



HAL
open science

Comprendre les troubles du sommeil de patients adultes atteints de MICI pris en charge en ambulatoire

Ingrid Banovic, Daniel Gilibert, Dorian Bannier, Laurent Beaugerie

► To cite this version:

Ingrid Banovic, Daniel Gilibert, Dorian Bannier, Laurent Beaugerie. Comprendre les troubles du sommeil de patients adultes atteints de MICI pris en charge en ambulatoire. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2020, 10.1016/j.amp.2020.01.012 . hal-02332853

HAL Id: hal-02332853

<https://hal.science/hal-02332853>

Submitted on 15 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Mémoire

Comprendre les troubles du sommeil de patients adultes atteints d'une maladie de Crohn pris en charge en ambulatoire

Supporting the understanding of sleep disorders in adult outpatients with Crohn's disease

Ingrid Banovic^a, Daniel Gilbert^b, Dorian Bannier^a, Laurent Beaugerie^c

a) CRFDP (EA7475), Université de Rouen Normandie, 76821 Mont-Saint-Aignan Cedex, France

b) EPSYLON (EA 4556), Université Paul Valéry Montpellier 3, 34199 Montpellier Cedex 5, France

c) Hôpital Saint-Antoine, 75012 Paris, France

Auteur correspondant : Ingrid Banovic, CRFDP (EA7475), Université de Rouen Normandie, 76821 Mont-Saint-Aignan Cedex, France

Mél : ingrid.banovic@univ-rouen.fr

Résumé

L'objectif de ce travail était de déterminer quelles étaient les variables les plus discriminantes des perturbations du sommeil de 97 patients atteints d'une maladie de Crohn (CD) consultant en ambulatoire et se plaignant d'être fatigués. Ils ont été interrogés sur leur sommeil (IQSP, ISI, échelle de somnolence diurne) et leur humeur (HADS). Ils ont aussi rapporté les informations concernant l'activité clinique de la maladie (indice de Harvey-Bradshaw) et la CRP (inflammation). Les résultats montrent que l'activité clinique de la maladie est associée à une mauvaise qualité du sommeil et à une insomnie. Mais surtout, les troubles du sommeil entretiennent des liens forts avec les symptômes dépressifs. Dans une activité de pratique psychologique, l'évaluation des troubles du sommeil pourrait constituer une approche commune au médecin et au psychologue, pour la prise en charge des patients atteints de CD et de leurs symptômes associés.

Mots-clés : Anxiété ; Dépression ; Maladie de Crohn ; Maladie inflammatoire ; Prise en charge ; Soins ambulatoires ; Trouble du sommeil

Abstract

Objectives. – Research has shown that sleep disturbances can negatively influence the progression of chronic inflammatory diseases, including chronic inflammatory bowel disease (IBD). More specifically, poor sleep quality is strongly related to the clinical activity of the disease. Nevertheless, some patients suffer from sleep disorders even when the disease is clinically inactive. Psychological factors, such as depression and anxiety, are also known to contribute to poor sleep quality. Depression and anxiety are common in chronic diseases. In addition, while the link between depression or anxiety and sleep disorders is well-known, the link between sleep disorders and

inflammation has only been studied recently. Sleep studies in IBD patients have generally excluded patients with clinically diagnosed depression or anxiety in order to neutralize their effects on the relationship between inflammation and sleep disorders. Nevertheless, there is no consensus on the relationship between depression and anxiety and the clinical activity of the disease. When a patient with chronic inflammatory bowel disease (Crohn's disease here) complains of fatigue or poor sleep, the subjective aspects of these complaints therefore lead the clinician to consider them simply as: a characteristic of IBD, exhaustion related to the chronicity of the disease, unsatisfactory sleep quality, a manifestation of a depressive mood, or a consequence of an anxious state. When a patient reports a subjective complaint of poor sleep or fatigue in a complex, multi-determined clinical situation, it can thus be difficult to identify its most likely cause and to establish the best possible therapeutic intervention.

Patients, materials and methods. – The aim of this work was to determine which element (disease activity, inflammation, depression, anxiety) is most closely related to sleep disorders in patients with Crohn's disease (CD) referred for outpatient psychological assessment. Ninety-seven patients with CD participated in this study. Their mean age was 34.70 (\pm 10.85) years. They were asked about their sleep (IQSP, ISI, ESD) and mood (HADS). They also provided details of clinical disease activity (Harvey-Bradshaw Index) and inflammation (CRP). In order to determine the nature and extent of the relationship between the variables, Spearman correlation coefficients were calculated, supplemented by multiple regression analyses to determine the variables that could explain the sleep disorders.

