ISI-R et l'échelle de somnolence diurne d'Epworth.

Dans notre programme, le bilan clinique initial comporte aussi une évaluation de la qualité de vie par l'intermédiaire de la SQuol 18, échelle de qualité de vie spécifique aux patients souffrant de schizophrénie. Une évaluation des dimensions cliniques positives et négatives de la schizophrénie était réalisée à travers la passation de la PANSS.

### **1.5 Evaluation des effets du programme construit.**

#### **➤ *Quels moyens pour évaluer les effets d'un programme psychoéducatif sur les troubles du sommeil ?***

Une étape d'évaluation des effets attendus consécutifs à l'administration du programme est nécessaire. Cette étape respecte les préconisations d'usage d'un programme d'éducation thérapeutique. Elle s'inscrit aussi dans l'évaluation des objectifs établis avec les patients comme dans chaque processus psychothérapeutique et notamment ceux ayant une approche cognitive et comportementale. Il s'agit d'évaluer les changements opérés par le programme sur des paramètres propres au sommeil et aux symptômes des patients.

Le programme construit portant sur les troubles du sommeil, le premier effet attendu est une amélioration du sommeil. Classiquement, l'amélioration du sommeil est perceptible à travers la mesure de la durée du sommeil, de la qualité de sommeil, de la latence d'endormissement, de l'index d'efficacité du sommeil (rapport entre le temps de sommeil total et le temps passé au lit multiplié par cent). Ces paramètres de sommeil sont appréciables finement par un examen en polysomnographie soit une évaluation objective. C'est l'examen de référence qui permet de calculer le temps passé au lit, la période de sommeil (du moment de l'endormissement au moment du réveil définitif), le temps total de sommeil (période de sommeil moins la durée de veille intra sommeil), la latence d'endormissement, la latence de survenue du premier sommeil paradoxal, la durée de chaque stade de sommeil au sein des cycles et au cours de la nuit, le nombre d'éveils, leur durée respective, et la durée totale de la veille au cours du sommeil. Une latence d'endormissement inférieure à 30 minutes, une durée de sommeil lent léger occupant 50% du temps de sommeil total, une durée de sommeil lent profond de 60 à 100 minutes et un taux de sommeil paradoxal autour de 20% sont des valeurs dans la fourchette de la normalité.

L'actimétrie reflète l'étude du rythme repos-activité soit un reflet indirect du rythme veille-sommeil. Elle est réalisée par le port d'une montre qui détermine les mouvements au cours de la journée. L'actimétrie permet sur la période d'enregistrement de déterminer l'heure de début et de fin de sommeil, la durée de la période totale de sommeil, la durée de la plus longue période d'inactivité et d'activité ainsi que le nombre d'éveils. En comparaison avec la polysomnographie, l'actimétrie sous-estimerait légèrement la latence d'endormissement et la durée des éveils nocturnes alors qu'elle surestimerait le temps dormi. L'actimétrie est souvent utilisée pour suivre l'effet d'une thérapeutique médicamenteuse ou comportementale chez des patients souffrant d'insomnie(86)

L'agenda de sommeil au travers de l'analyse de sa modification permet d'avoir un retour sur des effets sur le sommeil après une intervention thérapeutique.

Des évaluations subjectives permettent d'apprécier l'amélioration du sommeil en particulier l'insomnie et la somnolence diurne. L'évaluation de l'insomnie est appréciable par l'index de sévérité de l'insomnie révisé ISI-R établi par Morin(87). C'est une échelle psychométrique en auto-questionnaire évaluant sept items cotés entre 0 (aucunement) et 4 (extrêmement). Une cotation a été établie :

0 à 7 : absence d'insomnie

8 à 14 : insomnie sous clinique

15 à 21 : insomnie modérée

22 à 28 : insomnie sévère

Une amélioration de 8 points après mesure est considérée comme cliniquement significative entre avant et après les mesures. Un score seuil au-dessus de 10 est requis pour identifier les cas d'insomnie.

L'évaluation de la somnolence dans les conditions de vie usuelles par l'intermédiaire de l'échelle d'Epworth(88) est une échelle d'auto-estimation de la somnolence comportementale qui comporte une composante « trait ». Elle mesure la probabilité qu'a un sujet d'être somnolent dans huit situations de la vie courante. Chaque situation est cotée entre 0 (jamais de somnolence) et 3 (forte chance de s'endormir). Le score peut varier de 0 à 24. Un score supérieur à 10 indique une somnolence diurne. Il existe aussi le questionnaire de Karolinska et l'échelle de somnolence de Stanford.

Une estimation subjective et ponctuelle de l'intensité des troubles du sommeil, de la qualité du sommeil, de la somnolence au cours de la journée peut s'évaluer grâce à l'utilisation d'échelle visuelle analogique où il est proposé de situer entre des extrêmes (peu intense/ très intense) sur une échelle de 10 cm sans trait et sans repères. Ces estimations peuvent se faire par oralement sous la forme d'échelles verbales graduées.

- Intensité des troubles du sommeil allant de 0 (troubles du sommeil peu intense) à 10 (troubles du sommeil très intense)
- Qualité du sommeil allant de 0 (qualité mauvaise de sommeil) à 10 (qualité de sommeil excellente)
- Eveil au cours de la journée allant de 0 (je suis très somnolent) à 10 (je suis très éveillé)

D'autres évaluations concernant plus l'insomnie sont intéressantes comme l'échelle de croyances et attitudes dysfonctionnelles (CAS) concernant le sommeil. Cette auto-questionnaire est administré en début de thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie ou au moment de la phase cognitive de la thérapie et permet de suivre en cours de la thérapie



l'évolution des croyances dysfonctionnelles sur le sommeil. Elle n'est généralement pas proposée d'emblée lors du bilan clinique initial.

Les objectifs secondaires attendus du programme portent sur l'amélioration de la qualité de vie et l'amélioration de la symptomatologie des patients souffrant de schizophrénie. La qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie a été très étudiée. Diverses échelles permettent de l'apprécier. La S-QoL 18(89) est la version courte d'une échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie. Elle est constituée de 18 items cotés de 1 à 5 sur une échelle de type Likert. Elle comporte 8 facteurs : Estime de soi, Résilience, Autonomie, Bien-être physique, Relations familiales, Relations avec les amis, Vie sentimentale, Bien-être psychologique, ainsi qu'un index global. Son temps de passation court (moins de 5 minutes) et ses qualités métrologiques lui confèrent une excellente utilité pour la pratique clinique ou la recherche. Le score de qualité de vie varie de 0 à 100.

La PANSS(90) «Positive and negative syndrome scale» est une échelle d'hétéro-évaluation en 30 items, cotés de 1 à 7, des symptômes psychopathologiques observés chez des patients présentant des états psychotiques, en particulier schizophréniques. Elle permet de calculer les scores de trois dimensions syndromiques : positive, négative et de psychopathologie générale, dans une perspective à la fois catégorielle et dimensionnelle. Son utilisation est particulièrement indiquée pour déterminer un profil psychopathologique, rechercher des éléments pronostiques d'une évolution et évaluer les efficacités respectives de diverses stratégies thérapeutiques. La soustraction entre le score de dimension positive et le score de dimension négative permet d'établir des sous profils cliniques de patients. D'autres échelles sont envisageables comme la psyrats par exemple.

Des évaluations complémentaires pourraient être intéressantes comme l'auto-questionnaire des troubles cognitifs chez les patients souffrant de schizophrénie SSTICS(91). Une évaluation de l'humeur et de l'anxiété par l'échelle HAD(92) peut aussi s'intégrer dans la mesure des effets du programme.

*Dans l'idéal, l'évaluation du programme pour mesurer ses effets devrait comporter une polysomnographie ou une actimétrie. Nous retenons pour le programme des auto-questionnaires portant sur la sévérité de l'insomnie, la sévérité de la somnolence et des estimations par échelles verbales graduées et agenda de sommeil en ce qui concerne la mesure des paramètres de sommeil. Pour les autres dimensions, la littérature propose plusieurs choix et nous avons sélectionné l'échelle SQOL 18 pour évaluer la qualité de vie et l'échelle PANSS positive et négative pour la symptomatologie clinique.*

➤ **Questionnaire de satisfaction de fin de programme.**

Chaque programme comprenant de l'éducation thérapeutique contient un questionnaire de satisfaction afin d'avoir des données qualitatives pour améliorer le programme.

Ce questionnaire de satisfaction renseigne la satisfaction du programme vis-à-vis de la forme, du contenu et des effets engendrés. Il laisse place aussi à des commentaires et informe sur les points positifs et négatifs du programme.

## **2. Méthodologie de l'étude préliminaire.**

Une étude préliminaire est réalisée par application du programme construit sur un groupe de patients. L'étude est réalisée sur le site du CHU Bretonneau à Tours dans le service de psychiatrie D, entre le 05 mai 2017 et le 11 juillet 2017.

### **2.1 Participants et critère d'inclusion.**

Les patients ont été recrutés sur la liste de patients suivis en consultation ambulatoire ou en hospitalisation de jour du CHU Bretonneau à Tours dans le service de psychiatrie D.

Les critères d'inclusion étaient :

- Patients répondants aux critères d'un diagnostic de trouble du spectre schizophrénique
- Agés entre 18 et 70 ans
- En capacité de recevoir des informations en français, savant lire et écrire.
- Ayant accepté la proposition de participer à ce programme
- Ayant au moins un hypnotique ou médicament à visée sédatrice le soir au coucher.

Aucun critère d'exclusion n'a été défini.

### **2.2 Intervention.**

L'intervention est l'application du programme de psychoéducation sur les troubles du sommeil pour patients souffrant de schizophrénie construit au préalable. Le programme comprend un bilan clinique initial pour chaque patient en entretien individuel, puis la participation à 7 séances d'une durée de 1 heure sur 7 semaines. La délivrance du programme est réalisée en setting groupal, encadré par deux co-thérapeutes (moi-même et une infirmière de l'hôpital de jour de la Chevalerie). Le programme repose sur un contenu s'inspirant du programme de thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie de Charles Morin et sur des interventions ciblées plus spécifiques aux patients souffrant de schizophrénie. L'intervention est détaillée sous la forme d'un guide (cf première partie résultats) à l'usage des thérapeutes. Les participants peuvent bénéficier pour certaines séances de fiches résumées, rappelant certains points clef à mettre en œuvre.

L'intervention proposée était administrée dans une salle de réunion, tous les mardis à heure fixe (14 heure). Les thérapeutes avaient à leur disposition un tableau paperboard. Les patients

devaient se procurer un cahier faisant office de journal de thérapie en début de programme et un agenda de sommeil sur une feuille A4 était remis chaque semaine.

### **2.3 Critère de jugement.**

L'objectif est de montrer la faisabilité du programme construit. Les critères de jugement comportent le taux de participation des patients au programme, le respect du format et du contenu du programme conçu, les commentaires des patients à travers le questionnaire de satisfaction et l'analyse qualitative et les commentaires des thérapeutes sur la faisabilité du programme.

### **2.4 Evaluations Cliniques.**

Les effets du programme ont été mesurés :

- Sur les paramètres de sommeil : par l'index de sévérité d'insomnie ISI-R (cf supra), l'échelle de somnolence d'Epworth (cf supra) et l'analyse qualitative de l'agenda de sommeil. Ont aussi été utilisées des échelles verbales graduées (EVG) sur l'intensité des troubles du sommeil, la qualité du sommeil et qualité de l'éveil.
- Sur les effets attendus par l'application du programme hors du champ des paramètres de sommeil, une évaluation de la qualité de vie en autoévaluation a été réalisée lors du bilan clinique initial et lors de la séance finale ainsi qu'une échelle évaluant la symptomatologie positive et négative au travers de la PANSS.

	S0	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
ISI-R	✓				✓			✓
EPWORTH	■				✓			✓
EVG	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PANNS + PANSS -	■							✓
SQUOL18	✓							✓

Tableau récapitulatif des évaluations cliniques durant l'intervention

## **2.5 Aspects éthiques.**

L'étude préliminaire porte sur un nombre restreint de patients. La soumission au comité d'éthique se fera dans le cadre d'une prochaine étude.

## **2.6 Analyse de données.**

Il s'agit d'une étude préliminaire ayant pour objectif de montrer la faisabilité et l'applicabilité d'une intervention thérapeutique en groupe sur un nombre limité de patients. Nous avons réalisé une analyse quantitative et qualitative des résultats de chacun des patients ayant participé au programme, ainsi qu'une analyse des grandes tendances des résultats observés au sein du groupe. Considérant la faiblesse de l'échantillon pour cette étude préliminaire, nous n'avons pas réalisé d'analyse statistique.

# **RESULTATS**

## **1. Programme de psychoéducation pour les patients souffrant de schizophrénie : guide du thérapeute**

Cette partie détaille le guide pour les thérapeutes du programme construit sur des données de la littérature. Ce programme a été construit à travers différentes sources dont les deux principales sont le programme de thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie de Morin, Université de Laval et l'étude de Waite et al, étude proposant une liste de douze facteurs perturbateurs du sommeil chez des patients souffrant de schizophrénie. Nous mettons à disposition les références pour le contenu théorique de ce programme (voir bibliographie).

La dimension ciblée étant le sommeil, les connaissances appropriées dans ce domaine peuvent être fournies par l'ouvrage « Sommeil, rythme et psychiatrie » aux éditions Dunod. Les informations générales sur le sommeil sont disponibles (définition, épidémiologie, physiologie) et un chapitre est dédié aux perturbations du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie. Il est conseillé aux thérapeutes de lire cet ouvrage afin d'avoir une vision globale de l'interaction entre le sommeil et les pathologies psychiatriques avant de démarrer le programme.

La structure du programme comporte une évaluation initiale réalisée en entretien individuel au terme duquel nous proposons ce module comme traitement. Le bilan clinique initial est réalisé par le psychiatre. Il a pour objectif d'identifier la ou les plaintes de sommeil et d'éliminer des troubles du sommeil propres aux patients ayant un traitement spécifique comme le syndrome d'apnées du sommeil ou le syndrome des jambes sans repos. Ce bilan évalue la motivation du patient à s'intégrer dans le programme. Il comprend des mesures subjectives de paramètres du sommeil tel que l'index de sévérité d'insomnie ISI-R et l'échelle de somnolence diurne d'Epworth et des mesures de la symptomatologie clinique propre à la schizophrénie, tel que la PANSS sur la symptomatologie positive et négative. Il est demandé aux patients leur préférence de traitement afin de traiter leurs troubles du sommeil. Trois propositions de traitement lui sont proposées : modification de son traitement actuel, prescription de mélatonine et programme psychoéducatif en groupe. Le bilan initial se présente sous forme d'un questionnaire [Annexe 1].

Le format du programme est une thérapie de groupe comprenant 7 séances d'une durée de 1 heure, une fois par semaine. Ce programme est destiné à être co-animé par deux thérapeutes (psychiatres, psychologues, infirmiers). Le nombre de patients requis fixé est de 6 à 8. Il est préférable que les horaires des séances soient identiques tout au long du programme afin de faciliter l'agenda des patients. Le programme est intégrable en hôpital de jour dans le projet de soins des patients ou peut être proposé comme une intervention thérapeutique indépendante en CMP ou hôpital de Jour. Le support utilisé est un tableau paperboard pour noter des observations faites par le patient et pour faire des schémas explicatifs appuyant les explications orales. Des fiches récapitulatives seront remises aux patients lors de certaines séances. Le patient doit disposer d'un journal de thérapie prenant la forme d'un cahier. Un agenda de sommeil sera remis à chaque séance par les thérapeutes, à remplir pour la semaine suivante. Les agendas de sommeil seront photocopiés par les thérapeutes après accord des patients chaque semaine. Chaque séance est découpée suivant la séquence suivante :

1/ Revue de Tâches

2/ Programme séance – Questions posées par les patients

3/Feedback

4/ Prescription de Tâches.

Ce découpage est issu des modèles de Thérapie cognitive et comportementale en individuel et en groupe de Beck.

### **1.1 Déroulement d'une séance.**

#### **➤ La revue de tâche.**

La revue de tâche consiste pour le groupe à revenir sur la mise en application des outils, conseils, auto-observations, exercices vus à la séance précédente. On demande à deux patients de décrire cette mise en application. Ils peuvent rapporter à la fois les effets engendrés par les tâches demandées et les difficultés rencontrées dans la réalisation de ces tâches. L'agenda de sommeil et le journal de thérapie sont encouragés à être utilisés pour cette revue de tâche.

Cette revue de tâche évalue l'observance des tâches réalisées. Elle permet d'identifier les difficultés à réaliser une tâche. Elle fait émerger des solutions pour améliorer l'observance des

tâches et leur réalisation. Le groupe et les thérapeutes proposent des solutions pour aider celui ou celle ayant eu des difficultés à appliquer ces tâches. Cette aide permet de dédramatiser l'échec. Cette revue de tâche est un temps de prise de parole en début de séance faisant travailler l'affirmation de soi, l'exposition à la crainte du jugement d'autrui et le lien social. Elle rappelle ce qui a été vu lors de la séance précédente, réactivant ainsi des informations. L'évaluation des tâches à réaliser par les patients peut s'apprécier à travers des questions fermées(53):

- Combien de fois avez-vous pratiqué la tâche ?
- Combien pensez-vous avoir été impliqué dans la tâche ?
- Combien avez-vous trouvé la tâche difficile à réaliser ?

La durée de cette séquence doit être de l'ordre de 15 min.

➤ **Programme de la séance- Questions posées aux patients.**

Le programme de la séance aborde un ou des thèmes en lien avec le sommeil des patients souffrant de schizophrénie. Autour de ce thème, sont données des informations sur un versant d'éducation thérapeutique. Les thérapeutes font discuter de la mise en pratique de ce thème au groupe à travers l'élaboration de « Tâches » demandées au patient. Ces « Tâches » peuvent être des auto-observations concernant différents aspects de leur sommeil, des comportements à mettre en œuvre, des attitudes contre lesquelles lutter, des stratégies pour améliorer son sommeil. Elles sont mises en application au domicile entre les séances. Ces différentes mesures reposent sur des outils variés comme des techniques comportementales, des techniques de thérapie cognitive, des mesures d'hygiène de sommeil, des mesures chronobiologiques et des conseils. L'esprit est de faire prendre conscience au patient de ses propres comportements, croyances, et de lui donner des outils pour qu'il puisse les modifier. Le programme de la séance est écrit sur un tableau et permet aux patients de suivre les informations qui vont être données. Il décrit le contenu de la séance de façon simple (nom du thème évoqué). Les patients sont invités à poser des questions lors de cette séquence.

Les thérapeutes n'hésiteront pas à répéter, reformuler et vérifier ce qui a été compris très régulièrement afin d'optimiser l'entrée des informations et de s'adapter aux déficits cognitifs des patients dans la mesure du possible. Il s'agit de veiller à marquer des temps de silence pour s'adapter à la vitesse de traitement des informations des patients, de vérifier ce qui a été



compris en demandant aux patients de reformuler les informations. Le temps réservé à cette séquence est de l'ordre de 30 minutes.

