



HAL
open science

Les troubles du sommeil et leur traitement dans le trouble stress post-traumatique

Pauline Mascarel, Isabelle Poirot, Marine Lardinois, Christophe Debien, Guillaume Vaiva

► **To cite this version:**

Pauline Mascarel, Isabelle Poirot, Marine Lardinois, Christophe Debien, Guillaume Vaiva. Les troubles du sommeil et leur traitement dans le trouble stress post-traumatique. La Presse Médicale, 2019, 48, pp.1051 - 1058. <10.1016/j.lpm.2019.08.002>. <hal-03488809>

HAL Id: hal-03488809

<https://hal.science/hal-03488809v1>

Submitted on 21 Jul 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 CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Les troubles du sommeil et leur traitement dans le trouble stress post-traumatique

Sleep disorders and their treatment in post-traumatic stress disorder

Pauline Mascarel ^a, Isabelle Poirot ^b, Marine Lardinois ^c, Christophe Debien ^{bd}, Guillaume Vaiva ^{bd}

^a Secteur des urgences psychiatriques, Pôle de l'urgence, CHU de Lille

^b Service hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte, Centre Hospitalier de Versailles

^c Service de psychiatrie adulte, Pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire, CHU de Lille

^d Centre national de ressources et de résilience, CHU de Lille

Points essentiels

- Les sujets souffrant d'un trouble de stress post-traumatique présentent fréquemment des troubles du sommeil tels qu'une insomnie chronique, des cauchemars traumatiques, mais aussi, de façon moins attendue, des troubles respiratoires du sommeil.
- Les troubles du sommeil sont un facteur de développement et d'entretien du TSPT, mais aussi un facteur de résistance au traitement.
- Après une prise en charge centrée sur le TSPT, ils représentent des symptômes résiduels fréquents.
- Il est nécessaire de coupler, avec la prise en charge habituelle du TSPT, des approches ciblées sur les troubles du sommeil.
- Ces approches ciblées permettent une amélioration des troubles du sommeil mais aussi des symptômes diurnes spécifiques au TSPT.
- Des enjeux autour de la prévention primaire, secondaire et tertiaire du TSPT émergent autour de ces troubles du sommeil.

- Subjects suffering from post-traumatic stress disorder present sleeping disorders like a chronic insomnia, traumatic nightmares, but also less expected, sleep breathing disorders.
- Sleep problems are a factor of development and maintenance of PTSD, but also a factor of resistance to treatment.
- After a therapy focused on PTSD, they represent frequent residual symptoms.
- It is necessary to couple, with the usual management of PTSD, targeted approaches for sleep problems.
- These targeted approaches allow an improvement of the nocturnal properties but also diurnal specific symptoms of PTSD.
- Stakes around primary, secondary and tertiary prevention of PTSD emerge around these sleep disorders.

Introduction

Les troubles du sommeil sont identifiés depuis plusieurs années comme un facteur de risque majeur de pathologies psychiatriques [1], mais aussi de pathologies somatiques [2]. Ils sont extrêmement fréquents dans le cadre du trouble de stress post-traumatique (TSPT). La prévalence des troubles du sommeil dans le TSPT peut varier en fonction des populations, avec des chiffres oscillant entre 35 et 61 % pour l'insomnie, et entre 50 et 96 % pour les cauchemars traumatiques [3].

Si ces symptômes sont fréquemment recherchés par les cliniciens, chez les sujets souffrant de TSPT, de façon étonnante d'autres troubles du sommeil tels que les troubles respiratoires sont rapportés chez de nombreux sujets. La question du dépistage et du

traitement des troubles du sommeil apparaît comme primordiale dans la prise en charge du TSPT.

Clinique des troubles du sommeil dans le TSPT

Définitions

Anciennement nommé « état de stress post-traumatique » et appartenant à la catégorie des troubles anxieux dans le DSM-IV, le trouble stress post-traumatique a été inclus, dans la cinquième version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) [4], dans une nouvelle catégorie : « Troubles liés à des traumatismes ».