Results. – The results show that sleep quality (IQSP) was significantly predicted by the Harvey-Bradshaw score (β = .21; β standardized = .24; t = 2.6; p = .01) and depression (β = .45; β standardized = .41; t = 4.55; p < .001). The Harvey-Bradshaw score (β = .26; β standardized = .2; t = 2.27; p = .026) and depression score (β = .75; β standardized = .47; t = 5.34; p < .001) were related to the insomnia score (ISI). Finally, daytime sleepiness (DSA) was predicted by the depression score (β = .42; β standardized = .432; t = 3.17; p = .002) and by the CRP (β = -.05; β standardized = -.21; t = -2.13; p = 0.036). The results show that the severity of clinical activity of the disease was associated with poor sleep quality and insomnia. However, there was a stronger association between the intensity of depression and sleep disturbances than between these variables and clinical disease activity. It therefore seems important that sleep disorders and their management should be considered first from the perspective of depression. However, it is important that CD is not assumed to be the sole cause of depression: other factors (dispositional or situational) should also be taken into consideration. Nevertheless, while our results show a weaker link between inflammation and

sleep disorders than other studies, they confirm the link between sleep disorders and disease activity.

Conclusions. –In order to predict the likelihood and nature of relapses, it seems important that future research should take into account not only disease activity and inflammation, but also disorders of arousal and nocturnal awakenings experienced by the patient.

Key-words: Ambulatory care; Anxiety; Care management; Depression; Crohn's disease; Inflammatory disease; Sleep disorder

1 Introduction

Le sommeil est considéré comme vital pour la santé et la qualité de vie des individus [33]. Récemment des études ont suggéré que les perturbations du sommeil pouvaient jouer un rôle dans l'évolution de maladies inflammatoires telles que l'asthme, le lupus érythémateux disséminé, la polyarthrite rhumatoïde [4, 35, 31, 32], et très récemment dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) [33]. Néanmoins, la relation entre la MICI et les troubles du sommeil n'est toujours pas claire. Bien qu'une mauvaise qualité de sommeil serait fortement liée aux perturbations consécutives à l'activité clinique de la maladie, les patients atteints de MICI souffriraient de troubles du sommeil même lorsque la maladie est cliniquement inactive [15]. De plus, si l'inflammation et l'activité clinique de la maladie entretiennent un lien avec les troubles du sommeil, d'autres facteurs tels que des facteurs psychologiques pourraient aussi contribuer à une mauvaise qualité de sommeil.

Les MICI (regroupant la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn (CD)) sont des affections résultant de l'inflammation chronique d'une partie de la paroi intestinale. Une fois déclarées, elles évoluent sur un mode intermittent, avec des périodes de rémission plus ou moins longues. Leurs symptômes sont des douleurs abdominales, des diarrhées, des atteintes articulaires périphériques, des lésions dermatologiques et oculaires. Si elles résultent d'un dysfonctionnement durable et fluctuant du système immunitaire intestinal, leur cause n'a pas été identifiée. Les traitements sont relativement efficaces mais non curatifs.

Lorsqu'un patient atteint d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) se plaint d'être fatigué ou d'avoir un mauvais sommeil, les aspects subjectifs de ces plaintes conduisent très schématiquement le clinicien à penser à : une caractéristique de la MICI, un épuisement lié à la chronicité de la maladie, une qualité du sommeil insatisfaisante, une manifestation d'une humeur dépressive, une conséquence d'un état anxieux [12, 16,17]. La dépression et l'anxiété sont fréquentes au cours des maladies chroniques [9, 20]. Les MICI ne font pas exception [12,17, 23,

24,29]. De plus, si le lien entre dépression ou anxiété et troubles du sommeil est établi [10, 16, 34], l'étude des liens entre troubles du sommeil et inflammation, elle, est plus récente [15, 31, 32, 33]. Par ailleurs, les travaux menés sur le sommeil des patients atteints de MICI ont le plus souvent exclu les patients atteints d'une dépression ou d'une anxiété cliniquement avérée afin de neutraliser leurs effets sur la relation entre inflammation et troubles du sommeil [15, 32]. Néanmoins, la relation entre la dépression mais aussi l'anxiété avec l'activité clinique de la maladie ne font pas consensus [25, 26, 27]. Il apparaît donc difficile, face à l'expression d'une plainte subjective de mauvais sommeil ou de fatigue dans un tableau clinique complexe multi-déterminé, d'identifier la cause la plus probable de cette plainte et de proposer la meilleure réponse thérapeutique possible.