➤ **Le feedback.**

Le feedback est une séquence d'expression émotionnelle pour les patients sur la séance qui vient de se dérouler. Quelque chose vous a-t-il gêné pendant la séance ? Avez-vous vécu négativement ou positivement cette séance ? Voulez-vous revenir sur un point particulier ? Ce temps permet à la fois aux patients de travailler sur leur émotions mais aussi d'exprimer des ressentis négatifs qui pourraient contribuer à une mauvaise observance des mesures mises en place, à une rupture de l'alliance avec les thérapeutes et à une baisse de motivation concernant l'implication dans la thérapie. Le temps réservé à cette séquence est de l'ordre de 5 minutes.

➤ **La prescription de tâches.**

Il s'agit ici de résumer et écrire au tableau les tâches à réaliser pour la séance suivante. Cela permet au patient de les écrire dans son journal de thérapie. C'est le moment de la séance où il peut l'utiliser car on privilégie l'écoute et l'entrée de l'information par un seul canal sensoriel pendant la séance afin de ne pas parasiter le traitement de l'information. Nous consacrerons 5 minutes à cette séquence.

**Points clefs :**

- ✓ Bilan clinique initial : état des lieux des troubles du sommeil et recherche de trouble du sommeil intrinsèque
- ✓ Programme d'intervention courte (7 séances) adapté aux patients souffrant de schizophrénie
- ✓ Plan de séance fixe, durée des séances courte (1h).
- ✓ Répéter, Reformuler, Réactiver : les 3 R pour maximiser l'entrée des informations

## **1.2 Contenu des séances**

- ❖ Séance 1 : Présentation du groupe – Objectifs et Supports Nécessaires.
- ❖ Séance 2 : Généralités sur le sommeil – Introduction à l'Hygiène de Sommeil
- ❖ Séance 3 : Hygiène de sommeil et association lit -sommeil
- ❖ Séance 4 : Le sommeil, c'est respecter un rythme
- ❖ Séance 5 : Inquiétudes autour du sommeil
- ❖ Séance 6 : Interaction Sommeil et Voix.
- ❖ Séance 7 : Synthèse sur la thérapie

### **❖ Séance 1 : Présentation du groupe – Objectifs, Agenda de sommeil et Journal de Thérapie**

#### **1/ Revue de Tâche**

Absente

#### **2/ Programme de la séance**

- *Présentation des membres du groupe* : La première séance est la prise de contact en groupe. Elle réunit les deux thérapeutes et les patients participants au groupe. La séance débute par une prise de parole de chacun des membres afin de se présenter. Afin de faciliter la prise de parole, les thérapeutes se présentent en premier et précisent par quel nom les membres du groupe peuvent s'adresser à eux. Chaque membre du groupe se présente ensuite à tour de rôle en donnant les informations qu'il souhaite et précise le nom par lequel il veut qu'on s'adresse à lui. Cela permet de préserver une forme d'anonymat pour ceux qui le souhaitent. En ce sens, il est important de rappeler que tout ce qui se dit et se fait dans le groupe est propre au groupe et ne doit être utilisé par les uns envers les autres. Le groupe sera disposé en cercle afin de faciliter les échanges.
- *Modalités des séances* : Les thérapeutes rappellent dans un premier temps le fonctionnement du groupe. Heure d'arrivée, lieu, heure de départ, et date des séances. Le planning des séances est remis sur une feuille A4. Dès lors, nous évoquons avec les

patients deux ou trois façons de ne pas oublier les séances. Par exemple, coller le planning sur son frigo ou se mettre des post-it, ou encore installer une alarme sur son téléphone pour ceux en ayant un.

- *Présentation du programme* : Description rapide du programme des sept séances
- *Présentation du déroulement de chaque séance* : Il s'agit de présenter le plan de chaque séance respectant les séquences décrites ci-dessus (revue de tâche, programme de la séance, feedback et prescription de tâche)
- *Balance décisionnelle* :

Lors de cette première séance, on introduit un exercice de balance décisionnelle ayant pour objectif de renforcer le discours de changement sur l'amélioration de son sommeil. Par l'intermédiaire du paperboard, le groupe prend la parole et liste sur deux colonnes distinctes les avantages à améliorer son sommeil (avantage d'un bon sommeil-avantage à changer sa situation) vs les inconvénients à améliorer son sommeil (inconvénients d'un changement). L'exercice fait émerger la vision de l'impact du sommeil sur le fonctionnement des patients et cherche à renforcer la motivation au changement.

- *Détermination des objectifs* :

Chaque patient détermine un ou des objectifs personnels concernant le programme. Les objectifs personnels sont énoncés devant le groupe. L'intérêt peut être de souligner si des patients ont des objectifs similaires, renforçant l'alliance et le sentiment d'appartenance au groupe avec un effet déstigmatisant. Ces objectifs seront réévalués en dernière séance pour voir s'ils ont été atteints.

- *Agenda de sommeil* :

Il s'agit d'un agenda retraçant diverses caractéristiques du sommeil à remplir tous les jours de la semaine. Cet agenda figure sur une feuille A4 remise aux patients [Annexe2]. A chaque séance est remis un agenda. Le patient doit remplir cet agenda le matin après sa nuit de sommeil. La première étape explique le principe de cet agenda et son intérêt. La deuxième étape apprend au patient comment l'utiliser. La troisième étape aborde l'importance de cet outil pendant la durée du programme.

Cet agenda est un outil permettant d'observer les troubles du sommeil à savoir la somnolence diurne, l'insomnie d'endormissement, les réveils nocturnes. Il permet de voir l'amélioration

du sommeil au cours de la thérapie mais aussi c'est un moyen permettant au patient d'appliquer certaines mesures mises en œuvre comme par exemple un horaire de lever et de coucher fixe pour respecter sa fenêtre de sommeil. Le patient devra remplir son agenda le matin sans avoir regardé l'heure la nuit s'il se réveille. L'agenda du sommeil est un auto-enregistrement quotidien de son sommeil. Il favorise l'intérêt pour son sommeil et renforce la motivation à changer ses comportements et ses croyances autour du sommeil.

- *Journal de thérapie :*

A l'issue de l'entretien individuel d'évaluation des troubles du sommeil, nous avons demandé au patient d'acheter un cahier qui sera un journal de thérapie. Il s'agit d'un cahier où le patient pourra noter les tâches réalisées entre les séances tous les jours de la semaine ainsi que des observations libres sur son sommeil. Par exemple, il pourra noter si les tâches demandées ont pu être mises en œuvre, si ils ont eu des difficultés à les mettre en œuvre (ex : l'ouverture des volets le matin ou les mesures d'hygiène de sommeil). Ce journal de thérapie est personnel. Nous conseillons de noter la date de chaque observation et de mettre un mot dans son journal chaque jour de la semaine.

### 3/ Feedback

### 4/ Prescription de tâches

- Agenda de sommeil à remplir pour la semaine suivante.
- Journal de thérapie (noter des observations libres sur son sommeil)

#### **Points clefs :**

- ✓ Créer un climat bienveillant, empathique
- ✓ Déterminer des objectifs
- ✓ Exercice balance décisionnelle ++
- ✓ Mode d'emploi de l'agenda de sommeil +++
- ✓ Mode d'emploi du journal de thérapie

## ❖ Séance 2 : Généralités sur le sommeil – Introduction à l'Hygiène de Sommeil

### 1/ Revue de tâche :

- *Utilisation de l'Agenda de sommeil :*

Observance, Observations, Difficultés ? Mettre en place des stratégies pour le remplir afin d'optimiser l'observance de l'agenda.

« Faire lister au groupe des solutions pour améliorer l'observance ». Solutions éventuelles à proposer : installer un rappel sur son téléphone, placer l'agenda près du lieu de prise du petit déjeuner, se mettre un post-it dans son salon ou sa chambre pour penser à remplir l'agenda.

- *Utilisation du Journal de thérapie :*

Qu'avez-vous remarqué sur votre sommeil ?

- *Auto-Evaluation par échelles verbales graduées* pour chaque membre du groupe de l'intensité des troubles du sommeil, la qualité du sommeil et la qualité de l'éveil depuis la semaine dernière.

### 2 / Programme de la séance :

Deux thèmes sont abordés dans cette deuxième séance. D'une part des généralités sur le sommeil et d'autre part une introduction à l'hygiène de sommeil.

- *Généralités sur le sommeil :*

Une Fiche récapitulative Feuille recto-verso est donnée en fin de séance [Annexe 3]. Il s'agit d'expliquer simplement le fonctionnement du sommeil. Six informations principales sont transmises :

- le sommeil est une fonction capitale de l'organisme (autant que l'alimentation, l'hydratation etc.)
- le sommeil évolue en cycle : on fait 4 à 6 cycles de sommeil par nuit d'une durée de 90 à 110 min
- le sommeil est régulé par des synchroniseurs extérieurs (jour et nuit, activité et repos) et des synchroniseurs internes

- les conséquences d'absence de sommeil sont connues : fatigue, irritabilité, dépression, diminution des performances physiques
- la dérégulation du sommeil peut entraîner des rechutes de votre maladie (augmentation des hallucinations auditives, augmentation du sentiment de persécution)
- les troubles du sommeil ne font pas partie intégrante de votre maladie.

On peut s'aider d'un schéma explicatif pour résumer ces différents points.

- *Introduction à l'hygiène de sommeil :*

L'idée est d'assurer un bon environnement de sommeil et donner de l'importance à son environnement de sommeil. On se base sur le fait d'assurer une place au sommeil dans son environnement. C'est à la fois une mesure d'hygiène de sommeil mais aussi une mesure indispensable aux stratégies de l'association lit-sommeil.

« Faire lister au groupe les éléments faisant partie de l'environnement de sommeil » ..... Lieu de sommeil, état de la literie, couverture, température de la chambre, odeur, bruit, état de propreté de la chambre, présence d'écran dans la chambre, luminosité dans la chambre, présence de volet fonctionnel respectant l'obscurité.

La présence ou l'absence d'un bon environnement de sommeil est susceptible de perturber le sommeil des patients. Souvent, de notre expérience, les visites à domicile chez les patients souffrant de schizophrénie permettent de dévoiler des signes cliniques non appréciables en entretien. L'environnement du patient révèle des symptômes comme l'absence d'ouverture des volets témoins d'anxiété et de clinophilie ou l'état de propreté de l'appartement témoin possible d'apragmatisme entre autre.

« Visite à domicile proposée au groupe afin d'optimiser l'environnement de sommeil » sur la base du volontariat, sans aucune obligation pour les patients le souhaitant.

- ✓ Première tâche : Observer son environnement de sommeil.

On demande au groupe de décrire son environnement de sommeil dans son journal de thérapie.

Par ailleurs, dès la deuxième séance, on introduit une mesure comportementale faisant partie des règles d'hygiène du sommeil classique qui introduit la notion de rythme. Cette notion de rythme sera reprise précisément en séance 4 mais il semble opportun de commencer à l'introduire dès le début du programme. Le patient souffrant de schizophrénie a des troubles

du rythme circadien veille-sommeil. Une part importante de la thérapie cherche à rétablir ce rythme. Pour cela, en groupe, on établit une liste du premier geste fait au lever.

Qu'est-ce que je fais quand je me lève ? Quel est mon premier geste à la sortie du lit ?

« Lister pour chaque membre du groupe le premier geste fait au lever »

Au terme de ce listing, nous mettons ensemble un premier geste commun pour tous les patients au lever : l'ouverture des volets et aération de la chambre. Ce premier geste n'est pas anodin. C'est d'abord pour le patient une obligation de se lever du lit et de ne pas y trainer. C'est aussi une première synchronisation avec la lumière du jour. C'est une règle d'hygiène du sommeil.

- ✓ Deuxième tâche : Appliquer un geste commun le matin au réveil pour tout le groupe :  
Ouverture des volets et aération de la chambre.

### 3/Feedback

### 4/Prescription de tâches :

- Description de son environnement de sommeil dans son journal de thérapie
- Application de l'ouverture des volets et aération de la chambre au lever
- Agenda de sommeil

### **Points clef :**

- ✓ Première revue de tâche : détecter les patients en difficulté, réassurer, motiver !
- ✓ Psychoéducation sur le sommeil et son impact
- ✓ Assurer un bon environnement de sommeil !
- ✓ Activation comportementale dès le réveil !

### ❖ Séance 3 : Hygiène de sommeil et Association lit –sommeil

#### 1/ Revue de tâche

- *Observation de son environnement de sommeil :*

Vous avez observé votre environnement de sommeil, pouvez-vous me le décrire ? Que pensez-vous de cet environnement de sommeil ? Avez-vous observé dans votre environnement des facteurs contribuant à ne pas favoriser votre sommeil ?

« Faire la liste avec le groupe »

Quelle modification avez-vous fait dans votre environnement pour qu'il favorise plus votre sommeil ?

- *Ouverture des volets le matin et aération de la chambre :*

Avez-vous pu mettre en application l'ouverture des volets le matin ?

- *Agenda de sommeil*
- *Auto-Evaluation par échelles verbales graduées* pour chaque membre du groupe de l'intensité des troubles du sommeil, la qualité du sommeil et la qualité de l'éveil depuis la semaine dernière.

#### 2 / Programme de la séance :

- *Hygiène de Sommeil :*

C'est une des techniques de base d'amélioration du sommeil chez tous les patients. Il s'agit de mesures visant à favoriser une bonne initiation et un bon maintien du sommeil. L'enjeu réside dans la façon d'aborder ces mesures pour qu'elles ne soient pas vécues comme coercitives. Les mesures d'hygiène de sommeil classique concernent :

- une liste d'excitants à proscrire après 16H (thé, café, boissons énergisantes, alcool)
- l'évitement des siestes
- l'absence d'activité physique le soir qui a un effet stimulant
- l'absence de repas trop lourd



- la favorisation d'un environnement adaptée (lumière, bruit, température de la chambre)
- l'absence d'utilisation d'écrans avant le coucher (tablette, ordinateur, tv, smartphone)

Comment aborder ce thème ?

Commencer par questionner « l'hygiène ça vous évoque quoi ? » Permet de sous classifier hygiène alimentaire, hygiène corporelle, hygiène pour être en bonne santé etc...on aboutit à lister les éléments faisant partie d'une mauvaise hygiène de sommeil. Cette liste est ensuite mise en lien avec la survenue de trouble du sommeil.

- ✓ Première tâche: noter le nombre d'excitants pris après 16h, le nombre de siestes (notion intégrée dans l'agenda de sommeil), nombre de cigarettes consommées la nuit lors des réveils, le temps passé devant les écrans avant le coucher chez vous au domicile pour la prochaine séance
- ✓ Remise d'une fiche récapitulative sur les mesures d'hygiène de sommeil en fin de séance [Annexe 4]

- *Associer le lit au sommeil :*

La mise en place de stratégies de *contrôle du stimulus* renforce l'association entre le lit et le sommeil. Il s'agit d'un conditionnement opérant. Il a pour but que l'individu associe le lit au sommeil et favorise un conditionnement en ce sens. Aux patients, nous expliquerons que « vous devez vous conditionner à dormir et non à vous activer ». Comment procéder ?

Ces stratégies reposent principalement sur l'évitement des siestes pendant la journée, la régularisation d'un lever régulier, aller au lit uniquement lorsqu'on est somnolent, installer un rituel d'endormissement de détente avant le coucher, réserver le lit uniquement pour dormir. Ces mesures doivent être utilisées à bon escient chez le patient souffrant de schizophrénie.

En effet si on les reprend une par une :

- L'évitement des siestes est important pour ne pas diminuer la pression de sommeil et respecter l'homéostasie du sommeil. Elle revient à lutter contre l'hypersomnolence du patient souffrant de schizophrénie. L'hypersomnolence a plusieurs origines (iatrogénie liée aux neuroleptiques, symptomatologie négative, syndrome d'apnée du sommeil, consommation de toxiques). Donc il s'agit d'informer, mais la résolution passe aussi

par de l'activation comportementale (= programmation d'activités) afin de pouvoir limiter au mieux ces siestes.

- La mesure consistant à « aller au lit uniquement lorsqu'on est somnolent » ne paraît pas adéquate chez nos patients. En effet ceux-ci du fait d'une faible activité d'une façon générale et en soirée ont tendance à aller se coucher tôt. Certains peuvent même avoir des troubles du rythme circadien de type avance de phase. De plus les qualités d'insight de ces patients sont inégales. Un des objectifs majeurs chez le patient souffrant de schizophrénie est de lutter contre la somnolence en particulier en journée et en début de soirée.

Observer ce qui favorise votre sommeil, vous permet de mieux dormir. Arrivez-vous à repérer le moment où le sommeil vient ? Vous arrive-t-il de vous endormir tôt dans la soirée ? Avez-vous tendance à vous endormir dans le canapé ?

Message : seul le lit est le lieu réservé au sommeil à un horaire adéquat. Du moment que vous êtes dans votre lit, c'est pour dormir. D'où consigne : ne pas trainer sur son lit, ne pas se reposer sur son lit, utiliser le lit uniquement pour le sommeil.

✓ Deuxième tâche:

- Noter le nombre de fois dans la journée où vous auriez envie de passer du temps dans votre lit
- Noter le nombre de fois où vous passez du temps dans votre lit sans dormir.

### 3/ Feedback

### 4/ Prescription de tâche :

- Mesures d'hygiène de sommeil : appliquer les mesures énoncées et noter sur votre journal si vous avez des mauvaises habitudes d'hygiène de sommeil.
- Association lit-sommeil : noter les moments où vous avez envie de vous reposer ou de trainer dans votre lit lors de la journée et de la soirée
- Agenda de sommeil
- Fiche récapitulative remise

**Points clef :**

- ✓ Mesures d'hygiène de sommeil
- ✓ Association lit-sommeil : le lit est le seul endroit réservé au sommeil
- ✓ Auto-observer ces mauvais comportements à l'aide de l'agenda de sommeil

❖ **Séance 4: Le sommeil, c'est respecter un rythme.**

1/Revue de tâche :

- *Auto-observation des habitudes de sommeil* : Pouvez-vous me rappeler les mesures d'hygiène de sommeil ?
- *Auto-observation de la tendance à trainer ou se reposer dans son lit* à un autre moment que l'heure de coucher
- *Indicateurs* permettant de vérifier l'observance des mesures mises en place :
  - Nombre de siestes sur la semaine passée ?
  - Nombre de cafés pris par jour après 16h
  - Temps passé dans son lit sans dormir
  - Nombre de cigarettes prises en pleine nuit

Observation des effets ? Difficulté à la mise en œuvre des mesures ? Amélioration de l'observance de ces mesures ?

- *Agenda de sommeil* : Quatrième séance de thérapie.
- *Journal de thérapie* : observation sur hygiène de sommeil

2/Programme de séance :

- *Psychoéducation sur le rythme de sommeil* : les objectifs de cette séance sont la délivrance d'informations sur l'importance de la notion de rythme et sur l'interaction et l'intégration de cette notion avec des facteurs environnementaux. Les exercices viseront à améliorer les activités quotidiennes en journée et en soirée tout en intégrant des mesures chronobiologiques comme l'exposition à la lumière.

Le rythme est d'abord donné par l'alternance Jour/Nuit et Activité-Repos : le sommeil se régule en fonction de ces deux synchroniseurs.

« L'enjeu est de réfléchir avec le groupe aux moyens de se synchroniser ».