Il y est défini selon 5 critères pour un total de 20 symptômes. Parmi les différents symptômes décrits, deux correspondent à une symptomatologie en lien avec le sommeil :

- B2 : « rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques »
- E6 : « perturbations du sommeil (ex. difficultés d'endormissements ou sommeil interrompu ou agité) »

Les troubles du sommeil s'articulent donc autour de deux éléments principaux que sont les cauchemars traumatiques et la plainte d'insomnie.

Insomnie et architecture du sommeil

Les troubles du sommeil constituent un symptôme fréquemment rapporté par les sujets souffrant de TSPT, avec en particulier, des troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil. Ces altérations peuvent être objectivées lors de la réalisation d'un enregistrement polysomnographique et/ou d'une actimétrie, mettant alors en évidence, des altérations de l'initiation et de la continuité du sommeil. Ainsi, une diminution du temps de sommeil total et

de l'efficacité du sommeil (temps de sommeil total divisé par le temps passé au lit multiplié par 100) associée à une augmentation de la latence d'endormissement (durée séparant la première phase de sommeil de l'extinction des lumières) sont retrouvées [5]. Ces sujets présenteraient aussi une augmentation du temps d'éveil après l'endormissement (WASO ou Wake After Sleep Onset) ainsi que des micro-éveils, définis comme des éveils de moins de 15 secondes, et des éveils nocturnes fréquents [5][6], ceux-ci pouvant fréquemment être associés à des symptômes de panique ou d'anxiété.

La méta-analyse de Kobayashi et al. [7], réalisée à partir des données de 20 études dans lesquelles était réalisée une polysomnographie chez des sujets présentant un TSPT, rapportait un sommeil lent léger de stade 1 plus important, un taux de sommeil lent profond (stade 3) moins important, et une densité de mouvements oculaires rapides en sommeil paradoxal plus importante chez les sujets souffrant de TSPT. Une fragmentation du sommeil paradoxal [8] et une durée moyenne de sommeil paradoxal plus longue [9] étaient également rapportées, ces différentes anomalies étant non spécifiques du TSPT.

Il convient de souligner que les altérations du sommeil paradoxal pourraient évoluer selon la temporalité chez les sujets souffrant de TSPT. Ainsi, plus la survenue du TSPT est récente, plus le sommeil paradoxal serait court et fragmenté, avec une latence d'apparition longue ; à l'inverse lorsque le TSPT évolue de façon chronique, le sommeil paradoxal serait plus long et sa latence d'apparition plus courte [10].

Ainsi, la plainte subjective d'insomnie fréquemment retrouvée est mise en lumière par des altérations objectives du sommeil concernant à la fois des altérations de l'initiation et de la continuité du sommeil mais aussi des altérations de sa structure. Ces altérations évolueraient en fonction du temps écoulé depuis la confrontation à l'événement traumatique.

Cauchemars

Les cauchemars traumatiques constituent un symptôme pathognomonique du TSPT. Les sujets souffrant d'un TSPT présentent des cauchemars fréquents, qui sont souvent des répliques de l'événement traumatique ou en lien avec celui-ci, mais ils peuvent aussi présenter des cauchemars qui n'ont aucun lien avec l'événement traumatique. Les cauchemars traumatiques surviennent principalement durant le sommeil paradoxal mais peuvent aussi survenir durant le sommeil lent, et peuvent être associés à des mouvements corporels ou à des manifestations neurovégétatives [11].

Il est supposé que le contenu des cauchemars soit en lien avec une tentative d'intégration et d'adaptation par rapport à l'événement traumatique, de façon non pathologique. Dans le TSPT, il est possible que l'intensité émotionnelle négative associée aux cauchemars puisse être impliquée dans la survenue de réveils et de micro-éveils, fragmentant le sommeil paradoxal.