L'objectif de ce travail est de déterminer quel est l'élément le plus lié (activité de la maladie, dépression, anxiété) aux troubles du sommeil dans une pratique psychologique en service de soins en ambulatoire auprès de patients atteints d'une maladie de Crohn.

Conformément aux travaux actuels, les troubles du sommeil évoqués par les malades atteints d'une maladie de Crohn seraient en lien avec l'inflammation (évaluée via la CRP dans le sang) et le niveau d'activité de la maladie (renseigné par l'indice d'Harvey-Bradshaw). En outre, les troubles du sommeil rapportés seraient aussi fortement liés à un bien-être psychologique dégradé, se manifestant par un état anxiodépressif mesuré grâce à l'HAD-A et l'HAD-D. L'originalité de cette étude est de considérer simultanément les facteurs médicaux et psychologiques concomitants aux troubles du sommeil, lors d'une maladie de Crohn, et de les prendre en compte au sein des mêmes analyses statistiques pour déterminer leur association avec les troubles du sommeil.

2 Population

Quatre-vingt dix-sept patients, atteints d'une maladie de Crohn (CD), ont participé à cette étude et étaient âgés en moyenne de 34,70 ans (\pm 10,85). Ils consultaient dans un service hospitalier dans le cadre de leur prise en charge habituelle. Ils n'ont pas été inclus selon les critères de dépression, d'anxiété ou d'activité de la maladie mais ont été contactés dans le service de façon aléatoire sur la base déclarative de difficultés de sommeil. Tous les participants ont été informés des objectifs de cette recherche non interventionnelle et ont rempli un protocole d'information et de consentement conformément aux principes de la convention d'Helsinki. Les informations médicales ont été communiquées par les patients eux-mêmes.

Tableau 1. Données sociodémographiques et médicales

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
<i>Nombre d'hommes</i>	45	46,39 %
<i>Nombre de femmes</i>	52	53,60 %
<i>Total</i>	97	100,00 %
Statut marital		
<i>Vivant en couple</i>	42	43,30 %
<i>Célibataire</i>	46	47,42 %
<i>Divorcé</i>	7	7,22 %
<i>Non renseigné</i>	2	2,06 %
Niveau scolaire		
<i>Niveau primaire</i>	2	2,06 %
<i>Niveau secondaire</i>	12	12,37 %
<i>Enseignement technologique</i>	10	10,31 %
<i>Niveau <= Bac + 4</i>	40	41,24 %
<i>Niveau > Bac + 4</i>	26	26,80 %
<i>Non renseigné</i>	7	7,22 %
Traitement médical		
<i>Immunosuppresseurs</i>	87	88,78 %
<i>Immunosuppresseurs + aminosalicyclés</i>	4	4,08 %
<i>Immunosuppresseurs + corticoïdes</i>	7	7,14 %
Nombre de patients ayant une maladie active	24	24,49 %

3 Matériel et méthode

3.1 *Évaluation de l'activité clinique de la maladie et de l'inflammation*

L'indice de Harvey-Bradshaw [13] évalue les symptômes des patients atteints de la maladie de Crohn (CD). Il comporte cinq dimensions : le bien-être général, les douleurs abdominales, le nombre de selles liquides par jour, la présence éventuelle d'une masse abdominale et les signes extra-digestifs (fistule, fissure anale). Il est d'une utilisation plus facile que le Crohn Disease Active Index, le recueil se faisant lors de la consultation. Un score inférieur à 4 indique une maladie inactive, compris entre 4 et 12 indique une maladie active et un score supérieur à 12 une maladie très sévère.

L'inflammation a été rapportée par les patients à partir de leur dernière analyse sanguine effectuée dans le cadre de leur suivi médical. Un taux de CRP > 10 mg/L définit une maladie active [10].

3.2 *Évaluation de la dépression et de l'anxiété*

L'*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* est une échelle d'autoévaluation de la dépression et de l'anxiété destinée aux patients consultant dans les services de médecine. Elle comporte 14 items : sept pour l'anxiété et sept pour la dépression [35, 21]. La note seuil la plus fréquemment retenue est 8 pour chaque sous-échelle [14].