Le respect d'une fenêtre de sommeil fonction de la quantité de sommeil nécessaire propre à chaque individu est une mesure phare de synchronisation du rythme quotidien puisqu'elle définit les horaires de lever et de coucher à respecter. L'exposition à la lumière est une mesure à la fois chronobiologique et comportementale chez le patient souffrant de schizophrénie. L'organisation d'activités quotidiennes permet d'augmenter sa pression de sommeil. C'est une mesure participant à la régulation du rythme circadien et homéostatique et participant aussi à la diminution de la symptomatologie négative et à la régulation de l'humeur. Lutter contre un endormissement trop précoce respecte les rythmes veilles-sommeil. Cette régulation des rythmes fait aussi travailler le patient sur le développement de ses capacités organisationnelles.

En synthèse cette séance instaure :

- Fenêtre de sommeil : déterminer pour chaque patient sa fenêtre de sommeil et appliquer des horaires de lever et de coucher fixe pour chaque patient

Et trois objectifs pour rythmer sa journée :

- S'exposer à la lumière du soleil le matin
- Lutter contre les siestes l'après midi
- Instaurer un rituel d'endormissement le soir pour se mettre en condition de sommeil et éviter de se coucher trop tôt

- ✓ Première Tâche : Observer son heure de lever le matin et la durée pour se lever. Observer quelle est son activité durant la matinée.

La mise en route le matin est difficile chez le patient souffrant de schizophrénie et ce pour plusieurs raisons. Parfois il existe un effet sédatif des traitements pris la veille au soir. Il peut aussi avoir une anxiété anticipatoire de commencer la journée et d'être confronté à ses symptômes, poussant le patient à rester au lit. L'objectif est de s'activer le matin et de programmer une activité exposante à la lumière pour une meilleure régulation des rythmes. L'exposition à la lumière du soleil le matin est régulatrice de la sécrétion de mélatonine, hormone jouant un rôle primordial dans la régulation des rythmes circadiens.

« Lister avec le groupe les activités habituelles le matin et celles qu'il pourrait faire et qui permettrait de s'exposer à la lumière du soleil »

Proposition par exemple : Aller prendre son petit déjeuner (Café / Chocolat) à l'hôpital de Jour (marche, sortie de chez soi, exposition à la lumière du jour) ou en ville. Aller s'acheter une viennoiserie tous les matins au réveil, aller se promener. Il faut proposer une action dirigée vers un but. Cette action, si possible, doit être plaisante car l'anticipation du plaisir permet de s'activer vers une action dirigée vers un but.

- ✓ Deuxième Tâche : Observer ses activités la journée et Observer les moments où on a tendance à somnoler.

Quelles sont les causes de rupture dans vos routines quotidiennes ? Pour quelle raisons ne vous rendez-vous pas à tel ou telle activité ? Que vient perturber votre journée quand vous avez quelque chose de prévu ?

- *Stratégie pour augmenter ses activités quotidiennes* : Aménager des activités, c'est augmenter sa pression de sommeil et donc faciliter une meilleur qualité de sommeil. C'est un moyen de lutter contre la somnolence et les siestes qui sont néfastes pour le rythme de sommeil, d'où l'intérêt de s'intégrer dans un programme d'hôpital de jour et des groupes d'entre-aide mutuelle afin de prévoir des activités l'après-midi.

« Identifier avec le groupe les causes de rupture dans ces activités » permet aussi de trouver des stratégies pour combattre l'inactivité.

On propose au groupe d'utiliser une grille d'activités permettant de planifier des activités sur la semaine. Le but est que cette grille soit remplie le plus possible. Les activités à l'hôpital de jour peuvent être intégrées dans cette grille [Annexe 5].

« Lister avec les patients les activités qu'ils pourraient faire ». C'est une méthode d'activation comportementale.

De plus, on renforce la motivation des patients en leur faisant faire un exercice. C'est un exercice issu du programme PEPS. On demande au patient de se souvenir d'une activité plaisante dans sa tête. On demande au patient de monitorer le plaisir qu'il a eu à faire cette activité. On lui demande de répéter cet exercice pour chaque activité de plaisir. Cet exercice permet d'anticiper le plaisir ressenti lors d'une activité et ainsi il permet de motiver le patient à en programmer. Par exemple, si le patient inscrit dans sa grille d'activité l'activité « pêche »

et qu'il s'est entraîné à se souvenir du plaisir ressenti par cette activité, il renforcera sa motivation à faire son activité.

L'objectif de l'après-midi est de lister avec les patients les moyens de lutter contre la somnolence pour éviter les siestes qui posent des perturbations dans le rythme quotidien.

- ✓ Troisième tâche : Observer l'heure à laquelle on a tendance à s'endormir et Observer l'heure à laquelle on se couche et on prend son traitement hypnotique si on en a un.

Le patient souffrant de schizophrénie a tendance à se coucher tôt pour différentes raisons et notamment aussi du fait des effets secondaires sédatifs de certains neuroleptiques. Il s'agit ici de retarder l'heure d'endormissement et de mise au lit qui est trop précoce (souvent après le repas) et qui n'est pas ajusté à la fenêtre de sommeil des patients. Cet horaire de coucher trop précoce peut induire des réveils matinaux précoces mais aussi une fragmentation du sommeil.

A quelle heure je prends mes traitements? Existe-il un effet de somnolence juste après la prise de mes traitements ? Cela entraîne-t-il un endormissement avec mise au lit ? Au lieu d'aller au lit, que puis-je faire pour m'occuper avant de me coucher ? Ai-je tendance à m'endormir le soir sur le canapé ? Sur le traitement, il est préférable de privilégier une prise de traitement 1h à 30 min avant le coucher.

« Lister des activités faisables avant de se coucher ». L'objectif est de se préparer à l'endormissement. La liste doit aboutir sur la programmation d'un rituel d'endormissement.

« Installer un rituel d'endormissement » pour tous les patients 1 heure avant de se coucher en dehors du lit.

### 3/ Feedback

### 4/ Prescription de tâches

- Observer ses activités en matinée
- Observer ses activités l'après midi
- Observer ses activités le soir
- Remplir sa grille d'activité
- Exercice pour anticiper le plaisir à faire une activité
- Agenda de sommeil

- Evaluation réalisée à mi-parcours du programme : Remise d'une ISI (Index de sévérité de l'insomnie) à chaque patient et échelle de somnolence (Echelle d'Epworth). Plus Auto-Evaluation par échelles verbales graduées pour chaque membre du groupe de l'intensité des troubles du sommeil, la qualité du sommeil et la qualité de l'éveil depuis la semaine dernière.

### **Point Clef :**

- ✓ Trois objectifs pour rythmer sa journée et synchroniser son sommeil :
  - matin : s'exposer à la lumière du soleil
  - après midi : lutter contre les siestes
  - soir : installer un rituel d'endormissement
- ✓ Utiliser des outils pour s'aider à programmer des activités comme la grille d'activité
- ✓ S'entraîner à anticiper le plaisir provoqué par une activité
- ✓ Installer un rituel d'endormissement avant le coucher en dehors du lit

### ❖ **Séance 5 : Inquiétudes autour du sommeil.**

#### 1/ Revue de tâche :

Avez-vous pu rythmer plus votre journée ? Pouvez-vous me rappeler les trois objectifs pour se rythmer (matin, midi, soir) ? La grille d'activités vous a-t-elle aidé à organiser votre journée ? Quelles difficultés avez-vous pu observer ?

- Utilisation de la grille d'activité et discussion autour
- *Installation de la fenêtre de sommeil* : a-t-elle entraîné des modifications sur l'agenda de sommeil ?
- *Installation d'un rituel d'endormissement*
- *Lutte contre les siestes*
- Anticipation du plaisir en pensant à une activité plaisante au moment où l'on aurait tendance à faire une sieste. Réalisation de l'exercice ? Effet engendré ? Programmation d'activités par la suite ?
- *Agenda de sommeil*

- *Auto-Evaluation par échelles verbales graduées* pour chaque membre du groupe de l'intensité des troubles du sommeil, la qualité du sommeil et la qualité de l'éveil depuis la semaine dernière

## 2/ Programme de la séance :

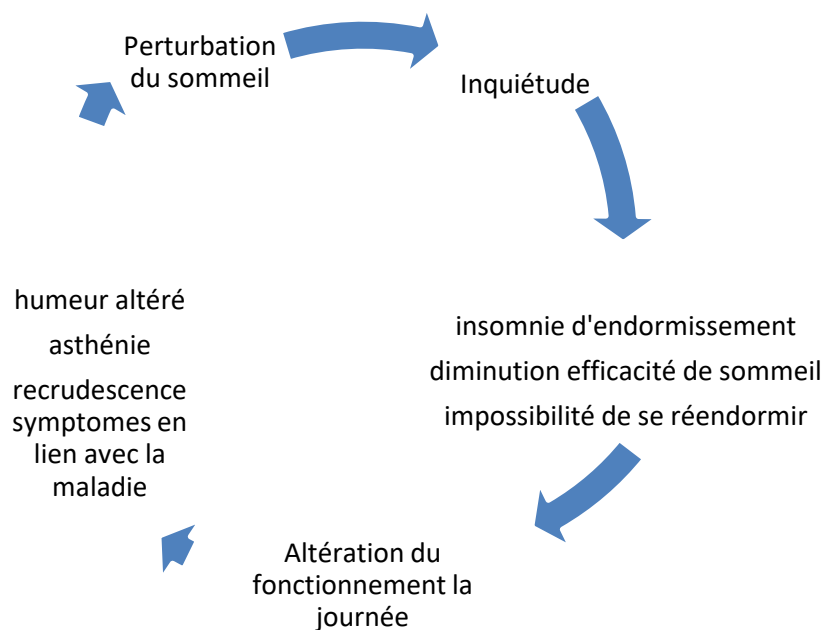
- Aborder *les inquiétudes* autour du sommeil et *les croyances* autour d'un mauvais sommeil.

« Lister les inquiétudes » que l'on peut avoir vis-à-vis de son sommeil. Quelles stratégies pour les diminuer ?

### ✓ Première Tâche :

- Noter les inquiétudes que vous avez autour de votre sommeil et pendant la nuit.
- Noter les conséquences de ces inquiétudes sur votre sommeil.

Schéma explicatif au paperboard expliquant l'avantage d'agir sur les inquiétudes.



Exemple d'inquiétudes : Si je me réveille la nuit, quelle attitude dois-je adopter ? Si j'ai des cauchemars, comment réagir ? Si j'ai des voix, suis-je en sécurité ? Que peut-il m'arriver dans mon lit ? Que faire de ces perceptions bizarres au moment du coucher (certains patients ont des hallucinations hypnagogiques ou des réactions neurovégétatives en lien avec des attaques de panique) ?



Exemple de croyances : « Mon sommeil ne peut s'améliorer car il fait partie de ma maladie », « si j'ai mal dormi la nuit précédente, je dormirai forcément mal cette nuit », « Si je dors mal, que va-t-il m'arriver ? »

Il s'agit d'aborder les inquiétudes autour du sommeil avec le patient dans le but de trouver des solutions relaxantes afin de diminuer ces inquiétudes. Ce point peut aussi faire émerger des croyances et attentes irréalistes autour du sommeil.

« Lister les solutions envisageables pour diminuer ces inquiétudes »

Solutions envisageables pour diminuer ces inquiétudes la nuit :

- se lever, aller dans le salon boire un verre d'eau et faire des étirements ; se recoucher quand le sommeil se fait de nouveau sentir
- dessiner
- se relaxer : connaissez-vous une technique de relaxation ?

Stratégie simple : lever les épaules comme si vous essayer de toucher vos oreilles avec, tout en respirant. Sentez les muscles de votre cou et les épaules tendues. Puis d'un coup, laisser tomber vos épaules en expirant. Sentez la tension quitter les muscles de votre cou et les épaules. Répétez le haussement d'épaules à plusieurs reprises, inhalez sur le haussement d'épaules et expirer sur la descente. Gardez votre mâchoire détendue lorsque vous faites cet exercice.

- noter les inquiétudes sur papier et imaginer un résultat plus positif
- ne pas regarder l'heure en plein milieu de la nuit ; cela peut augmenter les inquiétudes.

Les thérapeutes peuvent aussi s'inspirer de stratégies métacognitives pour faire réfléchir les patients sur le fondement de leur propre inquiétude. Il s'agit de renforcer l'idée que le patient a du contrôle sur son sommeil, ses pensées et ses comportements.

Le mot d'ordre est de *rassurer, normaliser et dédramatiser* ces inquiétudes la nuit.

- aborder la *gestion des hypnotiques* souvent en lien avec les angoisses.

Les patients souffrant de schizophrénie et ayant des troubles du sommeil ont souvent des hypnotiques dans leur traitement de base. Ils peuvent avoir une gestion anarchique de ces traitements contribuant à un dérèglement des rythmes circadiens, et de fait une augmentation de la symptomatologie négative par hypoactivité si le traitement a été pris en milieu de nuit.

L'enjeu réside alors dans la gestion des réveils nocturnes et des inquiétudes lors de ces réveils nocturnes.

- ✓ Deuxième tâche : observer son attitude par rapport aux réveils nocturnes. Que pensez-vous à ce moment-là ? Que faites-vous ? Cela déclenche-t-il de l'anxiété ? Avez-vous tendance à reprendre un traitement à ce moment-là ? Quels sont les risques de reprendre des traitements en plein milieu de la nuit ?

« Psychoéducation sur les effets néfastes des hypnotiques pris en milieu de nuit. Favorisation de solutions alternatives »

« Lister des solutions susceptibles de mieux gérer les réveils nocturnes »

### 3/ Feedback

### 4/ Prescription de tâches

- Auto-observation des inquiétudes la nuit
- Auto-observation des pensées et comportements lors des réveils nocturnes la nuit

#### **Point clef :**

- ✓ Normaliser et Dédramatiser les inquiétudes autour du sommeil le jour et la nuit (réveils multiples, cauchemars)
- ✓ Renforcer le patient sur sa capacité à gérer ses inquiétudes
- ✓ Psychoéducation sur la surconsommation néfaste d'hypnotiques

## ❖ **Séance 6 : Interaction Sommeil et Voix.**

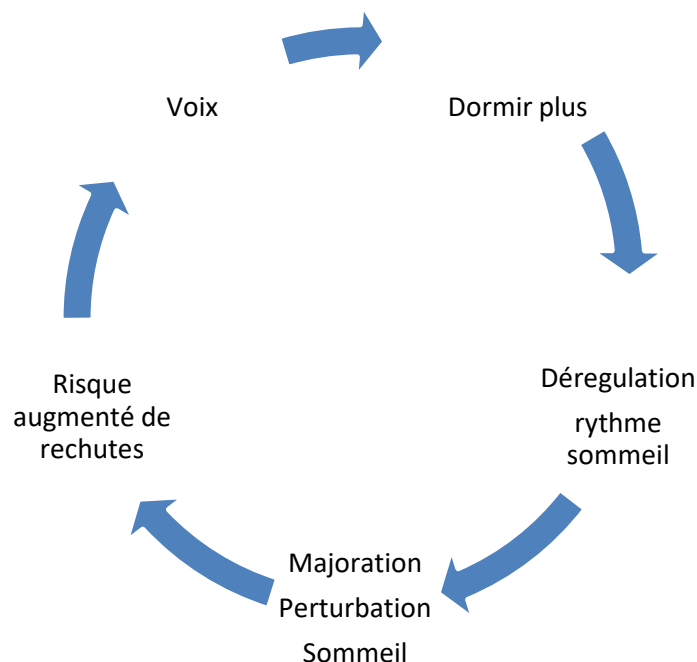
### 1/Revue de tâche

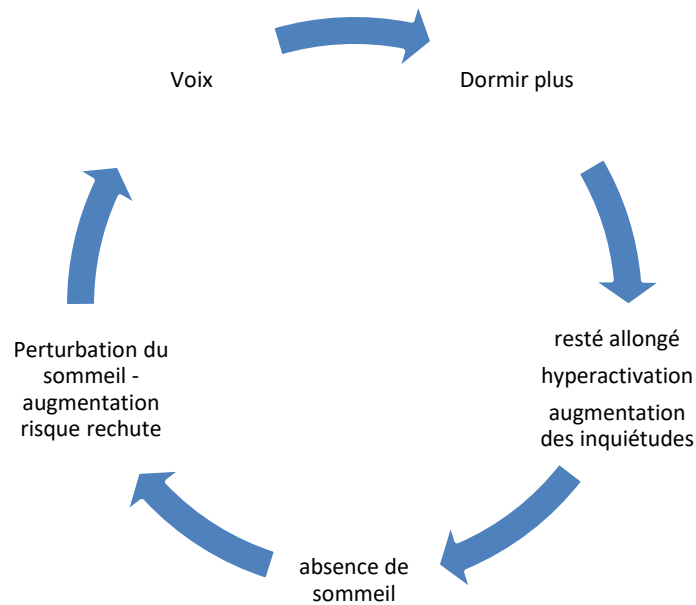
- *Auto-observation des inquiétudes* : commentaire et discussion
- *Gestion des réveils nocturnes* : techniques utilisées ? efficacité ?
- *Utilisation des méthodes de relaxation* : combien de fois y avez-vous recours au cours la semaine écoulée ?
- *Agenda de sommeil*

- *Auto-Evaluation par échelles verbales graduées* pour chaque membre du groupe de l'intensité des troubles du sommeil, la qualité du sommeil et la qualité de l'éveil depuis la semaine dernière

## 2/Programme de la séance :

- Cercle vicieux sommeil et hallucinations acoustico-verbales : on pourrait penser que le sommeil est bon moyen d'échapper aux hallucinations. Cette stratégie entraîne une augmentation de l'attention afin de chercher à s'endormir. Cette hyperactivation entraîne des heures où le patient reste allongé tout en ayant encore des voix. Le sommeil se dérégule ainsi. Chez les patients chez qui cette stratégie marche, cela conduit à de l'hypersomnie. L'hypersomnie dérégule le sommeil et augmente les affects dépressifs et les symptômes négatifs.





Donc au final il faut en finir avec cette fausse idée que dormir plus donne moins de voix, et réfuter le comportement néfaste qui vise à essayer de dormir sans y parvenir, provoquant une hyperactivation cérébrale

Quelles stratégies ?

- Assurer un bon sommeil diminue la présence de voix ; chercher à assurer un meilleur sommeil sans chercher à augmenter son temps de sommeil
  - Dédramatiser la présence de voix la nuit « cela n'arrive pas qu'à vous » (s'appuyer sur les expériences de privation de sommeil qui induisent la production de voix)
  - Comprendre que les voix ne sont pas une bonne source d'informations
- ✓ Première tâche : si présence de voix la nuit, trouver une pensée alternative agréable pour penser à autre chose (s'installer dans un paysage agréable, penser à une chanson) en quittant le lit et en allant dans le salon (=exercice de décentration)

3/ Feedback

#### 4/ Prescription de tâches

- Exercice de décentration
- Si voix, ne pas changer ses habitudes de sommeil et dédramatiser la situation

#### **Point clef :**

- ✓ Information sur les stratégies inefficaces pour contrôler les voix qui perturbent le rythme de sommeil
- ✓ Exercice de décentration
- ✓ Dédramatisation sur l'expérience de présence de voix la nuit

#### ❖ Séance 7 : Synthèse sur la thérapie

##### 1/ Revue de tâche :

- *Exercice de décentration* si voix présente
- *Grille d'activités* : vous aide-t-elle à organiser votre journée ? (Retour après 15 jours d'utilisation)

##### 2/ Programme de la séance

- Quelles sont les mesures les plus utiles/efficaces ?  
Qu'avez-vous retenu ?