Troubles respiratoires du sommeil

De façon étonnante, il est mis en évidence une proportion importante de sujets souffrant de TSPT et présentant des troubles respiratoires du sommeil. La récente méta-analyse de Zhang et al. [12], retrouvait chez les sujets souffrant de TSPT, une prévalence du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) à 75,7% pour un critère diagnostique d'index d'apnée-hypopnée (IAH) ≥ 5 , et une prévalence à 43,6% pour un critère diagnostique d'IAH ≥ 10 . Par ailleurs, il semble que la sévérité du TSPT puisse être mise en lien avec la sévérité du SAOS [13].

Chez les sujets souffrant de TSPT, il a été rapporté une activation du système nerveux autonome avec un plus faible tonus parasympathique au profit du tonus sympathique durant le sommeil, en particulier en début de nuit. Ainsi, il a été suggéré que l'hyperadrénergisme retrouvée dans le TSPT puisse être à l'origine d'une hyperventilation, entraînant elle-même

une hypocapnie. Or lors du sommeil profond, l'indice d'évènements respiratoires diminue grâce à l'hypercapnie, qui protège le sommeil des apnées, et cette absence d'apnée permettrait au sujet d'initier le sommeil profond. Il est possible que l'hypocapnie en lien avec l'hyperadrénergisme dans le cadre du TSPT soit à l'origine d'un risque accru d'apnées.

De plus, il a été suggéré que la fragmentation du sommeil induite par le TSPT puisse affecter les voies aériennes en augmentant la vulnérabilité au développement de la collapsibilité des voies aériennes supérieures, ce qui pourrait favoriser le développement du SAOS.

De même, la fragmentation du sommeil et les éveils en lien avec le SAOS, augmenterait l'activité du système nerveux sympathique et diminuerait l'activité parasympathique responsable d'une augmentation de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque. A son tour, le SAOS serait responsable de micro-éveils et de réveils qui fragmenteraient le sommeil du sujet, cette fragmentation pouvant être impliquée dans l'entretien des symptômes de TSPT.

Mouvements périodiques du sommeil

Le syndrome de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil désigne des mouvements anormaux, observables et souvent non perçus par le patient. Ils surviennent classiquement en début de nuit et plutôt au cours du sommeil lent et peuvent ou non s'accompagner de micro-réveils.

Les sujets souffrant d'un TSPT semblent présenter plus de mouvements périodiques du sommeil comparativement à des sujets sains [14], ces mouvements périodiques survenant au cours du sommeil paradoxal et du sommeil lent [6]. Par ailleurs, il est possible que ces mouvements soient imputables, en partie, à la fragmentation du sommeil, mettant en évidence les difficultés auxquelles sont confrontés le clinicien pour identifier ce trouble. De façon

globale, le sommeil de ces sujets est plus agité avec notamment des spasmes musculaires au cours du sommeil paradoxal et des mouvements corporels [9].

Ainsi, Il semble qu'il existe un lien étroit entre la sévérité du TSPT et les plaintes concernant le sommeil.

Pourquoi traiter les troubles du sommeil ?

Facteur de développement du TSPT

Les troubles du sommeil avant la confrontation à l'événement traumatique, notamment les cauchemars et les réveils nocturnes, seraient des facteurs prédictifs du développement d'un TSPT, supposant une forme de vulnérabilité [15].

De plus, on remarque qu'il existe des altérations du sommeil rapidement après la confrontation à un événement traumatique que les sujets présentent ou non un TSPT par la suite [15]. Il est classiquement admis que, lors des périodes de stress, les sujets puissent présenter des troubles du sommeil, on parle alors d'insomnie de court terme. Cette insomnie aiguë, est classiquement définie comme une perturbation du sommeil survenant dans le contexte d'un événement stressant.

Cependant, il semble que les perturbations du sommeil retrouvées entre un et trois mois après l'exposition à un événement traumatique puissent prédire le développement d'un TSPT [16]. Certaines altérations du sommeil présentent durant le mois suivant l'exposition à l'événement traumatique comme la fragmentation du sommeil paradoxal [17], mais aussi l'augmentation de l'activité sympathique durant ce stade de sommeil [18] apparaissent comme un facteur prédictif du développement d'un TSPT.