3.3 *Évaluation des troubles du sommeil*

L'indice de sévérité de l'insomnie (ISI) fournit un indice valide de la sévérité globale de l'insomnie tout en incluant les conséquences perçues dans la vie quotidienne [2, 3]. Les scores compris entre 0 et 7 indiquent une absence d'insomnie ; entre 8 et 14, ils représentent une insomnie légère ; les scores compris entre 15 et 21 indiquent une insomnie clinique d'intensité modérée, et, entre 22 et 28 une insomnie sévère.

L'indice de qualité subjective du sommeil de Pittsburgh (IQSP) [5, 3] a été développé afin d'évaluer la qualité du sommeil sur une période d'un mois, et pour différencier les bons et les mauvais dormeurs. Il est composé de 15 items auto-évaluatifs qui conduisent à des sous-dimensions dont les scores sont compris entre 0 (aucune difficulté) et trois (difficulté sévère). Ces sous-dimensions renvoient à la qualité subjective du sommeil, le temps de latence avant l'endormissement, la durée du sommeil, la qualité (efficacité habituelle) du sommeil, les troubles du sommeil, la prise de médicaments (prescrits ou non) pour dormir et la perturbation quotidienne (la

mauvaise forme durant la journée). Le score total (compris entre 0 et 21) indique une perturbation du sommeil. Un score supérieur à 5 indique des perturbations du sommeil sur au moins deux des dimensions évaluées.

L'échelle de somnolence diurne d'Epworth (ESD) est une échelle où le sujet autoévalue la probabilité qu'il a de s'endormir sur une échelle de Likert comprise entre 0 et 3 dans différentes situations de la vie quotidienne [19]. Le score total est composé par la somme des scores obtenus aux huit items. Un score compris entre 0 et 9 est considéré comme normal alors qu'un score compris entre 10 et 24 nécessite la consultation d'un médecin spécialiste. Un score compris entre 9 et 14 est souvent considéré comme indicatif d'un déficit de sommeil alors qu'un score supérieur à 14 indique une somnolence diurne majeure.

3.4 *Procédure statistique*

Afin de déterminer la nature et l'ampleur de la relation entre les variables, les coefficients de corrélation de Spearman ont été calculés et décrits, complétés par des analyses de régression multiple visant à déterminer les variables explicatives des troubles du sommeil. Chacune des trois variables à expliquer liées au sommeil (IQSP, ISI, ESD) a fait l'objet d'une régression sur les variables explicatives liées à la maladie (Harvey-Bradshaw, CRP) et liées à l'état psychologique (HAD-A et HAD-D). Pour chaque analyse de régression, sont rapportés le coefficient beta, son équivalent standardisé permettant la comparaison entre variables explicatives, la statistique de Student ainsi que la valeur de probabilité associée. Une sélection de modèle a été effectuée au préalable dans le but de déterminer quelles étaient les variables à inclure dans le modèle de régression. Pour ce faire, l'indice BIC a été calculé pour chaque combinaison possible de variables et le modèle dont l'indice avait la valeur la plus faible était retenu.

Résultats

3.5 *Résultats descriptifs*

Les résultats illustrés par le tableau 2 montrent que les patients, globalement, présentent une insomnie légère (ISI) et de légères perturbations du sommeil (IQSP). Pour être plus précis, en ce qui concerne l'insomnie, 33 patients en étaient indemnes, 41 présentaient une insomnie légère, 22 une insomnie modérée et un une insomnie sévère. En ce qui concerne les perturbations du sommeil, 51 patients présentaient une qualité de sommeil satisfaisante alors que 46 patients présentaient un IQSP > 5 les signalant comme mauvais dormeurs. Enfin, si les patients ne souffraient pas, en moyenne, de déficit de sommeil, 21 patients étaient néanmoins en déficit de sommeil et 7 souffraient d'une somnolence diurne majeure.

De la même façon, si l'échantillon de patients n'est en moyenne ni anxieux ni dépressif, 49 patients (soit la moitié de l'échantillon) avaient un score d'anxiété à l'HAD-A supérieur ou égal à 8 (dont 14 avaient un score supérieur à 12). Seuls 11 (soit 11,34%) patients rapportaient des symptômes manifestes de dépression.