« Tableau récapitulatif des mesures les plus utiles »

- Votre sommeil va s'améliorer si vous adopter les exercices réalisés pendant la thérapie et continuez à mettre en pratique.

Qu'est ce qui pourrait de nouveau perturber votre sommeil ? Comment agir sur ses perturbations ?

« Listons ensemble les situations à risque de perturber votre sommeil »

« Listons les stratégies permettant d'anticiper l'arrivée de ces perturbations »

« Listons les stratégies résolutives possibles si ces situations sont présentes »

Quelle attitude adopter si un imprévu arrive ?

Solutions proposées :

- être vigilant sur son sommeil mais dans le même temps être rassurant ; vous avez appris à mieux gérer votre sommeil, vous savez que votre sommeil peut être perturbé, vous avez réussi à mettre en place des moyens vous permettant de mieux le réguler.

- reprendre un agenda de sommeil au moment où le sommeil se perturbe. Permet de voir si on a toujours respecté les mesures mises en place lors de la thérapie

- se rassurer en exposant ces problèmes de sommeil à un infirmier de l'hôpital de jour ou à son psychiatre (ne pas hésiter à en parler)

- séance de rappel dans trois mois ?

✓ Information à donner : ce n'est pas parce que vous dormez mal une nuit que votre sommeil est en rechute

Il faut bien faire la différence entre une mauvaise nuit occasionnelle et des troubles du sommeil persistants sur plusieurs nuits.

- Voulez-vous revenir sur des points en particulier ?
- Que pensez-vous dorénavant de la gestion de votre sommeil ? Evaluation d'un discours de changement sur les perturbations du sommeil

Fiche récapitulative : FRISE DU SOMMEIL [Annexe 6]

- Retour sur les objectifs initiaux défini en première séance.

Les objectifs sont-ils atteints ? Retour sur les objectifs définis initialement

### 3/Feedback.

- Mesures de fin de programme :
  - Echelle de somnolence d'Epworth
  - Echelle de sévérité de l'insomnie
  - Evaluation de la qualité de vie avec la SQUOL 18
  - PANSS en entretien individuel après la fin de la séance
  - Questionnaire de satisfaction [Annexe 7]

- Auto-Evaluation par échelles verbales graduées pour chaque membre du groupe de l'intensité des troubles du sommeil, la qualité du sommeil et la qualité de l'éveil depuis la semaine dernière

**Point clef :**

- ✓ Stratégie de maintenance pour anticiper les situations pouvant perturber le sommeil de nouveau
- ✓ Se référer à son agenda de sommeil si perturbation du sommeil
- ✓ Promouvoir les outils vécus comme utiles

## **2. Etude préliminaire**

La deuxième partie de mon travail consiste dans la réalisation d'une étude préliminaire dont l'objectif est de montrer la faisabilité et l'applicabilité du programme de psychoéducation construit au préalable. Nous allons d'abord présenter sous forme de tableau les caractéristiques de chacun des patients, puis une analyse des résultats de chacun des patients.

### **2.1 Caractéristiques des patients.**

Voir tableau page suivante

Le bilan clinique initial montre :

- Tous les patients inclus avaient une plainte de sommeil clinique depuis plus de trois mois.
- Tous les patients présentaient au moins un symptôme clinique d'insomnie (insomnie d'endormissement, difficulté à maintenir le sommeil, réveils précoces ou impression de sommeil non réparateur) depuis plus de trois mois.
- 4 patientes sur 6 évoquaient une plainte de somnolence diurne (accès de sommeil irrésistible, tendance à somnoler).
- Tous les patients prenaient leur traitement hypnotique au moment du coucher.

La recherche de trouble du sommeil intrinsèque lors du bilan clinique initial montre :

- Tous les patients présentaient des critères cliniques de suspicion de Syndrome d'Apnées du sommeil
- Une seule patiente rapportait des signes cliniques de syndrome des jambes sans repos
- Une seule patiente avait des signes en faveur d'un trouble du rythme circadien veille-sommeil de type décalage de phase.
- Deux patientes avaient des signes de reflux gastro-œsophagien.
- Tous les patients avaient des cauchemars fréquents



	P1	P2	P3	P4	P5	P6	M	E-C
Age	45	67	52	53	52	32	50,1	11,4
Sexe	F	F	F	F	F	F		
IMC	28.2	34	46.7	38.9	43	33	36 ,6	5,5
Statut vie	Co	Ce	Ce	Ce	Ce	Ce		
Emploi	N	N	N	N	N	N		
Diagnostique CIM10	F20.9	F20.9	F25.9	F20.9	F20.9	F22.0		
<b><u>Traitement</u></b>								
<b><u>Habituel</u></b>								
Neuroleptique	1	1	1	1	2	1	1,1	0,4
Hypnotique	1	1	3	3	0	2	1,6	1,2
<b><u>Caractéristiques socio-démographiques</u></b>								
<b><u>Caractéristique du sommeil</u></b>								
Durée troubles du sommeil?(années)	2	32	8	NC	1	6	9,8	12,7
Temps passé au lit(h)	12,5	9.5	4.5	8	12.5	16	12,1	4,0
Quantité de sommeil nécessaire(h)	9,5	8	8	10	7	10	8,7	1,2
Durée d'endormissement(min)	5	30	60	20	360	120	99,1	134,1
Durée des réveils nocturnes(min)	10	60	15	60	30	60	39,1	23,7
<b><u>Evaluation pré programme</u></b>								
<b>Sommeil</b>								
ISI-R	6	12	25	13	19	21	16	6,9
Epworth	11	2	8	11	10	5	7,8	3,6
EVG Intensité des troubles du sommeil	5	3	8	6	8	10	6,6	2,5
EVG Qualité du sommeil	5	4	5	7	4	2	4,5	1,6
EVG Eveil	5	7	5	4	8	4	5,5	1,6
<b>Pathologie</b>								
PANSS +	9	NC	22	15	NC	15	15,2	5,3
PANSS -	29	NC	27	27	40	21	28,8	6,9
<b>Qualité de vie</b>								
SQUOL 18	59	54	45	56	31	53	49,6	10,2

### **Caractéristiques cliniques des patients**

Légende : M= moyenne ; E-C= écart-type ; F= féminin; Co= en couple; Ce= célibataire;  
N=Non

F20.9= schizophrénie ; F25.9= trouble schizo-affectif; F22 .0= délire des sensitifs;  
ISI-R=index de sévérité de l'insomnie; EVG=échelle verbale graduée (0 à 10); NC= Non coté

## **2.2 Analyse qualitative patient par patient.**

### **➤ Patient 1 :**

Participation à la première séance du programme. L'attitude de la patiente était sur la réserve. L'objectif personnel évoqué était d'améliorer la qualité de son sommeil. La patiente a ressenti « beaucoup de choses à assimiler et à faire » lors du feedback. Elle a annoncé dès la fin de la séance son désir de quitter le groupe. La raison invoquée était la présence d'un autre membre du groupe vivant dans le même immeuble qu'elle. L'aide motivationnelle dont elle a pu bénéficier pour revenir dans le groupe par l'intermédiaire de la co-thérapeute a été inefficace.

### **➤ Patient 2 :**

- **Bilan clinique initial :**

L'analyse du bilan clinique initial a montré :

- Une plainte clinique d'insomnie à type d'insomnie d'endormissement, de réveils nocturnes multiples, de sommeil non réparateur et un score ISI de sévérité de l'insomnie à 12 soit un score d'insomnie sous clinique
- Une absence de signes de somnolence diurne excessive et un score d'Epworth à 2
- Des comportements de mauvaise hygiène de sommeil
- Un temps passé au lit de 9,5 heures et une quantité de sommeil nécessaire de 8h
- Une préférence de choix de traitement pour les troubles du sommeil par mélatonine en première intention et par psychothérapie en deuxième intention
- Un refus de passer la PANSS pour raison personnelle

- **Déroulement des séances :**

La patiente a participé aux séances 1, 2, 5 et 7 du programme ainsi qu'à une séance de rattrapage intercalé entre la séance 5 et la séance 7. Elle était absente en séance 3 et 6 pour raison médicale (examens médicaux prévus) et en séance 4 sans raison. Elle a reçu un coaching téléphonique du thérapeute principal avant la séance 5. Le coaching a été efficace et a permis son retour dans le groupe.

L'objectif personnel énoncé en séance 1 était de « rétablir son rythme ». Cet objectif a été évalué en séance 7 et a été rempli.

L'intégration dans le groupe a été bonne. La patiente a mentionné plusieurs fois « je me suis sentie bien » lors des feedback. Elle a été complice avec certains membres du groupe. Elle est intervenue à chaque séquence proposée. Elle n'a pas montré de difficulté en terme d'attention. Elle a pris des notes durant les séances.

Elle a utilisé les exercices proposés, que ce soit l'agenda de sommeil pour observer son sommeil « j'ai vu que je me réveille souvent », ou son journal de thérapie « j'ai noté que j'ai été fatiguée à cause de la chaleur ».

Elle a proposé de nombreuses fois des solutions aux groupes en allant directement à la conclusion de la question posée. Elle a pu réutiliser certains outils mis en place au cours du programme comme l'évitement des siestes et a enregistré des informations. Elle a décrit des difficultés dans la mise en application d'activités programmées « ça m'est arrivé de prévoir et de ne pas le faire ».

Le discours sur son ressenti lors des séances a toujours été positif dès la première séance. Le terme intéressant a été utilisé plusieurs fois de même que l'expression « je m'y retrouve » et « je me suis senti bien ». La modification de son sommeil s'est traduite sur son agenda et a été mentionnée par la patiente en dernière séance.

- Agenda de sommeil :

L'agenda a été partiellement rempli au cours du programme. Il a surtout montré de nombreux réveils nocturnes chroniques. Il s'est modifié lors de la dernière semaine du programme. L'agenda a montré un horaire de coucher plus tardif avec une diminution du nombre de réveils nocturnes de 3 à 2 et une meilleure qualité de sommeil subjective. Des annotations régulières ont été mentionnées comme « chaleur » par exemple. La grille d'activité a montré une absence globale de programmation d'activités le matin et une absence d'activités le soir.

- Evaluations répétées :

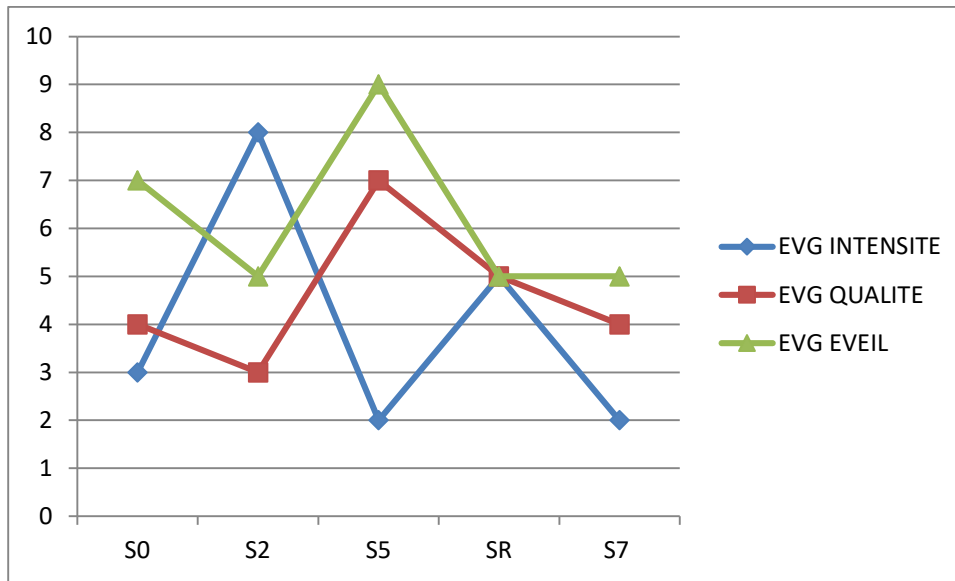


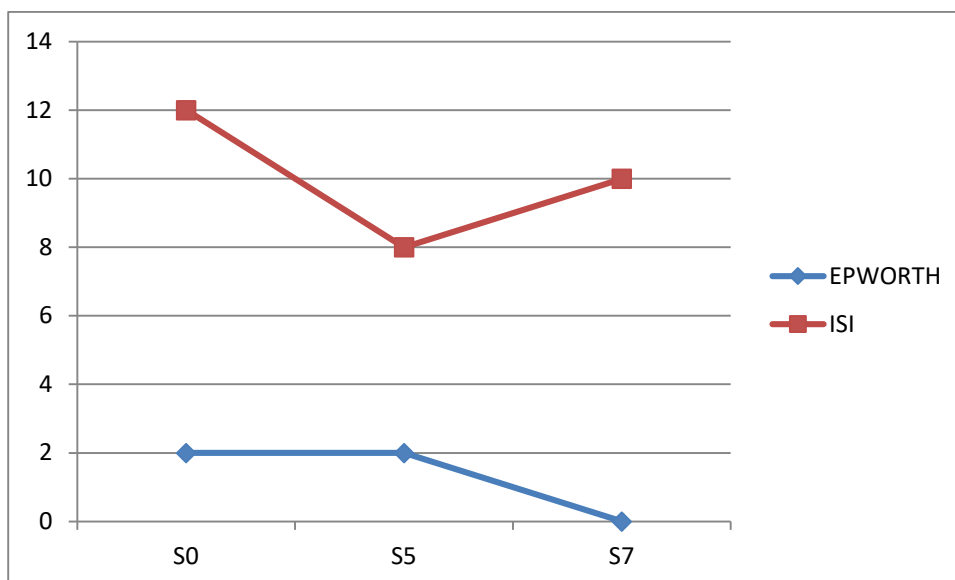
Tableau 1 : Courbe des échelles verbales graduées

EVG INTENSITE : échelle verbale graduée de l'intensité des troubles du sommeil (0 à 10)

EVG QUALITE : échelle verbale graduée de la qualité du sommeil (0 à 10)

EVG EVEIL : échelle verbale graduée de la qualité de l'éveil (0 à 10)

S0 : évaluation pré programme; S2 : séance 2; S5 : séance 5 ; SR : séance rattrapage ; S7 : séance 7



Courbe d'évaluation de l'ISI et l'Epworth

Le score de qualité de vie par l'échelle SQuol 18 à l'entrée était de 54 et de 62 à la fin du programme.

- Questionnaire de satisfaction :

Il a révélé des commentaires positifs sur le programme à la fois sur la forme et le fond. La mesure la plus utile citée a été le respect de la fenêtre de sommeil. La patiente a répondu positivement à la proposition d'une séance de rappel dans trois mois.

➤ **Patient 3 :**

- Bilan clinique initial :

L'analyse du bilan clinique initial montre :

- Une plainte d'insomnie à type d'insomnie d'endormissement, de réveils nocturnes multiples, de réveils matinaux précoces et de sommeil non réparateur et un score de sévérité ISI de 25 soit insomnie sévère.
- Une plainte clinique de somnolence diurne (accès irrésistible d'endormissement et lutte pour ne pas s'endormir) et un score d'Epworth à 8 (<10 soit le seuil de somnolence)
- Une absence d'environnement de sommeil adéquat et une mauvaise hygiène de sommeil
- Une durée de temps faible passé au lit (5 heures) et une quantité de sommeil nécessaire estimé à 8 heures.

- Déroulement des séances :

La patiente était présente aux séances 1, 2 et 3. Elle a arrêté le groupe ensuite pour raison personnelles (problèmes familiaux) sans informer de son absence. Elle a été sollicitée par la co-thérapeute du groupe pour revenir sans succès.

L'objectif personnel énoncé en début de programme était de retrouver un « sommeil régulier ».

L'intégration dans le groupe a été bonne avec une participation active. La patiente n'a pas effectué les tâches demandées d'une séance à l'autre.

Elle a eu des expressions corporelles de découragement, « souffle », et a émis des inquiétudes sur les tâches proposées « c'est trop compliqué ». La réassurance s'est révélée un processus efficace. Le discours a révélé des aspects auto-dépréciatifs « c'est pas bien ce que je fais » « je n'ai pas rempli mon agenda, c'est mal » et des croyances défaitistes « ça fait beaucoup de choses » « il y a beaucoup de boulot » « est ce que je vais y arriver ? ».

- Agenda de sommeil :

En demande de réexplication après la première séance et non rempli par la suite.

- Grille d'activité, questionnaire de satisfaction et évaluation répétées non réalisés.

➤ Patient 4 :

- Bilan clinique initial :

L'analyse du bilan clinique initial montre :

- Une plainte clinique d'insomnie (insomnie d'endormissement, réveils matinaux précoces, réveils multiples) et un score ISI à 13 soit une insomnie sous clinique
- Une plainte clinique de somnolence diurne excessive et un score d'Epworth à 11
- Une durée de temps passé au lit de 9 heures et une quantité de sommeil nécessaire estimé à 10 heures
- Un choix de préférence de traitement pour les troubles du sommeil s'orientant vers la mélatonine en première intention
- Une impression de sommeil décalé

- Déroulement des séances :

Participation à l'ensemble des séances. La patiente a manqué la séance 4 mais a eu une séance de rattrapage avec une autre patiente portant sur le programme de la séance 4.

L'objectif personnel énoncé était d'améliorer « la qualité de son sommeil ». Cet objectif a été partiellement rempli.

L'intégration au sein du groupe s'est améliorée au cours du programme. Il a été observé une participation croissante. L'observance aux tâches demandées a été totale.

La patiente a montré des capacités d'auto-observation et de réutilisation de certaines informations au cours du programme. Elle a réutilisé les fiches résumées données lors de certaines séances. Elle n'a pas présenté de difficultés attentionnelles ou de compréhension. Elle a pris des notes écrites pendant les séances.

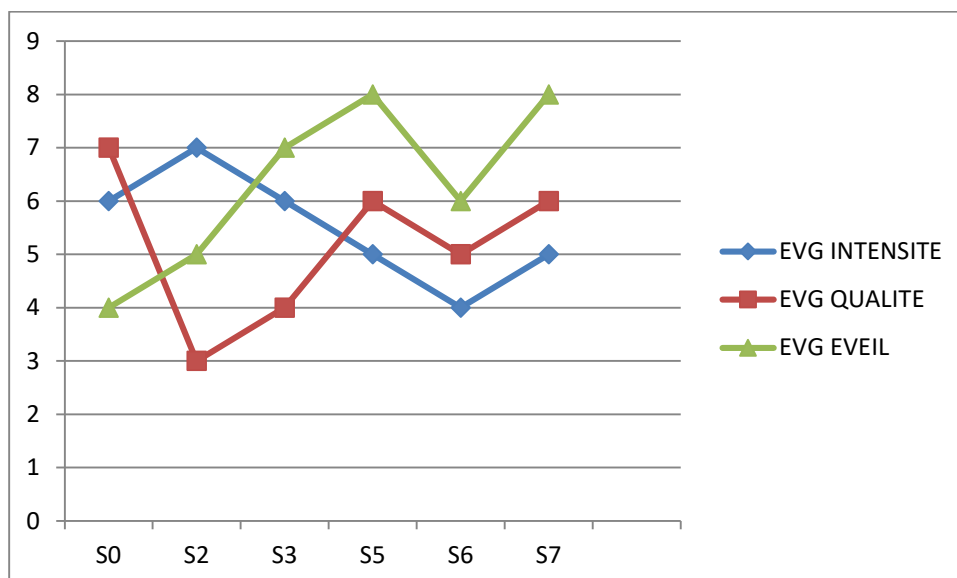
Elle a observé des comportements néfastes pour son sommeil « je m'allonge sur le lit sans dormir » « je n'ai pas envie de faire des choses » ainsi que des inquiétudes lors des séances de thérapie cognitive comme outil principal « peur de passer une mauvaise journée si mauvais sommeil ».