Les altérations du sommeil antérieures à l'émergence du TSPT suggèrent bien que ces troubles ne sont pas que secondaires au TSPT, mais participeraient aussi à leur

développement, laissant entrevoir un lien bidirectionnel entre les troubles du sommeil et le TSPT.

Facteur de maintien du TSPT

Les troubles du sommeil auraient un rôle dans le maintien et l'exacerbation des symptômes de TSPT. Ils entraînent une augmentation du niveau d'anxiété empêchant l'extinction des réactions de peur et altèrent les stratégies de coping des sujets au cours de la journée, renforçant les conduites d'évitement des indices évocateurs du traumatisme. Le vécu anxieux des cauchemars traumatiques pourrait sensibiliser aux indices évocateurs de l'événement traumatique. Ils seraient alors une forme de réexposition incontrôlée à l'événement traumatique contribuant à la perpétuation des symptômes de TSPT. Les cauchemars traumatiques seraient associés à des affects négatifs entraînant une impossibilité de maintien du sommeil, et une sensibilisation aux réveils nocturnes. Ces différents éléments peuvent être à l'origine d'attitudes et de pensées dysfonctionnelles par rapport au sommeil. Le cercle vicieux de l'insomnie chronique pourrait alors se constituer et s'aggraver.

La fragmentation du sommeil induite par les troubles respiratoires du sommeil pourrait activer le système nerveux autonome, ces éléments pouvant être impliqués dans l'entretien des symptômes de TSPT.

Ainsi, les troubles du sommeil contribueraient au maintien des symptômes de TSPT, qui à leur tour entraîneraient des troubles du sommeil, sous la forme d'un cercle vicieux.

Facteur de résistance

Les troubles du sommeil seraient un facteur intercurrent dans le rétablissement du TSPT.

En effet, le cadre du TSPT constitué, les troubles du sommeil sont des symptômes résiduels fréquents et apparaissent comme des facteurs prédictifs du fonctionnement global après un traitement centré sur le TSPT [19].

De plus, la thérapie cognitivo-comportementale, qui constitue un des traitements de référence dans le cadre du TSPT, nécessite des capacités attentionnelles, de régulation émotionnelle et la réalisation d'un travail d'extinction des réactions de peur liées au souvenir traumatique. Or, les troubles du sommeil sont impliqués dans la survenue d'altérations des capacités attentionnelles et des fonctions cognitives parmi lesquelles les capacités de jugement et d'attention.

De façon plus spécifique, le sommeil paradoxal, joue un rôle majeur dans l'apprentissage et la consolidation mnésique mais aussi dans le traitement des informations émotionnelles. Quant au sommeil lent profond, il joue un rôle majeur dans les mécanismes en lien avec la mémoire explicite et dans le transfert des apprentissages implicites vers des connaissances explicites. Les anomalies retrouvées dans le TSPT, telles que la fragmentation du sommeil paradoxal et la durée courte du sommeil lent profond, pourraient contribuer au maintien des symptômes de TSPT notamment par le biais de certaines altérations cognitives et en ne permettant pas l'acquisition de nouvelles informations qui permettraient l'extinction des réactions de peur.

Il semblerait que les troubles du sommeil présentés par ces sujets puissent interférer dans l'efficacité du processus psychothérapeutique et donc dans le rétablissement du TSPT.