Tableau 2. Évaluations du sommeil, de l'anxiété, de la dépression et de l'activité clinique de la maladie

	Effectif	Pourcentage
IQSP		
<i>Pas de perturbations du sommeil</i>	51	52,58 %
<i>Perturbation du sommeil</i>	46	47,42 %
ISI		
<i>Absence d'insomnie</i>	33	34,02 %
<i>Insomnie légère</i>	41	42,27 %
<i>Insomnie modérée</i>	22	22,68 %
<i>Insomnie sévère</i>	1	1,03 %
ESD		
<i>Absence de somnolence</i>	69	71,13 %
<i>Déficit de sommeil</i>	21	21,65 %
<i>Somnolence diurne majeure</i>	7	7,22 %
HAD-A		
<i>Score < 8</i>	48	49,48 %
<i>Score ≥ 8</i>	49	50,52 %
HAD-D		

<i>Score < 8</i>	86	88,66 %
<i>Score ≥ 8</i>	11	11,34 %
Harvey		
<i>Maladie inactive</i>	69	71,13 %
<i>Maladie active</i>	24	24,74 %
<i>Maladie sévère</i>	4	4,12 %
CRP		
<i>Maladie inactive</i>	68	70,10 %
<i>Maladie active</i>	29	29,90 %

3.6 *Analyse de corrélations*

insérer figure 1.

Table de corrélations de Spearman entre les variables mesurant les troubles du sommeil (IQSP, ISI, ESD), les troubles psychologiques (HAD-A, HAD-D) et l'activité de la maladie (Harvey-Bradshaw, CRP).

La couleur bleue indique une corrélation positive, la couleur rouge une corrélation négative.

L'intensité de la couleur est fonction de l'intensité de la liaison. Les corrélations barrées d'une croix sont non significatives au seuil de $p < ,05$.

L'analyse des corrélations montre que plus les perturbations du sommeil sont importantes, plus l'activité clinique de la maladie, évaluée par l'indice d'Harvey-Bradshaw, est élevée (IQSP : $r = ,29$, $p < ,01$; ISI : $r = ,26$, $p < ,01$). La somnolence diurne n'est pas significativement reliée à l'activité clinique de la maladie ($r = ,12$, $p = ,24$). En revanche, aucune mesure des troubles du sommeil n'est significativement liée à la sévérité de l'inflammation évaluée avec la CRP (IQSP : $r = ,14$, $p = ,18$; ISI : $r = ,11$, $p = ,09$; ESD : $r = -,14$, $p = ,15$). Par conséquent, le lien statistique entre les difficultés de sommeil et l'activité clinique reste modéré, et apparaissent non liées à l'intensité de l'inflammation.

Par ailleurs, les trois mesures des troubles du sommeil sont significativement liées à l'intensité de l'humeur dépressive et de la symptomatologie anxieuse. Ainsi, plus l'humeur dépressive est intense plus les perturbations du sommeil ($r = ,44$, $p < ,0001$), l'insomnie ($r = ,50$, $p < ,0001$) et la somnolence diurne ($r = ,33$, $p < ,001$) sont sévères. En outre, la symptomatologie anxieuse est d'autant plus

sévère que les perturbations du sommeil ($r = ,37, p < ,0001$), l'insomnie ($r = ,44, p < ,0001$) et la somnolence diurne ($r = ,28, p < ,01$) sont importantes.

Enfin, la qualité du sommeil (IQSP) et l'insomnie (ISI) sont significativement corrélées ($r = ,77 ; p < 0.001$) : l'intensité de la perception d'avoir un sommeil non réparateur est reliée à l'intensité de l'insomnie.

3.7 *Analyses par régression multiple des troubles du sommeil*

En raison des relations fortes qui existent, au cours de la maladie de Crohn, entre les facteurs psychologiques et les facteurs médicaux, des analyses de régressions multiples ont été menées pour identifier quelles variables prédisent le mieux les problèmes de sommeil évoqués par les patients.

insérer figure 2. Synthèse de l'analyse de régression multiple des troubles du sommeil à partir des symptômes psychologiques et de l'activité de la maladie. Les coefficients β standardisés significatifs au seul de $p < ,05$ sont rapportés sur la figure.

L'analyse du choix de modèles a permis de déterminer le modèle proposant le meilleur compromis entre un nombre minimal de variables explicatives (Harvey-Bradshaw, CRP, HAD-A, HAD-D) et une proportion de variance expliquée (R^2) la plus élevée possible. Elle a permis de retenir un modèle explicatif de l'IQSP (BIC = -9,02) et de l'ISI (BIC = -16,26) à deux variables explicatives : le score d'Harvey-Bradshaw et le score à la HAD-D. Le modèle offrant le meilleur compromis pour prédire le score à l'ESD comprend également deux variables explicatives : la CRP et le score à la HAD-D (BIC = 1,94).