Le discours lors des feedbacks s'est modifié. Il a été observé une augmentation de la capacité à décrire ses ressentis au cours du programme « on apprend ce qu'il ne faut pas faire ».

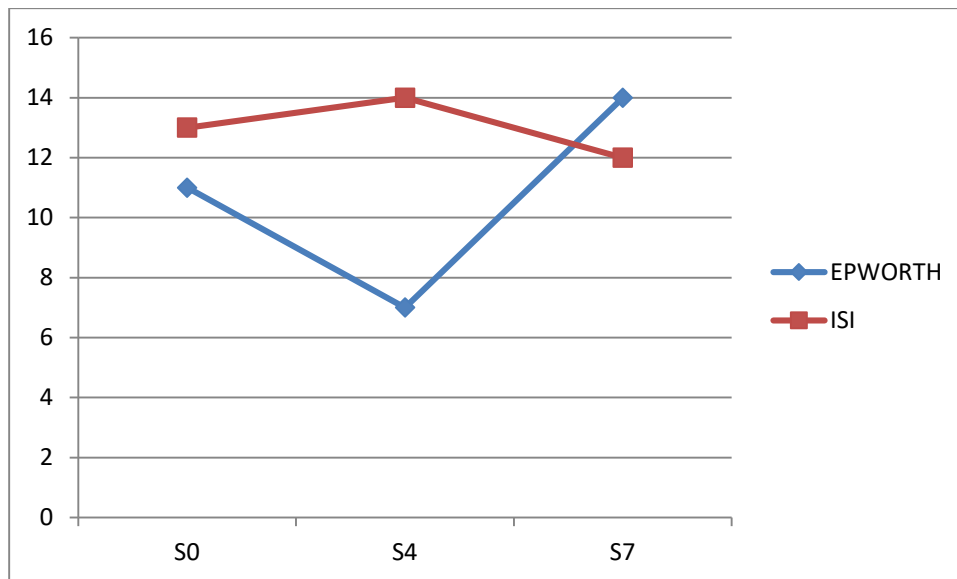
- Agenda de sommeil :

A été recueilli l'ensemble des agendas de sommeil correspondant à la durée du programme. L'observance de remplissage des agendas est excellente. L'agenda de sommeil a révélé la présence d'au moins 3 siestes par semaine en début d'après-midi durant 1h30 et des horaires de coucher et de lever variable (dans des intervalles de 30 minutes). Il n'y a pas eu de modification des agendas, excepté en dernière semaine où la patiente a pu noter qu'elle ne faisait plus de sieste. La Grille d'activité a montré une absence de programmation d'activités le matin et une programmation d'activités partielle l'après-midi.

- Evaluation répétées :



Courbe des échelles verbales graduées



Courbe d'évaluation de l'ISI et l'Epworth

S3 : séance 3 ; S6 : séance 6 ; S7 : séance 7

- Le questionnaire de satisfaction :

Il a révélé des commentaires positifs sur l'ensemble du programme dans sa forme et son contenu. Un commentaire mentionnait la difficulté de certaines tâches demandées. La patiente ne souhaitait pas avoir de séance de rappel dans 3 mois. La mesure la plus utile citée a été l'évitement des siestes.

➤ **Patient 5 :**

- Bilan clinique initial :

- La plainte d'insomnie clinique était présente et le score ISI était de 19 (soit une insomnie modérée)
- La plainte clinique de somnolence diurne excessive était présente et le score d'Epworth était de 10
- La durée du temps passé au lit était de 12h30 et la quantité de sommeil souhaitée était de 7 heures
- La durée du temps mis pour s'endormir était de 6 heures
- L'hygiène de sommeil était mauvaise



- Déroulement du programme :

Participation à l'ensemble du programme soit les 7 séances.

L'objectif énoncé était de retrouver « des heures précises de sommeil ». Objectif rempli selon la patiente.

A été observé une progression constante dans les interventions durant le programme avec une appropriation de certaines mesures. La patiente a semblé en difficulté sur le plan cognitif lors des séances à la fois sur le plan attentionnel et sur le plan mnésique. La patiente a pris plus de notes au fil des séances copiant des autres membres.

L'agenda de sommeil a été utilisé comme un outil d'observation de son sommeil « je somnole » « je suis tout le temps dans mon lit » de même que les tâches demandées « je n'ai pas envie de faire des choses » « je fais toujours des siestes ». Des remarques ont été faites sur l'amélioration de son sommeil « j'ai dormi un peu mieux » ou sur l'inefficacité de certaines mesures « ouvrir les volets ne changent rien ». Des doutes ont été émis sur sa capacité à réaliser les exercices « c'est pas sûr que j'y arrive ».

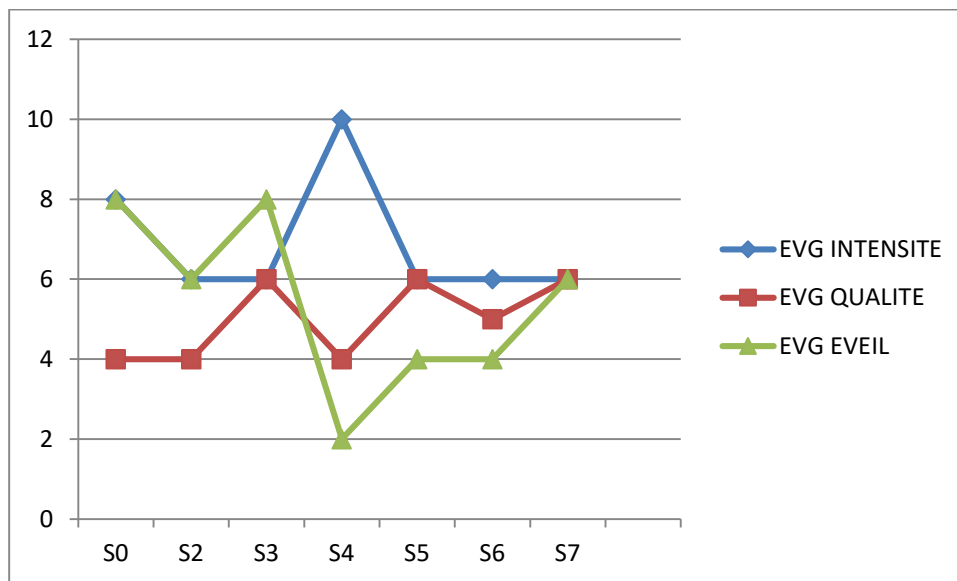
Le format de groupe a été vécu comme positif « on a un bon groupe », à tel point que la patiente qui a eu une séance seule faute de patient a précisé « c'est dommage pour les autres ... on se sent mieux en groupe ».

Le discours lors des séquences de feedback a évolué positivement : il est passé de « ce n'est pas facile, ça fait beaucoup de chose » à « je vais essayer » « c'est intéressant ».

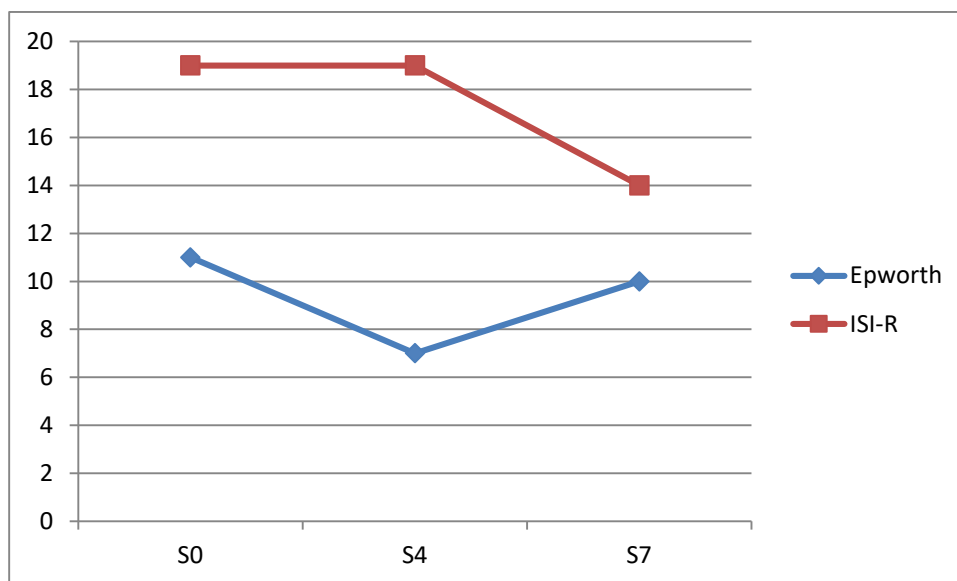
- Agenda de sommeil :

Le suivi lors du programme par agenda de sommeil a été bien tenu. L'agenda a surtout montré la présence de siestes quotidiennes. Les agendas se sont modifiés à partir de la quatrième séance. Les agendas ont été utilisés en séance pour faire des remarques sur son propre sommeil. La grille d'activité a été remplie et a permis de voir la fréquence des siestes tous les après-midi avec un effort pour essayer de programmer d'autres activités tel que des promenades l'après-midi.

- Evaluations répétées :



Courbe des échelles verbales graduées



Courbe d'évaluation de l'ISI et l'Epworth

On observe une baisse du score de PANSS négative et une amélioration du score de qualité de vie.

- Le questionnaire de satisfaction :

Il a révélé une satisfaction sur la participation au groupe à la fois dans la forme et dans le contenu. Des remarques ont été faites sur la difficulté de certaines mesures à mettre en place.

La mesure citée comme la plus efficace était le fait de ne pas être sur un écran avant le coucher. La proposition de participation à une séance de rappel dans trois mois a été refusée.

➤ **Patient 6 :**

A participé aux séances 1 et 2. A quitté le programme sans raison invoqué dans le cadre d'une rupture général de son suivi psychiatrique.

## **DISCUSSION**

L'objectif de ce travail était de construire, à partir de données de la littérature, un programme de psychoéducation sur les troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie et de réaliser une étude préliminaire questionnant la faisabilité de ce programme.

Le programme de psychoéducation construit est le premier programme psychoéducatif sur les troubles du sommeil administrable en setting groupal pour des patients souffrant de schizophrénie. La place de ce programme parmi les autres interventions proposées jusqu'alors en fait un outil innovant du fait de son approche multimodale. Le programme présente une vision transdiagnostique des troubles du sommeil, plaçant le sommeil comme élément clinique à la fois indépendant et en relation avec la pathologie présenté par les patients. Le programme est construit comme un module de psychoéducation d'approche cognitive et comportementale tel que déjà réalisé dans les programmes d'entraînement à la métacognition de Moritz et al(93). Le programme est conçu pour être administré en setting groupal, ce qui est inédit jusqu'à présent dans les interventions sur le sommeil proposées chez le patient souffrant de schizophrénie. Le programme construit devra être validé dans une étude randomisé en aveugle afin de prouver son efficacité sur l'amélioration du sommeil et la symptomatologie clinique des patients souffrant de schizophrénie.

Les résultats issus de l'étude préliminaire supportent l'hypothèse de la faisabilité du programme construit. Sur six patientes, trois patientes ont réalisé plus de 50% du programme (deux 100% et une 70%) et les thérapeutes ont respecté le programme conçu en terme de nombre de séances et de contenu. Le questionnaire de satisfaction mentionnait une satisfaction générale sur la participation au programme psychoéducatif à la fois dans son format, dans son contenu et dans ses effets escomptés. Les patients pensaient que le programme devait à l'unanimité être recommandé à d'autres patients. Le contenu du programme construit au préalable a été respecté. Les patients ont participé activement et ont montré de l'intérêt pour leur sommeil. Les tâches demandées (tenue de l'agenda de sommeil et exercice d'auto-observation ou d'activation comportementale) ont été effectuées. Les thérapeutes n'ont pas présenté de difficultés à diriger le programme. La difficulté principale rencontrée a été le taux de participation bas. Ce taux de participation n'a pas entraîné l'arrêt du programme qui a pu être fini avec trois patients sur six. Une séance de rattrapage a été proposée. L'intervention proposée, même si elle peut bénéficier de quelques améliorations,

est administrable en hôpital de jour ou CMP comme préconisé. Les stratégies pour renforcer le taux de participation devront être accrues. La délivrance du programme à l'hôpital de jour peut être une solution. Un rappel des séances par sms est souhaitable.

Les résultats de l'analyse du questionnaire de satisfaction ont révélé que les outils cités comme les plus efficaces étaient « le respect de la fenêtre de sommeil », « l'évitement des siestes » et « l'absence d'écran avant le coucher ». Ces trois mesures font partie des composants de base de psychoéducation sur le sommeil. Deux de ses trois mesures renvoient à la notion de rythme, auquel une séance est consacrée lors du programme. Le respect de la fenêtre de sommeil renvoie à la technique de restriction du temps passé au lit, utilisé pour réduire l'insomnie, mais fait aussi écho à la régulation du rythme circadien. L'évitement des siestes traduit l'inactivité des patients souffrant de schizophrénie qui ont tendance à occuper leur après-midi par du sommeil, dérégulant ainsi leur rythme. Les objectifs initiaux les plus souvent cités par les patients étaient de respecter des horaires réguliers. Le respect de la fenêtre de sommeil étant cité de façon unanime comme améliorant le sommeil, il conviendra de lui donner une place plus importante dans le programme en l'instaurant plus tôt (évoquée en séance 4). Les effets positifs engendrés par cette mesure pourraient être vecteur d'une motivation supplémentaire pour la suite du programme.

Par ailleurs, les patients ont pu décrire des facteurs perturbants leur sommeil comme par exemple l'absence de volets ouverts, être devant un écran le soir, l'absence de respect de la fenêtre de sommeil ou encore la pratique régulière de siestes. Ces commentaires des patients sont en accord avec l'étude de Waite et al(78) qui identifiait douze facteurs perturbant le sommeil sur lequel le programme s'est appuyé pour le contenu des thèmes. S'appuyer sur les facteurs perturbants le sommeil a été à la fois informatif et a permis aussi de pointer les comportements néfastes envers le sommeil. Ces facteurs étant reliés à des attitudes concrètes, il a été possible pour les patients de les modifier. Le questionnaire de satisfaction rempli par les patients mentionnait la satisfaction envers les thèmes abordés. Il conviendra de conserver dans le programme les douze facteurs perturbateurs du sommeil établis chez les patients souffrant de schizophrénie.

Au cours du programme, les patients ont abordé la notion de groupe de façon spontanée. Une patiente a fait une séance seule faute de participant et le commentaire recueilli a été « c'est dommage pour les autres ». En dernière séance, les patients évoquent lors du feedback « on a un bon groupe », « je me suis sentie bien dans ce groupe ». Une patiente a mentionné

indirectement l'effet du groupe lors d'une séance « ça m'aurait aidé que les autres en parlent ». Ces commentaires confirment les effets attendus de la thérapie de groupe, soit le partage d'expériences et l'effet déstigmatisant. Le format du groupe pour aborder les troubles du sommeil est adapté et avait déjà été préconisé par Morin par exemple dans son programme de thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie. Le groupe a permis aux patientes de dédramatiser des situations personnelles vécues et de s'entre-aider. Les situations évoquées durant les séances n'auraient pas eu le même impact en thérapie individuelle car les patientes ont du faire un travail collaboratif pour réfléchir sur les thèmes proposées par les thérapeutes. C'est le partage de situations similaires vécues qui a eu un effet sur la prise de conscience de certains comportements.

Outre les avantages d'une administration en setting groupal, le programme essaie de s'adapter aux caractéristiques du patient souffrant de schizophrénie. Il a manqué des données de littérature précises pour construire notre programme sur des aspects pratiques tel que la durée des séances idéale, le nombre de participants idéal, le format pour la délivrance des informations, les supports idéaux. Les programmes précédemment construits ne précisent pas la façon dont ces modalités sont choisies. Des auteurs comme Krebs(60) ont proposé de construire des groupes homogènes sur le plan des difficultés cognitives à partir d'un bilan neuropsychologique préalable ce qui pourrait être envisagé dans les hôpitaux de jour ou les centres de réhabilitation disposant d'un(e) neuropsychologue.

Le programme tenait compte des déficits cognitifs des patients en utilisant des méthodes de rappel de l'information (répéter, reformuler) et d'assimilation de l'information (laisser un temps de silence pour mémoriser). L'attention a été majorée lorsque le thérapeute a utilisé des schémas explicatifs sur paperboard. Les patients ont alors pris plus de notes, sur les explications orales en rapport avec les schémas. Les fiches récapitulatives remises lors de certaines séances ont été relu. Les patients ont réutilisé des informations vues dans des séances précédentes au cours du programme lors des prises de parole montrant une intégration de certaines informations. Des difficultés cognitives différentes entre les patients ont été observées sans que cela n'affecte le groupe. Par exemple, des sauts aux conclusions ont été perçus. Il pourrait être intéressant d'intégrer dans le bilan clinique initial, une autoévaluation des difficultés cognitives par l'échelle SSTIC(91) à défaut d'avoir un bilan neuropsychologique. L'intérêt serait d'évaluer les plaintes cognitives subjectives des patients et quantifier les effets sur la cognition après le programme. Etant donné l'influence du sommeil sur la cognition, on pourrait émettre l'hypothèse d'amélioration des fonctions

cognitives grâce aux améliorations des troubles du sommeil induit par le programme. Par ailleurs, l'utilisation de l'agenda de sommeil présente aussi l'intérêt d'un entraînement à la planification et à l'organisation d'une tâche, soit une méthode d'entraînement cognitif. Des groupes de patients ayant déjà eu une rééducation en remédiation cognitive pourraient être constitués afin de limiter les effets des déficits cognitifs sur la participation au programme.

L'intervention conçue est brève en terme de nombre de séances afin de favoriser l'adhésion et s'appuie sur le nombre de séances proposées par Morin dans son programme de TCC de l'insomnie. Une séance a paru dense en terme d'informations et de mise en applications de tâche sur une appréciation des thérapeutes bien que les patients ne s'en soient pas plaint (séance 4). Le nombre de séances proposés était de 7, considérant le bilan clinique initial comme à part. Il serait intéressant de proposer une huitième séance afin d'insister sur la régulation du rythme circadien comme développé en séance 4 et qui nécessite deux séances pour assimiler les informations et les outils utilisés.

La durée des séances a été respectée tout au long du programme. Cette durée a été fixée arbitrairement à une heure, par manque de donnée dans la littérature, pour s'adapter aux capacités attentionnelles. Sur une appréciation subjective, les co-thérapeutes ont déterminé un temps attentionnel efficace jusqu'à 45 min chez les patients du groupe. Les durées définies pour chaque séquence (revue de tâches, programme, feedback etc) durant les séances ont été adaptés de même que le déroulement des séances en fonction du nombre de participants. Il conviendra d'utiliser le programme en faisant preuve d'adaptation au nombre de participants et aux contenus proposés par les patients.