Prendre en charge les troubles du sommeil dans le TSPT

Dépistage et exploration des troubles du sommeil

Concernant le dépistage de ces troubles du sommeil, pour l'insomnie et les cauchemars, le diagnostic reste clinique, et le médecin devrait, de façon systématique, pouvoir s'aider de la réalisation d'un agenda du sommeil, qui peut être associé à un agenda des cauchemars. Il n'est pas indiqué dans un premier temps de réaliser une polysomnographie dans le cadre d'une insomnie. Par ailleurs, il pourrait être envisagé un dépistage des troubles du sommeil complexes par l'utilisation de questionnaires validés du sommeil, lorsqu'est suspecté un trouble du sommeil complexe, un SAOS ou des mouvements périodiques des jambes. Ainsi le questionnaire de sommeil du *Réseau Morphée* (<http://questionnaire.reseau-morphee.fr>) par exemple, qui permet l'identification de troubles chroniques du sommeil, pourrait être utilisé sur des points d'appel ou de façon quasi-systématique dans le cadre de la prise en charge d'un sujet souffrant de TSPT. En parallèle, l'utilisation de questionnaires, comme la *Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for PTSD* (PSQI-A) permettant d'évaluer de façon spécifique les troubles du sommeil dans le TSPT, ou le *Nightmare Distress Questionnaire* (NDQ), questionnaire centré sur les cauchemars, permettraient l'évaluation systématique ainsi qu'un suivi de l'évolution de la symptomatologie en lien avec le sommeil, guidant un éventuel ajustement thérapeutique.

Par ailleurs, la place de la polysomnographie dans le cadre du TSPT reste encore peu étayée. Les recommandations actuelles préconisent la réalisation d'une polysomnographie lors de la suspicion d'un SAOS ou de mouvements périodiques du sommeil en l'absence de syndrome des jambes sans repos. Dans le syndrome des jambes sans repos, il n'est pas recommandé de réaliser de polysomnographie, sauf lorsque la clinique est atypique, le diagnostic restant clinique. Dans le cadre de l'insomnie, la polysomnographie ne doit être réalisée que lorsque celle-ci est résistante à un traitement bien conduit ou qu'est suspecté un autre trouble du sommeil associé. Cependant, il se posera la question dans l'avenir de l'enregistrement des insomnies à temps de sommeil court, soit de moins de 5 heures. Dans le

contexte du TSPT, il semblerait pertinent que celle-ci puisse être réalisée lorsque les plaintes du sommeil persistent malgré le traitement du TSPT ou que des éléments cliniques font suspecter au clinicien un trouble du sommeil complexe, notamment grâce à la passation d'échelles permettant leur évaluation.

Prise en charge de l'insomnie et des cauchemars traumatiques

Dans le cadre de l'insomnie et des cauchemars traumatiques, une prise en charge spécifique de ces troubles doit pouvoir être proposée au patient.

Ces dernières années, plusieurs études ont suggéré l'intérêt de la prazosine dans le TSPT. Le traitement par prazosine est actuellement utilisé en pratique clinique dans le TSPT en dehors de toute autorisation de mise sur le marché [20]. Il s'agit d'un traitement initialement indiqué dans l'hypertension artérielle et dans les manifestations fonctionnelles liées à l'hypertrophie bénigne de prostate. L'hypothèse qui sous-tend son efficacité thérapeutique dans le traitement des cauchemars traumatiques est celle de la réduction de l'hyperréactivité noradrénergique, grâce à son action antagoniste des récepteurs alpha-1-adrénergique. Il a ainsi été montré une réduction des cauchemars et une amélioration de l'efficacité du sommeil, mais aussi une amélioration globale des symptômes de TSPT, chez des patients souffrant de TSPT et ayant bénéficié de ce traitement pharmacologique. Elle permettrait aussi une augmentation du temps de sommeil total et du temps de sommeil REM continu, ainsi qu'une diminution de la latence d'endormissement et d'apparition du sommeil paradoxal [21].

Bien que les données actuelles concluent à l'efficacité de la prazosine dans cette indication, la majorité des études portent sur des sujets de sexe masculin, exposés à des traumatismes de guerre. Des incertitudes persistent concernant les modalités de prescription de cette molécule, en particulier la durée de traitement et sa posologie chez une population de

civils. En pratique clinique, les posologies utilisées chez les civils varient habituellement entre 1 et 5 mg, ce traitement étant relativement bien toléré lorsque l'augmentation de posologie est réalisée de façon progressive.