La qualité du sommeil (IQSP) (23,4 % de la variance) est significativement prédite par le score d'Harvey-Bradshaw ($\beta = ,21 ; \beta$ standardisé = ,24 ; $t = 2,6 ; p = ,01$) et de la dépression ($\beta = ,45 ; \beta$ standardisé = ,41 ; $t = 4,55 ; p < ,001$). Un lien similaire est observé entre les scores d'Harvey-Bradshaw ($\beta = ,26 ; \beta$ standardisé = ,2 ; $t = 2,27 ; p = ,026$) et de dépression ($\beta = ,75 ; \beta$ standardisé = ,47 ; $t = 5,34 ; p < ,001$) d'une part, et le score d'insomnie (ISI) (27,2% de la variance) d'autre part. Enfin, la somnolence diurne (ESD) (9,82 % de la variance) est prédite par le score de dépression ($\beta = ,42 ; \beta$ standardisé = ,432 ; $t = 3,17 ; p = ,002$) et par la CRP ($\beta = -,05 ; \beta$ standardisé = -,21 ; $t = -2,13 ; p = 0,036$). Autrement dit, ici, les résultats montrent que la sévérité de la somnolence diurne est prédite dans une relation positive avec l'intensité du score de dépression et dans une relative négative avec l'intensité de l'inflammation. Enfin, le coefficient beta standardisé est plus élevé quand la variable explicative est l'HAD-D (score d'intensité de la dépression) plutôt qu'une variable descriptive de la maladie.

4 Discussion

L'objectif de ce travail était de déterminer quels étaient les éléments les plus diagnostiques (dépression, anxiété, activité clinique de la maladie, inflammation) des troubles du sommeil, auprès de patients atteints de CD consultant en ambulatoire.

Les résultats ont montré que l'intensité de l'activité clinique de la maladie est associée à une moindre qualité du sommeil et à l'insomnie. Autrement dit, l'intensité des symptômes et des complications liées à la maladie est capitale dans les perturbations du sommeil (et pas simplement le fait qu'elle soit identifiée comme « active » ou « inactive »). Des travaux avaient montré que l'inflammation avait pour première conséquence des troubles du sommeil et cela dans un contexte où les patients n'étaient ni dépressifs ni anxieux et en phase de rémission de la maladie [15]. Le fait que plus l'indice d'activité de la maladie augmente, plus les patients atteints de CD sont susceptibles de se plaindre de la qualité de leur sommeil laisserait entendre que les troubles du sommeil pourraient constituer une première manifestation ou une première plainte qui devrait conduire le clinicien à penser à une dégradation de la condition médicale du patient [15, 31].

Toutefois, dans ce travail, les analyses de régression ont montré que l'association entre intensité de la dépression et perturbations du sommeil était plus prononcée que le lien entre ces dernières et l'activité clinique de la maladie. Il apparaît donc important de considérer les troubles du sommeil et leur prise en charge d'abord sous l'angle de la souffrance dépressive. Toutefois, cette approche ne pourrait se réduire à une prise en charge uniquement psychologique puisque les troubles du sommeil et la dépression sont fortement liées à l'intensité des manifestations de l'activité clinique de la maladie. En effet, les travaux ont décrit que l'évolution de la qualité du sommeil et de la détresse psychologique était en lien avec l'évolution de la maladie. En outre, il a été montré que l'absence de prise en charge des troubles du sommeil avait des conséquences sur l'anxiété et la dépression, tout comme elle péjorerait l'évolution de la condition médicale [4, 10, 16]. Enfin, si les effets de la prise en charge psychologique centrée sur la CD apparaissent assez contradictoires sur l'évolution de la maladie elle-même, elle est bénéfique dans l'ajustement psychologique des patients à leur condition médicale et ses conséquences [9, 12, 25]. Il serait alors important d'étudier comment la prise en charge psychologique et médicale des troubles du sommeil influe sur le devenir global du sujet atteint d'une CD [15, 31, 33, 1, 22]. De plus, il est important de ne pas réduire la dépression comme conséquence de la seule CD : d'autres facteurs non pris en compte ici (des facteurs dispositionnels ou situationnels) devraient aussi être pris en considération. Par ailleurs, on ne peut exclure l'hypothèse qu'un état d'éveil plus important lié à un état inflammatoire, aux conséquences psychologiques de la condition médicale des patients, soit à l'origine de l'aggravation des états dépressifs ressentis par les patients atteints de la maladie de Crohn. Autrement dit, si les résultats obtenus sont significatifs et