Les résultats issus de l'étude préliminaire renseignent sur des caractéristiques propres aux patients souffrant de schizophrénie. L'analyse des bilans clinique initiaux a permis d'observer une discordance entre les plaintes cliniques évoquées et les évaluations répétées par échelle psychométrique pour plusieurs patients. Cette discordance s'est observée entre l'échelle de sévérité de l'insomnie ISI-R et la plainte clinique d'insomnie évaluée à l'interrogatoire lors du bilan clinique initial et entre l'échelle de somnolence d'Epworth et la plainte clinique de somnolence évaluée aussi lors du bilan initial. Sur la base des moyennes effectuées, le groupe avait un niveau d'insomnie modéré avec une absence de somnolence diurne excessive alors que tous les patients avaient une plainte clinique d'insomnie sévère à l'interrogatoire et une plainte de somnolence diurne variable. Ces difficultés à évaluer la plainte de sommeil peuvent provenir du défaut d'insight des patients souffrant de schizophrénie. Il pourrait être utile de

faire passer aux patients l'échelle d'insight cognitif de Beck(94) afin d'avoir un reflet leur niveau d'introspection. Les exercices utilisés durant le groupe entraînent le patient à développer des capacités d'auto-observation de leurs comportements et de leur pensée lors des séances de thérapie cognitive. Cette échelle pourrait être refaite en fin de programme afin d'étudier une évolution. La discordance entre plainte clinique et évaluation peut être due aussi à l'application d'échelles psychométriques établies pour la population générale et non spécifique à la schizophrénie. Cet écart entre plainte clinique et évaluation quantitative nous suggère d'utiliser des moyens plus fiables pour quantifier le sommeil des patients souffrant de schizophrénie. L'actimétrie pourrait être une solution plus fiable pour mesurer le rythme repos-activité en comparaison avec l'agenda de sommeil.

Les tâches d'auto-observations ont été bien respectées et les patients ont pu avoir conscience de certains de leurs comportements de sommeil. Nous avons cependant observé des difficultés dans la mise en place d'actions dirigées vers un changement de comportement après une tâche d'auto-observation. Cette caractéristique est visible par l'analyse des agendas de sommeil qui se sont très peu modifiés au cours du programme. Sur les agendas analysés, des modifications ont été perçues après la mise en place de la fenêtre de sommeil pour une patiente et de l'évitement des siestes pour une autre patiente. Aucun commentaire n'a été fait directement entre la modification de son agenda et la mise en place d'une mesure. Nous pouvons émettre l'hypothèse d'un défaut de perception du trouble ou altération de l'insight ou bien d'un défaut d'initiation ou de planification d'action centrée vers un changement de comportement. La mise en place de comportement dirigé vers un but avec l'incapacité à l'initier fait référence au symptôme d'apragmatisme, faisant partie de la clinique de la symptomatologie déficitaire. Des techniques comme l'activation comportementale en utilisant une grille d'activité ou encore des exercices sur l'anticipation du plaisir comme décrit dans le programme PEPS ont été mis en place pour lutter contre ce symptôme mais doivent être renforcés. Ces résultats impliquent d'optimiser l'utilisation de l'agenda de sommeil dans un prochain groupe. Outre son intérêt motivationnel par l'auto-enregistrement quotidien des caractéristiques de son sommeil, l'agenda de sommeil peut montrer aux patients les évolutions sur leur sommeil. Il peut suggérer un lien entre une modification et un outil mis en place. La participation des thérapeutes dans une approche collaborative et égalitaire à la tenue de leur propre agenda de sommeil et des exercices préconisés durant le programme pourrait bénéficier aux patients dans la mise en lien entre auto-observation et mise en action de changement de comportements.



De plus, le feedback des patients est une séquence informative qui a permis au patient de s'exprimer au cours du programme. Le premier feedback à la fin de la première séance a été l'objet de beaucoup d'inquiétudes de la part des patients. Les commentaires révélaient une quantité trop importante d'informations, l'impression d'avoir trop de choses à réaliser « c'est trop compliqué », « ça va être difficile » « trop de choses ». Cette première séance a probablement été vécue comme anxiogène. Elle comportait beaucoup d'informations de présentation qui ont été peu retenues au final. Cette première séance devra être repensée pour être moins anxiogène et établir une relation de confiance plus importante avec le groupe. Elle devra se centrer plus sur les attentes du groupe et commencer à aborder des notions sur le sommeil directement.

Les feedback ont évolué dans la suite du programme avec un discours plus positif, plus centré sur la possibilité d'essayer de faire les exercices proposés « je vais essayer ». Ce changement de discours est le reflet de l'augmentation de la confiance envers les thérapeutes mais aussi envers les capacités des patients à changer leur propre fonctionnement. Cette absence de confiance envers leur capacité peut avoir diverses origines. On peut émettre l'hypothèse d'une faible estime de soi, d'un défaut d'entraînement à résoudre des problèmes, des pensées négatives et des systèmes de pensées erronées propres à la schizophrénie. L'augmentation de la croyance en ses capacités à changer chez les patients passe par la réalisation de tâches simples. Le programme intégrait du renforcement positif et la gestion des inquiétudes. Les thérapeutes devront être plus vigilants à la faible estime de soi des patients lors d'un prochain programme. Des groupes d'entraînement à la métacognition en amont du programme pourraient être préconisés.

Par ailleurs, les commentaires recueillis ont parfois montré une crainte vis-à-vis des tâches à réaliser en termes d'anticipation de l'échec et une crainte de reproche si les tâches demandées ne sont pas faites. Beaucoup de patients ont mentionné ces craintes durant le groupe. Ces craintes de ne pouvoir exécuter les tâches demandées proviennent de croyances défaitistes. Ces croyances défaitistes sont des croyances appartenant à la sphère de la symptomatologie négative. Il existe un enjeu à les prendre en compte lors de l'application de nouveau du programme car elles sont un frein à la modification des comportements et des croyances de l'individu. La prise en charge des croyances défaitistes reposent entre autre sur l'amélioration de l'anticipation des expériences de plaisir. Des exercices supplémentaires du programme PEPS(51) pourraient être insérés dans le programme afin de réduire cet obstacle.

Le taux de participation a été inégal entre les séances. Les hypothèses pour expliquer ce phénomène sont multiples. Le programme n'était pas prescrit par le médecin référent des patients et ne figurait pas comme une activité intégrée de l'hôpital de jour. Les patients ne connaissaient pas le thérapeute principal ce qui peut laisser penser que l'alliance thérapeutique a un rôle dans la participation à un groupe. Enfin, le profil de patient sélectionné est plus vulnérable aux événements externes perturbateurs. Le coaching téléphonique effectué a parfois été efficace et a permis à certains patients de revenir dans le groupe après la non-participation à une séance. Les stratégies pour augmenter la participation au groupe doivent être encore plus favorisées à l'avenir. Parmi les critères de sélection, un critère motivationnel pourrait être défini comme par exemple une sélection de patients ayant eu une plainte spontanée et répétée de trouble du sommeil depuis plus de 3 mois avec une plainte persistante à chaque consultation.

Ces perspectives ouvrent les liens entre les différentes dimensions auxquelles elles se rattachent. Le patient souffrant de schizophrénie subit des symptômes négatifs qui affectent son sommeil. Mais l'amélioration du sommeil passe par la régulation entre autre du rythme circadien et de fait par la diminution de la symptomatologie négative pour réguler son rythme. Pour cela, la technique principale utilisée est l'activation comportementale. L'activation comportementale est une des techniques psychothérapeutiques de base dans le traitement de la dépression. La symptomatologie négative du patient souffrant de schizophrénie a des points communs avec les symptômes de dépression d'où l'utilisation et le renforcement nécessaire dans notre programme d'exercices permettant de réduire cette symptomatologie. Les stratégies motivationnelles paraissent aussi importantes au regard du taux de participation.

L'étude préliminaire présente des limites. La sélection de nos patients comporte des biais. La présence d'un hypnotique comme critère de sélection peut sous évaluer la plainte clinique des patients et modifier les données initiales recueillies en terme de sévérité de l'insomnie et de somnolence diurne. Les critères de sélection ne prenaient pas en compte des facteurs confondants qui peuvent venir influencer le sous type clinique des patients recrutés. Nous avons observé en particulier une forte suspicion de syndrome d'apnées du sommeil pour tous les patients. Cette observation rappelle le taux important de syndrome d'apnée du sommeil chez les patients souffrant de schizophrénie. Elle peut modifier le profil clinique des patients recrutés car la somnolence clinique est une conséquence fréquente d'apnée du sommeil. Et la somnolence induit de l'inactivité et agit sur la symptomatologie négative (anhédonie, apragmatisme). Nous pensons à la nécessité de baliser l'absence de ce trouble par un

questionnaire spécifique comme le questionnaire de Berlin(95) lors du bilan clinique initial et d'aller l'explorer par polygraphie ventilatoire si la présomption clinique de syndrome d'apnée obstructive du sommeil est forte avant de démarrer le programme. Le traitement du syndrome d'apnée du sommeil est un traitement spécifique qui peut être mis en place rapidement et qui peut diminuer les troubles du sommeil.

Les caractéristiques des patients bien que sur un trop faible échantillon révèlent aussi un taux d'IMC supérieur à 30 soit un stade d'obésité. Au vu du lien entre obésité et mauvaise qualité de sommeil et syndrome d'apnée du sommeil, cette caractéristique est à prendre en considération pour une étude ultérieure par des mesures à intégrer dans le programme visant à la perte de poids chez les patients par exemple.

Les caractéristiques de la population retrouvent des patients ayant une symptomatologie négative prédominante. Contrairement aux interventions(44) déjà testées chez les patients souffrant d'un trouble psychotique, le sous type clinique de patients ne constituait pas un critère de sélection. Il sera capital dans la perspective d'une étude randomisée de définir le profil clinique des patients sélectionnés de façon précise au vu des commentaires établis ci-dessus sur l'importance de la relation entre symptomatologie négative et sommeil.

## **CONCLUSION**

Au final, le programme de psychoéducation construit remplit les objectifs qu'il se fixe de donner des informations sur le sommeil et de provoquer des changements d'attitudes et de pensées à travers la prise de conscience de son propre fonctionnement. L'initiation d'un changement de comportement en réponse à une auto-observation constitue un facteur clef pour lequel il faut accompagner les patients à le réaliser. L'agenda de sommeil doit encore plus être un outil central dans cette mise en pratique. Certaines modifications sont nécessaires mais la structure globale du programme semble adéquate à la fois sur la forme et sur le contenu.

L'étude préliminaire informe sur la nécessité de construire un protocole plus précis en termes d'évaluation des effets du programme mais aussi en termes de sélection des patients. Même si l'effet du programme n'a pu être quantifié, des perspectives dans l'approche des troubles du sommeil chez le patient souffrant de schizophrénie ont pu être mis en évidence et le programme a été bien accueilli et recommandé, ce qui nous pousse à continuer notre démarche. Ces perspectives nous font envisager un protocole pour montrer l'efficacité du programme dans une étude randomisée en aveugle.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Fatemi SH, Folsom TD. The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited. *Schizophr Bull.* mai 2009;35(3):528-48.
2. Lecomte T, Spidel A, Leclerc C, MacEwan GW, Greaves C, Bentall RP. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr Res.* 2008;102(1):295–302.
3. Favrod J, Maire A. *Se rétablir de la schizophrénie: Guide pratique pour les professionnels.* Elsevier Masson; 2015. 210 p.
4. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *J Sleep Res.* mars 2000;9(1):35-42.
5. Peppard PE, Young T, Barnet JH, Palta M, Hagen EW, Hla KM. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *Am J Epidemiol.* 1 mai 2013;177(9):1006-14.
6. Lin W-C, Winkelman JW. Obstructive sleep apnea and severe mental illness: evolution and consequences. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(5):503–510.
7. Leger D, Beck F, Richard J-B, Godeau E. Total sleep time severely drops during adolescence. *PloS One.* 2012;7(10):e45204.
8. Poirot I, Schröder C. *Sommeil, rythmes et psychiatrie.* Dunod; 2016. 319 p.
9. Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JC. Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* août 1992;49(8):651-668; discussion 669-670.
10. Harvey AG. Insomnia: symptom or diagnosis? *Clin Psychol Rev.* oct 2001;21(7):1037-59.
11. Krystal AD, Goforth HW, Roth T. Effects of antipsychotic medications on sleep in schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol.* 2008;23(3):150–160.
12. Katz DA, McHorney CA, others. The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *J Fam Pract.* 2002;51(3):229–234.
13. Harvey AG. Insomnia, psychiatric disorders, and the transdiagnostic perspective. *Curr Dir Psychol Sci.* 2008;17(5):299–303.
14. Drake CL, Roehrs TA, Burduvali E, Bonahoom A, Rosekind M, Roth T. Effects of rapid versus slow accumulation of eight hours of sleep loss. *Psychophysiology.* 2001;38(6):979–987.
15. Walker MP, Stickgold R. Sleep, memory, and plasticity. *Annu Rev Psychol.* 2006;57:139–166.
16. Harvey AG. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment [Internet]. Oxford University Press, USA; 2004 [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=\\_46krMrUGsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Harvey+A.G+2004&ots=f9FmXXHEbH&sig=3MnZbXezx9SU6FeqzaELt2m6L7k](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=_46krMrUGsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Harvey+A.G+2004&ots=f9FmXXHEbH&sig=3MnZbXezx9SU6FeqzaELt2m6L7k)

17. Harvey AG. A transdiagnostic approach to treating sleep disturbance in psychiatric disorders. *Cogn Behav Ther.* 2009;38(S1):35–42.
18. Soehner AM, Kaplan KA, Harvey AG. Insomnia comorbid to severe psychiatric illness. *Sleep Med Clin.* 2013;8(3):361.
19. Poulin J, Chouinard S, Pampoulova T, Lecomte Y, Stip E, Godbout R. Sleep habits in middle-aged, non-hospitalized men and women with schizophrenia: A comparison with healthy controls. *Psychiatry Res.* 30 oct 2010;179(3):274-8.
20. Waters F, Manoach DS. Sleep dysfunctions in schizophrenia: A practical review. *Open J Psychiatry.* 2012;2(04):384.
21. Chemerinski E, Ho BC, Flaum M, Arndt S, Fleming F, Andreasen NC. Insomnia as a predictor for symptom worsening following antipsychotic withdrawal in schizophrenia. *Compr Psychiatry.* oct 2002;43(5):393-6.
22. Chouinard S, Poulin J, Stip E, Godbout R. Sleep in untreated patients with schizophrenia: a meta-analysis. [Internet]. National Institute of Mental Health; 2004 [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/journals/szb/30/4/957/>
23. Ancoli-Israel S, Martin J, Jones DW, Caligiuri M, Patterson T, Harris MJ, et al. Sleep-disordered breathing and periodic limb movements in sleep in older patients with schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 1999;45(11):1426–1432.
24. Poulin J, Daoust A-M, Forest G, Stip E, Godbout R. Sleep architecture and its clinical correlates in first episode and neuroleptic-naïve patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003;62(1):147–153.
25. Tandon R, Shipley JE, Taylor S, Greden JF, Eiser A, DeQuardo J, et al. Electroencephalographic sleep abnormalities in schizophrenia: relationship to positive/negative symptoms and prior neuroleptic treatment. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(3):185–194.
26. Wilson S, Argyropoulos S. Sleep in schizophrenia: time for closer attention [Internet]. RCP; 2012 [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: <http://bjp.rcpsych.org/content/200/4/273.full-text.pdf+html>
27. Wulff K, Dijk D-J, Middleton B, Foster RG, Joyce EM. Sleep and circadian rhythm disruption in schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2012;200(4):308–316.
28. Monti JM, BaHammam AS, Pandi-Perumal SR, Bromundt V, Spence DW, Cardinali DP, et al. Sleep and circadian rhythm dysregulation in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2013;43:209–216.
29. Chiu VW, Harvey RH, Sloan NB, Ree M, Lin A, Janca A, et al. Cognitive and Behavioral Factors Associated With Insomnia in Inpatients With Schizophrenia and Related Psychoses. *J Nerv Ment Dis.* oct 2015;203(10):798-803.
30. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):353–370.
31. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, Addington J, Miller TJ, Woods SW, et al. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at

- risk of being prodromally symptomatic for psychosis: I. Study rationale and design. *Schizophr Res.* 2003;61(1):7–18.
32. Afonso P, Brissos S, Figueira ML, Paiva T. Schizophrenia patients with predominantly positive symptoms have more disturbed sleep–wake cycles measured by actigraphy. *Psychiatry Res.* 2011;189(1):62–66.
  33. Garma L. Insomnias associated with psychiatric disorders. In: *Sleep* [Internet]. Springer; 2003 [cité 5 sept 2017]. p. 227–245. Disponible sur: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-0217-3\\_19](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-0217-3_19)
  34. Ritsner M, Kurs R, Ponizovsky A, Hadjez J. Perceived quality of life in schizophrenia: relationships to sleep quality. *Qual Life Res.* 2004;13(4):783–791.
  35. Yang C, Winkelman JW. Clinical significance of sleep EEG abnormalities in chronic schizophrenia. *Schizophr Res.* 2006;82(2):251–260.
  36. Wamsley EJ, Tucker MA, Shinn AK, Ono KE, McKinley SK, Ely AV, et al. Reduced sleep spindles and spindle coherence in schizophrenia: mechanisms of impaired memory consolidation? *Biol Psychiatry.* 2012;71(2):154–161.
  37. Keshavan MS, Montrose DM, Miewald JM, Jindal RD. Sleep correlates of cognition in early course psychotic disorders. *Schizophr Res.* 2011;131(1):231–234.
  38. Myers E, Startup H, Freeman D. Cognitive behavioural treatment of insomnia in individuals with persistent persecutory delusions: A pilot trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* sept 2011;42(3):330-6.
  39. Freeman D, Pugh K, Vorontsova N, Southgate L. Insomnia and paranoia. *Schizophr Res.* 1 mars 2009;108(1):280-4.
  40. Asarnow LD, Soehner AM, Harvey AG. Basic sleep and circadian science as building blocks for behavioral interventions: A translational approach for mood disorders. *Behav Neurosci.* 2014;128(3):360.
  41. Manber R, Edinger JD, Gress JL, Pedro-Salcedo MGS, Kuo TF, Kalista T. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep.* 2008;31(4):489–495.
  42. Kaplan KA, Talbot LS, Gruber J, Harvey AG. Evaluating sleep in bipolar disorder: comparison between actigraphy, polysomnography, and sleep diary. *Bipolar Disord.* 2012;14(8):870–879.
  43. Cohrs S. Sleep disturbances in patients with schizophrenia. *CNS Drugs.* 2008;22(11):939–962.
  44. Freeman D, Waite F, Startup H, Myers E, Lister R, McInerney J, et al. Efficacy of cognitive behavioural therapy for sleep improvement in patients with persistent delusions and hallucinations (BEST): a prospective, assessor-blind, randomised controlled pilot trial. *Lancet Psychiatry.* 2015;2(11):975–983.
  45. Waters F, Chiu VW, Janca A, Atkinson A, Ree M. Preferences for different insomnia treatment options in people with schizophrenia and related psychoses: a qualitative study. *Front Psychol* [Internet]. 14 juill 2015 [cité 3 sept 2017];6. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500860/>

46. Favrod J, Bonsack C. Qu'est-ce que la psychoéducation. *Santé Ment.* 2008;126:26–32.
47. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2011 [cité 5 sept 2017]. p. 184–187. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448711000527>
48. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2000;26(1):5.
49. Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Curr Opin Psychiatry.* 2008;21(2):168–172.
50. Salomé F, Lagathu C, Demant JC, Petitjean F. Un programme d'information sur la maladie et ses traitements destiné aux patients atteints de schizophrénie: PACT®. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2002 [cité 5 sept 2017]. p. 416–420. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448702001890>
51. Favrod J, Nguyen A, Fankhauser C, Frobert L, McCluskey I, Rexhaj S. Programme Émotions positives pour la schizophrénie (PEPS). *Outils Réhabil Psychosoc Prat En Faveur Rétablissement.* 2016;127.
52. Gay C, Colombani M. Manuel de psychoéducation - Troubles bipolaires. Dunod; 2013. 302 p.
53. Mirabel-Sarron C, Vera L. L'entretien en thérapie comportementale et cognitive - 3ème édition. Dunod; 2011. 202 p.
54. Lecomte T, Leclerc C. Manuel de réadaptation psychiatrique [Internet]. PUQ; 2004 [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=WQx8sUDznUwC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Lecomte+Leclerc&ots=w7WS6ewrNd&sig=Yc4RWQNIK4n8c4WjHNOvKsHIUvs>
55. Leclerc C, Lecomte T. TCC pour premiers épisodes de psychose : pourquoi la thérapie de groupe obtient les meilleurs résultats ? *J Thérapie Comport Cogn.* 1 sept 2012;22(3):104-10.
56. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, et al. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophr Res.* 15 sept 2005;77(2):201-10.
57. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology.* 1998;12(3):426.
58. Rodríguez-Sánchez JM, Pérez-Iglesias R, González-Blanch C, Pelayo-Terán JM, Mata I, Martínez O, et al. 1-year follow-up study of cognitive function in first-episode non-affective psychosis. *Schizophr Res.* 1 sept 2008;104(1):165-74.
59. Langlois T, Olivier F, Amoyal C. L'évaluation des fonctions neurocognitives dans la schizophrénie: de l'examen complémentaire à la fonction thérapeutique. *J Thérapie Comport Cogn.* 2012;22(3):117–124.
60. Willard D, Rampazzo A, Alexandre C, Rousselet A-V, Minetti M, Krebs MO. De l'importance du bilan neuropsychologique avant la TCC pour les patients souffrant de schizophrénie. *J Thérapie Comport Cogn.* 2012;22(3):111–116.