En parallèle des traitements médicamenteux, différents types de psychothérapies ont été étudiées dans les troubles du sommeil dans le cadre du TSPT.

La thérapie par répétition de l'imagerie mentale (RIM), stratégie psychothérapeutique ayant le plus haut niveau de preuve dans le traitement des cauchemars consiste en la modification du scénario du cauchemar et la répétition de ce nouveau scénario. La thérapie se déroule classiquement au cours de 4 à 8 séances d'environ une heure. La RIM permet une diminution de la fréquence des cauchemars, une amélioration de la qualité du sommeil et des symptômes de TSPT [22]. Par ailleurs, des interventions plus brèves incluant uniquement 3 séances de RIM ont montré leur efficacité sur ces mêmes paramètres.

La thérapie cognitivo-comportementale adaptée à l'insomnie (TCC-I) inclut des stratégies comportementales parmi lesquelles le contrôle du stimulus, la restriction du temps sommeil, la relaxation musculaire associées à un travail autour des cognitions et des règles hygiéno-diététiques du sommeil. Cette dernière peut être réalisée en séances individuelles, mais aussi en groupe, par un médecin ou un psychologue formé. Ces méthodes ont le plus haut niveau de preuve d'efficacité dans la prise en charge de l'insomnie chronique. Cette stratégie psychothérapeutique permettrait une amélioration de la qualité et de la continuité du sommeil, mais aussi des symptômes diurnes de TSPT [23]. Par ailleurs, une diminution des troubles du sommeil mais aussi des symptômes diurnes de TSPT [24] a été rapportée lors d'une intervention unique de 90 minutes de TCC visant à réduire les cauchemars traumatiques et l'insomnie. De plus, depuis plusieurs années, se développent des programmes de TCC-I par

internet, qui apparaissent comme des outils efficaces et qui pourraient trouver leur place dans le cadre de la prise en charge du TSPT.

Ainsi, il semble que les thérapeutiques médicamenteuses ou psychothérapeutiques centrées sur les troubles du sommeil, que ce soit la prazosine, la thérapie par répétition de l'imagerie mentale ou la TCC-I permettent, non seulement une amélioration des troubles du sommeil mais aussi des symptômes diurnes du TSPT.

⇒ En pratique :

Dans le cadre d'une activité en médecine générale, lorsqu'un sujet présente une symptomatologie diurne, à type de reviviscences, de conduites d'évitement ou d'hypervigilance, et/ou une symptomatologie nocturne, faisant suite à une exposition à un événement traumatique et faisant évoquer un TSPT, il conviendra pour le médecin généraliste d'orienter son patient vers une structure de soins spécialisée. Une évaluation de cette symptomatologie pourra alors être réalisée et une prise en charge adaptée centrée sur le psychotraumatisme et les troubles du sommeil qui y sont associés pourra alors lui être proposée.

De façon plus spécifique, lorsqu'un sujet présente un TSPT avec une plainte d'insomnie ou de cauchemars très modérée, la prise en charge habituelle du TSPT, incluant la thérapie d'exposition prolongée ou l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), reste indiquée en première intention. Il convient de noter que certaines études ont rapporté, après une prise en charge par EMDR, une réduction de la fréquence des cauchemars [25] et une amélioration de l'efficacité du sommeil [26]. Lors de l'utilisation de ces stratégies psychothérapeutiques, il conviendra, donc, pour le clinicien d'évaluer de façon systématique l'éventuelle amélioration des troubles du sommeil. Si les troubles du sommeil persistaient

malgré un TSPT en cours de rémission, des approches ciblées sur le sommeil devraient alors être envisagées.

Chez un sujet dont la plainte concerne aussi bien les symptômes de TSPT que le sommeil de type insomnie ou cauchemars traumatiques, il conviendra dès le début de la prise en charge d'envisager une approche intégrant le travail psychothérapeutique autour du TSPT et le travail autour de la plainte du sommeil.