éclaircissent les modalités de prise en charge les plus opportunes, il est important de rappeler que le cadre médical de la consultation pourrait générer une prise en charge certes validée par des résultats scientifiques mais qui sont nécessairement réducteurs de la condition médicale, psychologique et sociale dans laquelle se trouvent les personnes atteintes de CD. Néanmoins, si nos résultats modèrent les liens entre inflammation et troubles du sommeil observés par ailleurs, ils confirment les liens entre troubles du sommeil et activité de la maladie [33]. Il paraît important que de futures recherches prennent en compte, en plus de l'activité de la maladie et l'inflammation, l'état d'activation et d'éveil nocturnes ressenti par le patient, pour prédire d'éventuelles rechutes et leur nature [15, 31, 32, 33].

Ces résultats sont néanmoins à pondérer en raison d'un déséquilibre entre les effectifs de patients (déprimés vs non déprimés ; ayant une maladie active vs inactive), il n'en demeure pas moins qu'elle prend en compte l'aspect aléatoire des patients consultant en ambulatoire avec lequel un clinicien doit composer. Malgré tout, les résultats sont plutôt conformes à ce qui a été observé par ailleurs [17, 22, 33]. Ils apportent aussi des éléments de compréhension complémentaires pour aborder les facteurs connus pour être impliqués dans les troubles du sommeil mais qui sont parfois difficiles à distinguer les uns des autres dans la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques.

Les résultats de ce travail mené auprès de patients consultant en ambulatoire montrent que les troubles du sommeil pourraient constituer une interface entre ce qui relève de la CD, et ce qui relève de la dépression et de l'anxiété. Il serait alors possible de penser que l'évaluation et la prise en charge des troubles du sommeil pourrait aussi constituer une base commune d'échange entre l'accompagnement psychologique et la prise en charge médicale [7, 8, 20]. Les effets d'une prise en charge pluridisciplinaire seraient à évaluer tant du point de vue relatif à l'évolution de la dépression et de l'anxiété que du point de vue de l'évolution de la maladie elle-même.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

- [1] Addolorato G, Stefanini GF, Capristo E, et al. Anxiety and depression in adult untreated celiac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: a personality "trait" or a reactive illness? *Hepatology* 1996;43:1513-7.
- [2] Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure of insomnia. *Sleep Med* 2001;2:297-307.
- [3] Blais FC, Gendron L, Mimeault V et al. Évaluation de l'insomnie : validation de trois questionnaires. *Encéphale* 1997;23:447-53.

- [4] Bonnet MH, Arand DL. Hyperarousal and insomnia: state of the science. *Sleep Med Rev* 2010;14:9-15.
- [5] Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. The Pittsburgh Quality Sleep Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;8:193-213.
- [6] Chiariny JF. Les plaintes somatiques du déprimé : diversité des plaintes dépressives. *Encéphale* 2009; Hors-Série 1, S8-S9.
- [7] Consoli SM. La psychiatrie de liaison. Quelle actualité, quelles perspectives ? *Ann Méd Psychol* 2010;168:198-204.
- [8] Cottencin O, Versaevel C, Goudemand M. Pour une vision systémique de la psychiatrie de liaison. *Encéphale* 2006;32:305-14.
- [9] Detweiler-Bedell JB, Friedman MA, Leventhal H, et al. Integrating co-morbid depression and chronic physical disease management: identifying and resolving failures in self-regulation. *Clin Psycho Rev* 2008;28:1426-46.
- [10] D'Haens G, Sandborn WJ, Feagan BG, Geboes K, Hanauer SB, Irvine EJ, et al: A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2007;132:763–86.
- [11] Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationship for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogue Clin Neurosci* 2008;10:473-81.
- [12] Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: A review of comorbidity and management. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:1105-18.
- [13] Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's-disease activity. *Lancet* 1980;1:514.
- [14] Herman C. International experience with the Hospital Anxiety and Depression scale. A review of validation date and clinical results. *J Psychosomatic Res* 1997;42:17-41.
- [15] Keefer L, Stepanski EJ, Ranjbaran Z, et al. An initial report of sleep disturbance in inactive inflammatory bowel disease. *J Clin Sleep Med* 2006;2:409-16.
- [16] Koffel E, Watson D. The two factors structure of sleep complaints and its relation to depression and anxiety. *J Abnorm Psychol* 2009;118:183-94.
- [17] Kovács Z, Kovács F. Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Inter J Psychiatry Med* 2007;37:245-55.
- [18] Kurina LM, Goldacre MJ, et al. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:716-20.
- [19] Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991;14:540-5.
- [20] Lançon C. Dépression et états de santé. *Encéphale* 2010;36:S112-S116.