61. Reddy LF, Horan WP, Green MF. Motivational deficits and negative symptoms in schizophrenia: concepts and assessments. In: Behavioral Neuroscience of Motivation [Internet]. Springer; 2015 [cité 3 sept 2017]. p. 357–373. Disponible sur: [http://link.springer.com/chapter/10.1007/7854\\_2015\\_379](http://link.springer.com/chapter/10.1007/7854_2015_379)
62. Favrod J, Bardy-Linder S, Pernier S, Mouron D, Schwyn C, Bonsack C, et al. Entraînement des habiletés métacognitives avec des personnes atteintes de schizophrénie. TCC Neurosci. 2009;103–114.
63. Staring ABP, ter Huurne M-AB, van der Gaag M. Cognitive Behavioral Therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: A pilot study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1 sept 2013;44(3):300-6.
64. Velligan DI, Roberts D, Mintz J, Maples N, Li X, Medellin E, et al. A randomized pilot study of MOtiVation and Enhancement (MOVE) Training for negative symptoms in schizophrenia. Schizophr Res. 2015;165(2):175–180.
65. Waller H, Garety PA, Jolley S, Fornells-Ambrojo M, Kuipers E, Onwumere J, et al. Low intensity cognitive behavioural therapy for psychosis: A pilot study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1 mars 2013;44(1):98-104.
66. Pancrazi MP, Ortuno E, Delbosc C, de la Tribonnière X. Éducation thérapeutique du patient, psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale(TCC), psychoéducation: quels équilibres. Sante Educ. 2013;1:32–5.
67. Mirabel-Sarron C, Docteur A, Siobud-Dorocant E, Dardennes R. Psychoéducation, TCC et éducation thérapeutique du patient : un programme certifié par l'ARS pour patients bipolaires. J Thérapie Comport Cogn. nov 2015;25(4):159-67.
68. Lam DH, Jones SH, Hayward P, Bright JA. Cognitive Therapy for Bipolar Disorder. Ther Guide Concepts Methods Pract Chiches- Ter Wiley. 1999;
69. Monestes J-L, Yon V, Loas G. Efficacité des thérapies cognitives et comportementales des psychoses. J Thérapie Comport Cogn. 1 sept 2005;15(3):109-13.
70. Franck N, Chambon O, Marie-Cardine M. Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie. Emc-Psychiatr. 2008;37–295.
71. Cottraux J. Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC). Psychothérapies. 2004;24(3):151–159.
72. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. Sleep. 1999;22(8):1134–1156.
73. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998–2004). Sleep. 2006;29(11):1398–1414.
74. Morin CM. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. J Clin Psychiatry. 2004;65(Suppl 16):33–40.
75. Espie CA. Overcoming Insomnia: A Self-Help Guide Using Cognitive Behavioural Therapy [Internet]. Robinson; 2006 [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: <http://eprints.gla.ac.uk/33995/>

76. Spielman AJ. Assessment of insomnia. *Clin Psychol Rev.* 1986;6(1):11–25.
77. Morin CM, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep.* 2007;30(11):1547–1554.
78. Waite F, Myers E, Harvey AG, Espie CA, Startup H, Sheaves B, et al. Treating sleep problems in patients with schizophrenia. *Behav Cogn Psychother.* 2016;44(3):273–287.
79. Freeman D, Startup H, Myers E, Harvey A, Geddes J, Yu L-M, et al. The effects of using cognitive behavioural therapy to improve sleep for patients with delusions and hallucinations (the BEST study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2013;14(1):214.
80. Davies G, Haddock G, Yung AR, Mulligan LD, Kyle SD. A systematic review of the nature and correlates of sleep disturbance in early psychosis. *Sleep Med Rev.* 2017;31:25–38.
81. Aichhorn W, Stelzig-Schoeler R, Geretsegger C, Stuppaeck C, Kemmler G. Bright light therapy for negative symptoms in schizophrenia: a pilot study. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(7):1146.
82. Bottai T, Biloa-Tang M, Christophe S, Dupuy C, Jacquesy L, Kochman F, et al. Thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux (TIPARS): du concept anglo-saxon à l'expérience française. *L'Encéphale.* 2010;36:S206–S217.
83. Chiu VW, Ree M, Janca A, Waters F. Sleep in schizophrenia: exploring subjective experiences of sleep problems, and implications for treatment. *Psychiatr Q.* 2016;87(4):633–648.
84. Choi K-H, Jaekal E, Lee G-Y. Motivational and Behavioral Activation as an Adjunct to Psychiatric Rehabilitation for Mild to Moderate Negative Symptoms in Individuals with Schizophrenia: A Proof-of-Concept Pilot Study. *Front Psychol.* 2016;7:1759.
85. Strauss GP, Gold JM. A new perspective on anhedonia in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2012;169(4):364–373.
86. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193–213.
87. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001;2(4):297–307.
88. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *sleep.* 1991;14(6):540–545.
89. Lançon C, Reine G, Simeoni M-C, Aghababian V, Auquier P. Développement et validation d'un instrument d'auto-évaluation de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie : la S-QoL. *L'Encéphale.* 1 juin 2007;33(3):277-84.
90. Kay SR, Fiszbein A, Opfer LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261.
91. Stip E, Caron J, Renaud S, Pampoulova T, Lecomte Y. Exploring cognitive complaints in schizophrenia: the subjective scale to investigate cognition in schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2003;44(4):331–340.

92. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361–370.
93. Favrod J, Brana A, Nguyen A, Nicolier A, Perret M, Rexhaj S. Effets de l'entraînement métacognitif sur la conscience des idées délirantes. *J Thérapie Comport Cogn.* sept 2015;25(3):117-24.
94. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res.* 2004;68(2):319–329.
95. Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med.* 1999;131(7):485–491.

## **ANNEXES**

### **1. Annexe 1 : Bilan d'évaluation du sommeil.**

#### **Bilan d'évaluation du sommeil**

Nom :                                  Prénom :                                  Age :                                  Sexe :  
Psychiatre traitant :                                  Evaluateur :  
Poids (kg) :                                  Taille (cm) :                                  IMC :

#### **INTERROGATOIRE SUR PLAINTES DE SOMMEIL**

##### **FREQUENCE DES TROUBLES :**

- ☐ Vos troubles sont-ils réguliers (supérieur à 3 mois et plus de 3 fois par semaine) ?

L'ensemble du questionnaire fait référence à des troubles qui vous gênent et qui sont fréquents.  
Répondre "Non" si les symptômes ne vous arrivent que très occasionnellement

- ☐ Vos troubles apparaissent-ils par périodes ?

##### **SYMPTOME DES TROUBLES DU SOMMEIL**

- Ressentez-vous les symptômes suivants depuis plus de 3 mois, et avec des conséquences sur la qualité de de votre journée?

- ☐ Difficultés d'endormissement ?  
☐ Des réveils en milieu de nuit ?  
☐ Des réveils de fin de nuit /réveils précoces ?  
☐ La sensation de ne pas dormir ?

- Avez-vous des troubles respiratoires ?

- ☐ Ronflez-vous ou avez-vous une respiration bruyante en dormant ? (au moins 3 fois par semaine)  
☐ Votre entourage a-t-il noté des arrêts respiratoires au cours du sommeil ?

- Êtes-vous somnolent ?

- ☐ Avez-vous une somnolence excessive ou des accès d'endormissement ?  
☐ Faites-vous la sieste plus de 2 fois par semaine ?  
☐

Etes-vous gêné par le besoin de lutter contre l'envie de dormir en cours de journée ?

☐ Avez-vous déjà failli vous endormir au volant ?\*

- Périodes de sommeil

☐ Avez-vous des horaires de sommeil décalés ?

☐ Spontanément vous ne dormez pas la nuit mais sur le matin et en début d'après-midi

- Avez-vous d'autres troubles gênants et réguliers ?

☐ Somnambulisme / cauchemars / rêves pénibles... (Fréquents et gênants votre quotidien)

☐ Autres : précisez .....

- Au commencement

☐ Savez-vous exactement quand ont débuté vos troubles ?

## **EVALUATION DE LA SOMNOLENCE (QUESTIONNAIRE D'EPWORTH)**

Voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter. Utilisez l'échelle suivante en cochant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

- Assis en train de lire :
- En train de regarder la télévision :
- Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion) :
- Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure :
- Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent :
- Assis, en parlant avec quelqu'un :
- Assis au calme après un déjeuner sans alcool :
- Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes :

Total :

## **ÉVALUATION DE L'INTENSITE DES TROUBLES (ECHELLES VERBALES GRADUEES DE 0 A 10)**

Nous vous demandons de préciser ici comment vous percevez vos symptômes, en vous situant sur une échelle d'évaluation allant de 0 à 10.

- Intensité des troubles du sommeil :

Choix allant de 0 (Ces troubles ne me gênent pas du tout) à 10 (Ces troubles me gênent beaucoup)

- Qualité du sommeil effectif :

Choix allant de 0 (Mon sommeil est mauvais) à 10 (Mon sommeil est excellent)

- Qualité de l'éveil pendant la journée :

Choix allant de 0 (Je suis somnolent(e) dans la journée) à 10 (Je suis bien éveillé(e) dans la journée)

## **SIGNES D'ORIENTATION ORGANIQUE**

- ☐ Avez-vous parfois l'impression d'étouffer en dormant ?
- ☐ Vous levez-vous plus de 2 fois pour uriner en cours de nuit ? (nycturie)
- ☐ Bougez-vous beaucoup en dormant ?
- ☐ Avez-vous, en vous couchant, des régurgitations acides dans le fond de la gorge ? (RGO)
- ☐ Avez-vous des sueurs nocturnes ?
- ☐ Ressentez-vous des maux de tête au réveil ?
- ☐ Etes-vous gêné par une toux nocturne ?
- ☐ Avez-vous des douleurs qui vous réveillent ou qui vous empêchent de dormir
- ☐ Avez-vous des problèmes de perte d'urine au lit au cours du sommeil ?
- ☐ Votre partenaire se plaint-il de recevoir des « coups de pied » tout au long de la nuit ? ( si en couple)
- ☐ Avez-vous des sensations désagréables ou pénibles dans les jambes (et parfois les bras) qui vous gênent plus de 3 fois par semaine ?
- ☐ Vous arrive-t-il d'avoir une chute de la tête, d'un membre ou de tout votre corps, vous conduisant à des maladroites ou à des chutes ?
- ☐ Avez-vous parfois l'impression d'entendre, de voir ou de sentir des choses qui n'existent pas (comme dans un rêve ou un cauchemar éveillé), au moment du coucher ou en cas de fatigue dans la journée ?
- ☐ Avez-vous parfois l'impression d'être « paralysé » lorsque vous sortez de votre sommeil ou lorsque vous vous endormez ?
- ☐ Etes-vous obligé de prévoir plusieurs réveils ou alarmes pour arriver à vous lever le matin ?

## **VOS HABITUDES**

- ☐ Êtes-vous fumeur (y compris la cigarette électronique avec nicotine) ?
- ☐ Buvez-vous régulièrement des boissons énergisantes ou excitantes (type cola, café...) ? En buvez-vous après 16 H ?
- ☐ Buvez-vous régulièrement des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritifs...) ?
- ☐ Consommez-vous de la drogue ? Cannabis ou autre ?
- ☐ Pratiquez-vous une activité sportive ?
- ☐ Avez-vous pris du poids récemment ?

## **VOTRE ENVIRONNEMENT**

- ☐ Avez-vous une place réservée au sommeil dans votre environnement ?
- ☐ Avez-vous un lit ?
- ☐ Avez-vous des volets ?
- ☐ Votre voisinage est-il bruyant ?

## **VOS HORAIRES ET HABITUDES DE SOMMEIL**

- Vers quelle heure vous couchez vous en semaine ?  
Entre..... ET.....

- Vers quelle heure vous levez-vous en semaine ?  
Entre.....ET.....

- Une fois couché(e) que faites-vous le plus souvent? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Je cherche à dormir immédiatement
  - ☐ J'ai une activité sexuelle
  - ☐ Je lis un livre ou une revue
  - ☐ J'utilise mon téléphone/ ma tablette/ mon ordi pour échanger avec les autres (SMS, mails, réseaux sociaux) ou pour le travail
  - ☐ Je garde mon Smartphone allumé à côté de moi
  - ☐ Je regarde la télévision
  - ☐ Autre
- Il vous faut combien de temps pour vous endormir ? (en minutes).....
  - Si vous vous réveillez en cours de nuit, durée des éveils ? (en minutes) .....
  - De combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin ? (en heures) .....

## **COMPOTEMENT**

- ☐ Sortez-vous le soir (soirée, théâtre, cinéma...) plus de 3 fois /semaine ?
- ☐ Juste avant le coucher, utilisez-vous régulièrement (plus de 3 fois/semaine) un ordinateur ou une tablette pendant plus d'une heure ?
- ☐ Votre réveil est-il spontané ?
- Comment vous sentez-vous le plus souvent au réveil ?
- ☐ En forme et disponible
- ☐ Encore fatigué et endormi
- ☐ Avez-vous une sensibilité de l'humeur à la lumière et au beau temps ?
- ☐ Travaillez-vous (professionnel ou domestique), le soir chez vous, jusqu'au coucher plus de trois fois par semaine ?

## **TRAITEMENT(S) ACTUEL(S)**

- Liste des traitements :
  - A quelle heure prenez-vous votre traitement le soir ?
  - A quelle heure prenez-vous un hypnotique ?
- ☐ Vous arrive-t-il d'en reconsommer dans la nuit si impossibilité de dormir ?

## **INDEX DE SEVERITE DE L'INSOMNIE REVISE (ISI-R)**

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre qui correspond le plus fidèlement possible à votre sommeil au cours du dernier mois. Pour les trois premières questions, veuillez estimer la SEVERITE de vos difficultés de sommeil.

- **Sévérité des difficultés de sommeil**

### **1. Difficultés à s'endormir**

Aucune	Légère	Moyenne	Élevé	Extrême
0	1	2	3	4

### **2. Difficultés à rester endormi**

Aucune	Légère	Moyenne	Élevé	Extrême
0	1	2	3	4



### 3. Problèmes de réveils trop tôt le matin

Aucune	Légère	Moyenne	Élevé	Extrême
0	1	2	3	4

### 4. Jusqu'à quel point êtes-vous SATISFAIT /INSATISFAIT de votre sommeil actuel ?

Très satisfait	Satisfait	Neutre	Insatisfait	Très insatisfait
0	1	2	3	4

### 5. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil perturbent votre fonctionnement quotidien (par exemple ...fatigue, concentration, humeur, performance)

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

### 6. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont apparentes pour les autres en terme de DETERIORATION de la qualité de votre vie ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

### 7. Jusqu'à quel point êtes-vous inquiet/ préoccupé à propos de vos difficulté de sommeil ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Total =

Cotation ISI :

0-7 absence d'insomnie

8-14 insomnie sous clinique

15-21 insomnie modérée

22-28 insomnie sévère

Une amélioration de 8 point après traitement est considéré comme cliniquement significative entre avant et après les mesures. Score seuil au-dessus de 10 pour identifier les cas d'insomnie

### PANSS (POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOM SCALE

- Score dimension positive :
- Score dimension négative :

### EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE( SQOL 18) :

- Score :

### **CHOIX DE PREFERENCE DU TRAITEMENT :**

Au terme de cet entretien, nous avons objectivé des perturbations de votre sommeil qui altère votre fonctionnement et votre qualité de vie. Nous aimerions connaître votre avis sur la possibilité de traiter ces perturbations du sommeil par différents moyens.

Quel traitement choisiriez-vous si on vous proposer ?

- ☐ L'amélioration de votre traitement actuel
- ☐ La prescription de mélatonine
- ☐ Un traitement par psychothérapie comportementale et cognitive

Souhaiteriez-vous participer au groupe de thérapie ?

### **INFORMATION SUR LE GROUPE :**

Ce groupe comporte 6 à 8 patients souffrant eux aussi de troubles du sommeil. Le groupe sera animé par moi-même et Laurence Benon, infirmière de l'hôpital de jour. Il se déroule en salle de réunion du service de la psychiatrie D le mardi à 14 h. Il comprend 7 séances de 1 heure auquel nous vous demandons de participer avec assiduité. Les séances ont lieu une fois par semaine. Il s'agira de traiter votre sommeil à l'aide de mesure comportementale, d'hygiène de sommeil et thérapie cognitive. Vous devrez remplir votre agenda de sommeil et votre journal de thérapie pour chaque séance. A la fin du groupe, je vous demanderai de remplir certains questionnaires afin de voir si votre sommeil s'est amélioré et si vous êtes satisfaits de la participation à ce groupe.