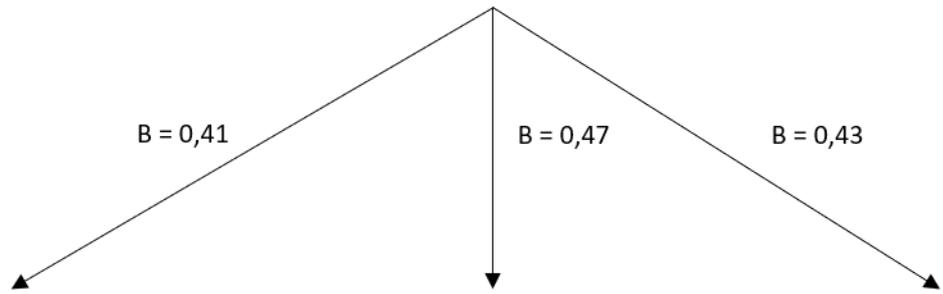
- [21] Lépine JP, Godchau M, Brun P, et al. Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd Psychol* 1985;143:175-89.
- [22] Lix LM, Graff LA, Walker JR, et al. Longitudinal study of quality of life and psychological functioning for active, fluctuating, and inactive disease patterns in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:1575-84.
- [23] Mardini HE, Kip KE, Wilson JW. Crohn's disease: a two-year prospective study of the association between psychological distress and disease activity. *Dig Dis Sci* 2004;49:492-7.
- [24] Maunder RG, Levenstein S. The role of stress in the development and clinical course of inflammatory bowel disease: epidemiological evidence. *Curt Mol Med* 2008;8:247-52.
- [25] Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Moulding NT, et al. Does psychological status influence clinical outcomes in patients with inflammatory bowel disease (IBD) and other chronic gastroenterological diseases: An observational cohort prospective study. *Biopsychosoc Med* 2008;6:2-11.
- [26] Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Andrews JM, et al. The effect of functional gastrointestinal disorders on psychological comorbidity and quality of life in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;28:475-83.
- [27] Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Moulding NT, et al. Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review. *Inflamm Bowel Dis* 2007;13:225-34.
- [28] Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, et al. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosom Med* 2004;66:79-84.
- [29] Porcelli P, Zaka S, Centonze S, et al. Psychological distress and levels of disease activity in inflammatory bowel disease. *Ital J Gastroenterol* 1994;26:111-5.
- [30] Porcelli P, Leoci C, Guerra V. A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:792-6.
- [31] Ranjbaran Z, Keefer L, Stepanski E, et al. The relevance of sleep abnormalities to chronic inflammatory conditions. *Inflamm Res* 2007;56:51-7.
- [32] Ranjbaran Z, Keefer L, Farhadi A, et al. Impact of sleep disturbances in inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22:1748-53.
- [33] Sobolewska-Wlodarczyk A, Wlodarczyk M, Banasik J, Gasiorowska A, Wisniewska-Jarosinska M, Fichna J. Sleep disturbance and disease activity in adult patients with inflammatory bowel diseases. *J Physiol Pharmacol*. 2018;69. doi: 10.26402/jpp.2018.3.09.

[34] Staner L. Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Med Rev.*, 2009; 14(1): 35-46.

[34] Zigmond, AS, Snaith, RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67:361-70.

Symptômes
psychologiques

Dépression (HAD-D)

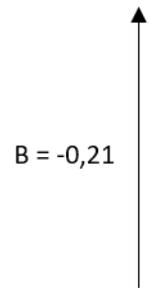
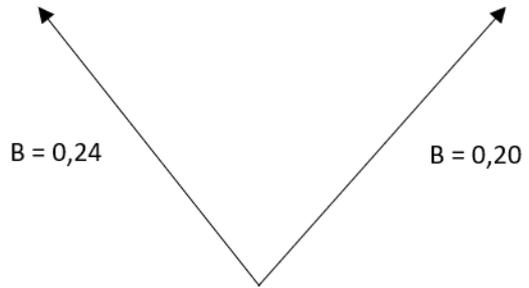


Troubles du sommeil

Qualité du sommeil (IQSP)

Insomnie (ISI)

Somnolence diurne (ESD)



Activité de la maladie

Indice d'Harvey-Bradshaw

Inflammation (CRP)