### **QUESTIONS :**

## 2. Annexe 2 : Agenda de sommeil

Agenda de sommeil utilisé pour les patients pendant le programme.

### AGENDA DU SOMMEIL

NOM: \_\_\_\_\_

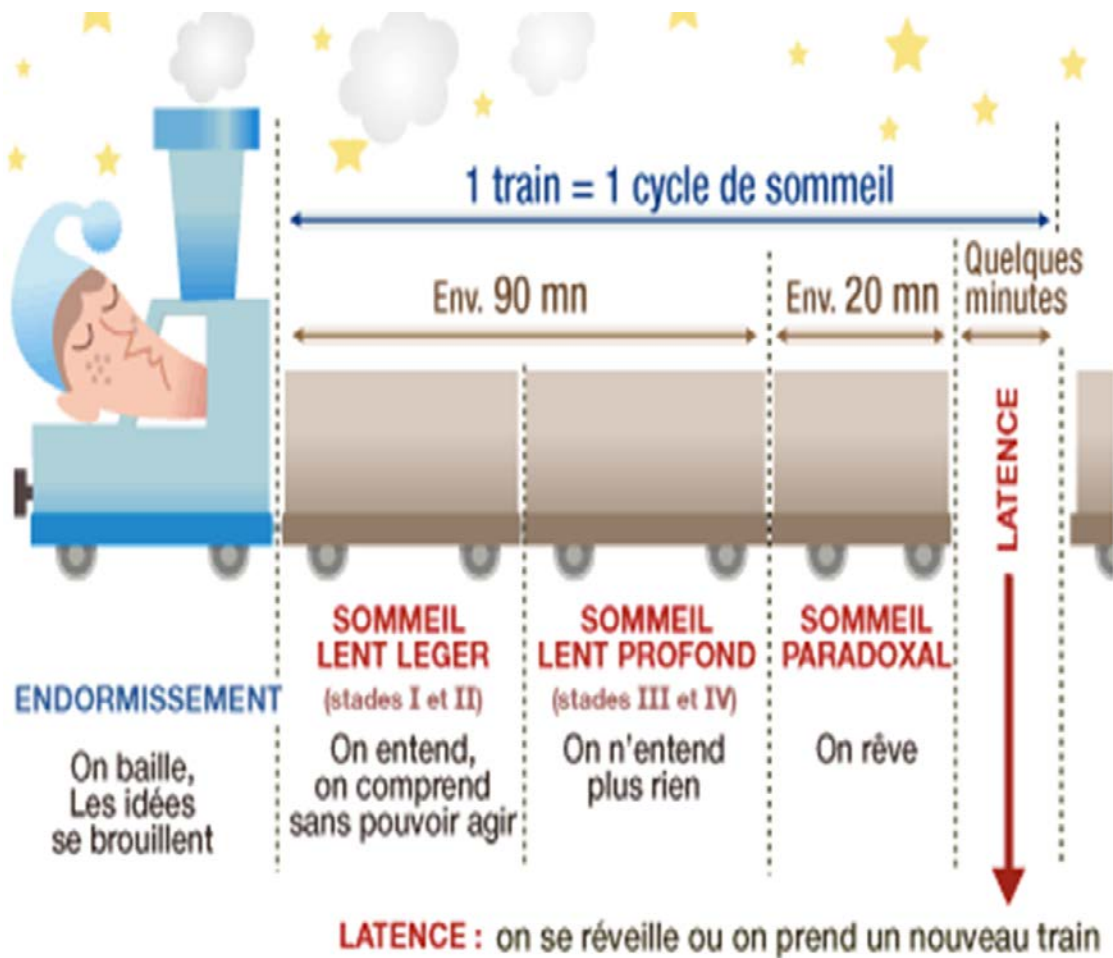
Semaine du: \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Le matin je complète ma nuit du	Exemple	(nuit) Date						
	Mardi 25/03	/	/	/	/	/	/	/
1. Hier, j'ai fait la sieste entre ____ et ____ (Notez l'heure de toutes siestes).	13h50 à 14h30							
2. Hier, j'ai pris ____ mg de médicament et/ou ____ oz d'alcool pour dormir.	Halcion 0,125 mg							
3. Je me suis couché(e) à ____ hres J'ai éteint les lumières à ____ hres.	22h45 23h15							
4. Après avoir éteint les lumières, je me suis endormi(e) en ____ min.	40 min.							
5. Mon sommeil a été interrompu ____ fois. (Spécifiez le nombre de fois).	3							
6. Mon sommeil a été interrompu ____ min. (Spécifiez la durée en minute de chaque période d'éveil).	10 5 45							
7. Cette nuit, je me suis levé ____ (Indiquez le nombre de fois où vous avez quitté le lit)	3							
8. Ce matin, je me suis réveillé(e) à ____ hres (Notez l'heure du dernier réveil).	06h15							
9. Ce matin, je me suis levé(e) à ____ hres (Spécifiez l'heure).	06h40							
10. Au lever ce matin, je me sentais ____ (1 = épuisé(e), 5 = reposé(e)).	2							
11. Dans l'ensemble, mon sommeil de la nuit dernière a été ____ (1 = très agité, 5 = très profond).	3							

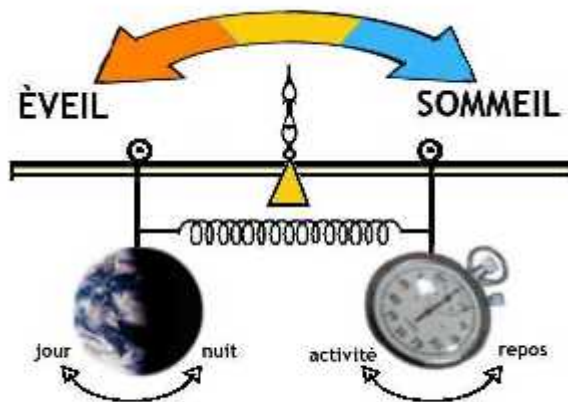
### 3. Annexe 3 : Fiche généralités sur le sommeil

#### FICHE «Le Sommeil, c'est Quoi ? »

- Le sommeil : une fonction importante de l'organisme
- Rôle dans *l'apprentissage, la mémorisation, le bien être*, l'immunité, la croissance.
- Le sommeil évolue en cycles successifs : 4 à 6 cycles par nuit de 90 à 110 min



- Comment se régule le sommeil ?



- Un rythme synchronisé par : JOUR ET NUIT, ACTIVITE ET REPOS, HEURE DE LEVER, REPAS QUOTIDIEN.
- Un rythme interne de régulation : PRESSION DE SOMMEIL.

- Durée et qualité de sommeil :

Dépend de chaque individu

On peut être court dormeur (moins de 6H-6h30 de sommeil) , dormeur normal ( entre 6H30 et 9H30) et long dormeur (plus de 9H30 )

On peut être plutôt du matin, plutôt du soir ou ni l'un ni l'autre

- Quels sont les besoins de sommeil et conséquence si on ne dort pas ?

Expérience de privation de sommeil : population ressentant de *l'irritabilité, une diminution des performances, une difficulté de concentration, de la dépression, de la fatigue, une perte d'appétit et des douleurs musculaires.*

Autre conséquence de la privation de sommeil : *augmentation des voix et du sentiment d'être menacé*

- Les troubles du sommeil renforcent le risque de faire rechuter votre maladie
- Les trouble du sommeil ne sont pas propres à votre maladie mais dépendent de plusieurs facteurs dont notamment une mauvaise hygiène de sommeil et des mauvais comportements concernant le sommeil

#### **4. Annexe 4 : Fiche Hygiène de Sommeil**

### **FICHE HYGIENE DE SOMMEIL**

1/ EVITER LES SIESTES

2/ EVITER DE BOIRE DU CAFE APRES 16H

EVITER DE FUMER APRES L'HEURE DU COUCHER ET LORS DES  
EVEILS NOCTURNES

EVITER DE CONSOMMER DE L'ALCOOL OU BOISSON  
ENERGISANTE PRES DE L'HEURE DU COUCHER

3/ ASSURER UN BON ENVIRONNEMENT DE SOMMEIL (CHAMBRE  
DANS LE NOIR + ABSENCE DE BRUIT + ABSENCE DE LUMIERE )

4/ EVITER D'ETRE SUR LES ECRANS AVANT DE SE COUCHER ( TV ,  
ORDINATEUR , TABLETTE , SMARTPHONE)

5 / EVITER REPAS LOURD LE SOIR

6/ FAVORISER UNE ACTIVITE PHYSIQUE DANS LA JOURNEE MAIS  
PAS EN SOIREE ( CAR EFFET STIMULANT)

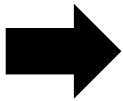
## **FICHE ASSOCIATION LIT –SOMMEIL**

1/ HEURE DE LEVER FIXE

2/ SE RELAXER AVANT DE SE COUCHER

3/ EVITER DE SE REPOSER DANS SON LIT

EVITER DE TRAINER AU LIT, DE PASSER DU TEMPS DANS SON LIT



**LE LIT EST LE LIEU UNIQUEMENT RESERVE AU SOMMEIL**

4/ EVITER LES SIESTES

### 5. Annexe 5 : Grille d'activités

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Après midi							
Soir							



## 6. Annexe 6 : Frise du Sommeil

### MON SOMMEIL

1/ RESPECTER UN RYTHME

2/ ASSURER UNE BONNE HYGIENE DE SOMMEIL

3/ GERER SES INQUIETUDES

**PETIT DEJEUNER**

**DEJEUNER**

**DINER**



1/ HEURE DE LEVER FIXE

2/OUVRIR LES VOLETS ET AERER

3/ EXPOSITION LUMIERE SOLEIL MATIN

LUTTER CONTRE SIESTES



PROGRAMMER DES ACTIVITES

UTILISER GRILLE D'ACTIVITES



PENSER A UNE ACTIVITE PLAISIR AU MOMENTOU VOUS AVEZ ENVIE DE FAIRE UNE SIESTE

RITUEL D'ENDORMISSEMENT

EN DEHORS DU LIT

1 HEURE AVANT LE COUCHER

HEURE DE COUCHER FIXE

## **7. Annexe 7 : Questionnaire de satisfaction**

Questionnaire de satisfaction du programme
--

Ayant à cœur d'améliorer ce programme, nous aimerions recueillir votre avis. C'est pourquoi nous vous demandons de remplir ce questionnaire. Vos réponses resteront confidentielles.

➤ **Votre appréciation du programme :**

Etes-vous satisfaits (e) :

- Du nombre de séances ?
- De la durée des séances ?
- Des thèmes abordés ?
- De la dynamique de groupe ?
- D'avoir réalisé ce traitement en thérapie de groupe ?
- De la disponibilité des soignants ?

➤ **Les recommandations et exercices utilisés pendant ce programme :**

- Etaient-ils adaptés à votre situation ?
- Etaient-ils facile à appliquer dans la vie de tous les jours ?
- Peuvent-ils être réutilisés ?

➤ **Pensez-vous que votre participation à ce programme a permis :**

- Une amélioration de votre sommeil ?
- Une amélioration de votre qualité de vie ?
- Une amélioration de votre fonctionnement au quotidien ?
- Une amélioration de vos symptômes en lien avec votre maladie ?

➤ **Vos commentaires sur le programme ?**

- Quels sont les points que vous avez le plus apprécié dans cette thérapie ?
- Quels sont les éléments que vous avez le moins apprécié dans cette thérapie ?
- Avez-vous d'autres remarques, commentaires ou suggestions ?
- Recommanderiez-vous ce type de programme à d'autres patients ?
- Pensez-vous que ce type de thérapie devrait être proposé en hôpital de jour ? Si oui, pourquoi ?
- Seriez-vous d'accord pour bénéficier d'une séance de rappel dans 3 mois ?

➤ **EVALUATION DE LA SOMNOLENCE (QUESTIONNAIRE D'EPWORTH)**

Voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter. Utilisez l'échelle suivante en cochant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

➤ Entourer le chiffre

- Assis en train de lire : 0 1 2 3
- En train de regarder la télévision : 0 1 2 3
- Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion) : 0 1 2 3
- Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure : 0 1 2 3
- Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent : 0 1 2 3
- Assis, en parlant avec quelqu'un : 0 1 2 3
- Assis au calme après un déjeuner sans alcool : 0 1 2 3
- Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes : 0 1 2 3

➤ **Index de Sévérité de l'Insomnie Révisé**

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre qui correspond le plus fidèlement possible à votre sommeil au cours du dernier mois.

Pour les trois premières questions, veuillez estimer la SEVERITE de vos difficultés de sommeil.

➤ Sévérité des difficultés de sommeil

1. Difficultés à s'endormir

Aucune   Légère   Moyenne   Élevé   Extrême

0            1            2            3            4

## 2. Difficultés à rester endormi

Aucune	Légère	Moyenne	Élevé	Extrême
0	1	2	3	4

## 3. Problèmes de réveils trop tôt le matin

Aucune	Légère	Moyenne	Élevé	Extrême
0	1	2	3	4

### ➤ 4. Jusqu'à quel point êtes-vous SATISFAIT /INSATISFAIT de votre sommeil actuel ?

Très satisfait	Satisfait	Neutre	Insatisfait	Très insatisfait
0	1	2	3	4

### ➤ 5. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil perturbent votre fonctionnement quotidien (par exemple ...fatigue, concentration, humeur, performance)

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

### ➤ 6. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont apparentes pour les autres en terme de DETERIORATION de la qualité de votre vie ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

### ➤ 7. Jusqu'à quel point êtes-vous inquiet/ préoccupé à propos de vos difficulté de sommeil ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très
Extrêmement	0	1	2
3	4		

Cotation ISI : 0-7 absence d'insomnie

8-14 insomnie sous clinique

15-21 insomnie modérée

22-28 insomnie sévère

Une amélioration de 8 point après mesure est considéré comme cliniquement significative entre avant et après les mesures. Score seuil au-dessus de 10 pour identifier les cas d'insomnie

#### **AUTO EVALUATION PAR ECHELLES VERBALES GRADUEES (0 à 10)**

- Intensité de vos troubles du sommeil :
- Qualité de votre sommeil :
- Qualité de votre éveil :
- Qualité de votre vie :

Nous vous remercions de votre participation et vous souhaitons le meilleur dans votre vie et votre ....sommeil !!!

#### **8. Annexe 8 : Remarques critères ICSD 3 Insomnie**

1. Des difficultés à s'endormir, à maintenir le sommeil ou une plainte de réveil précoce peuvent être rapportées dans toutes les tranche d'âge. Un refus de se coucher à un horaire approprié et une difficulté à dormir sans l'intervention d'un parent ou de l'entourage sont décrits plus fréquemment chez l'enfant ou chez l'adulte âgé qui a besoin d'être assisté par un tiers étant donné le niveau important de trouble fonctionnels (par exemple chez les patients atteints de démence)
2. Certains patients souffrant d'insomnie chronique peuvent présenter des épisodes récurrents de troubles du sommeil avec répercussions sur la veille pendant plusieurs semaines et parfois plusieurs années, mais sans que le critère de durée minimale de trois mois ne soit atteint pour aucun de ces épisodes pris séparément. Toutefois le diagnostic d'insomnie chronique doit être porté chez ces patients, étant donné la persistance de ces troubles du sommeil dans la durée.
3. Un patient utilisant de façon régulière des somnifères peut avoir un sommeil satisfaisant et ne pas remplir les critères d'une catégorie d'insomnie des lors qu'il prend ces médicaments. Cependant, en l'absence de tels médicaments, ce même patient peut remplir les critères précédents. Le diagnostic doit alors s'appliquer à

ce patient, surtout s'il consulte pour des préoccupations concernant une incapacité à dormir sans ses somnifères habituels.

4. De nombreux troubles comorbides, comme par exemple des douleurs chroniques ou un reflux gastro-oesophagien ( RGO) peuvent entraîner les plaintes décrites ici comme un mauvais sommeil avec répercussions sur la veille. Lorsque ces troubles sont les seules causes des problèmes de sommeil, un diagnostic séparé d'insomnie peut ne pas convenir. Toutefois, chez de nombreux patients, ces troubles sont chroniques et ne sont pas la seule raison des troubles du sommeil. Les principaux facteurs déterminant la décision d'établir un diagnostic séparé d'insomnie sont : « A quelle fréquence la difficulté à dormir est-elle directement liée à la comorbidité( par exemple les douleurs ou le RGO) ? » où « Vous arrive-t-il de mal dormir même en l'absence de tels facteurs ? » ou « Des facteurs comportementaux ou cognitifs qui perpétuent ces troubles( par ex. des attentes négatives, un réveil conditionné, des habitudes perturbant le sommeil) se sont-ils installés, suggérant un caractère autonome de l'insomnie rencontrée ? » S'il apparaît que les plaintes de mauvais sommeil avec répercussions sur la veille ne résultent pas uniquement de la cause médicale, et que ces plaintes méritent une attention thérapeutique séparée alors le diagnostic d'insomnie chronique doit être établi.

Date

Vu le Directeur de Thèse

Vu le Doyen de la Faculté de Médecine de Tours



## **Bonnin Maxime**

146 pages – 2 tableaux – 6 graphiques – 5 illustrations.

**Résumé :** Les troubles du sommeil constituent un enjeu majeur dans la prévention de la rechute et l'altération du fonctionnement des patients souffrant de schizophrénie. Les interventions déjà existantes sur le sommeil chez ces patients ciblent l'insomnie en thérapie individuelle. L'intervention repose en grande partie sur des mesures psychoéducatives d'hygiène de sommeil et comportementales. Aucun programme spécifique n'est proposé pour un traitement global des troubles du sommeil en groupe chez des patients souffrant de schizophrénie.

L'objectif de ce travail est la construction d'un programme de psychoéducation sur les troubles du sommeil chez des patients souffrant de schizophrénie à partir de données actuelles de la littérature et la réalisation d'une étude préliminaire afin de montrer la faisabilité de ce programme.

Un programme de psychoéducation sur les troubles du sommeil, adapté sur la forme (7 séances d'une durée de 1 heure) et le contenu a été construit. Une étude préliminaire appliquant le programme a été réalisée sur un groupe de six patients. Des évaluations répétées ont mesuré les paramètres de sommeil et un questionnaire de satisfaction a été recueilli à la fin du programme.

Les résultats de l'étude préliminaire suggèrent une bonne faisabilité du programme. Trois patientes ont participé à la quasi intégralité du programme et se montraient satisfaites. Les thérapeutes n'ont pas eu de difficulté à délivrer le programme. Les résultats de l'analyse qualitative ont mis en évidence certaines caractéristiques propres aux patients souffrant de schizophrénie (croyances défaitistes, déficits motivationnels, apragmatisme).

Le développement de ce programme devra se poursuivre par une étude de son efficacité à l'aide d'un essai randomisé en aveugle contre groupe contrôle.

**Mots clés :** Psychoéducation, Schizophrénie, Sommeil, Etude préliminaire

**Jury :** Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Docteur Jérôme GRAUX

Membres du Jury : Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT

Professeur Dominique DRAPIER

Docteur Nadège LIMOUSIN

**Date de soutenance :** Vendredi 29 Septembre 2017