Dans le cadre des cauchemars traumatiques en lien avec un TSPT, la prazosine et la thérapie par répétition de l'imagerie mentale (RIM) apparaissent comme les traitements de référence. Il conviendra d'être précautionneux et de préférer un traitement psychothérapeutique chez les sujets ayant des antécédents cardiovasculaires contraindiquant l'utilisation de prazosine (œdème pulmonaire lié à une sténose aortique ou mitrale, insuffisance cardiaque droite liée à une embolie pulmonaire ou à un épanchement péricardique, insuffisance cardiaque à débit élevé). Quant à la thérapie par répétition de l'imagerie mentale, elle nécessite un investissement du patient, notamment sur le plan émotionnel. Chez un sujet qui serait réticent à travailler sur le contenu de ces cauchemars, un traitement par prazosine pourrait être introduit afin de soulager rapidement le patient, tout en travaillant progressivement sur l'évitement cognitif de ces cauchemars.

La TCC-I paraît indiquée chez tous les sujets dans la mesure où il existe une plainte de type insomnie. Par ailleurs, l'association de la répétition de l'imagerie mentale et de la TCC-I a pu montrer une amélioration de la qualité du sommeil supérieure à celle retrouvée avec la prazosine seule ou la RIM seule [27]. Une prise en charge associant une approche centrée sur l'insomnie et une approche centrée sur les cauchemars semble donc pertinente lorsque ces deux symptômes sont présents.

Ainsi, il paraîtrait intéressant de discuter le fait que le travail psychothérapeutique centré sur le sommeil puisse être réalisé dès le début de la prise en charge du TSPT lorsqu'il

existe, chez le sujet, une souffrance en lien avec ces troubles. Un des objectifs de ce travail, est la restauration partielle ou complète, du sommeil, permettant une potentialisation de l'efficacité de la psychothérapie centré sur le TSPT. Par ailleurs, il semblerait pertinent, dans la mesure possible, qu'une approche intégrative associant le travail autour des troubles du sommeil et le travail du TSPT en parallèle, puisse être proposée au patient. La prise en compte de ces deux composantes semble, en effet, essentielle pour proposer une prise en charge optimale.

Un algorithme décisionnel de prise en charge synthétise ces données dans la figure 1.

Troubles respiratoires du sommeil

Lorsque de façon concomitante des sujets présentent un TSPT associé à un trouble respiratoire du sommeil de type SAOS, le traitement du SAOS reste indiqué comme dans le cadre d'un trouble respiratoire isolé. Des études évaluant l'impact d'un traitement par appareil ventilatoire à pression positive continue (PPC) du SAOS comorbide à un TSPT ont montré, non seulement une amélioration du trouble respiratoire, mais aussi de l'insomnie [28], et des symptômes de TSPT parmi lesquels les cauchemars traumatiques [29]. Néanmoins il conviendra d'être particulièrement vigilant quant à l'observance de la PCC, les sujets avec un TSPT le tolérant moins bien que les sujets avec un SAOS isolé [12].

⇒ En pratique :

Lorsqu'un trouble respiratoire du sommeil est suspecté, l'orientation vers un médecin semble alors pertinente afin qu'un examen détaillé et qu'une polysomnographie puisse être réalisés. Si le diagnostic est confirmé, il conviendra de réaliser une prise en charge adaptée avec la mise en place d'une PPC, comme indiqué dans l'algorithme décisionnel retrouvé dans la figure 1. Le suivi du sujet nécessitera alors une prise en charge multidisciplinaire,

impliquant un travail étroit de collaboration entre le médecin du sommeil et le psychiatre prenant en charge le TSPT. De même, il paraîtrait pertinent que des psychiatres spécialisées dans la prise en charge de troubles du sommeil complexes puissent être intégrés dans ce type de prise en charge, leur complexité résidant dans la nécessité d'une prise en charge commune du TSPT, de l'insomnie, des cauchemars et d'un éventuel trouble respiratoire du sommeil.

Prévention primaire, secondaire, tertiaire

Cette vision bidirectionnelle entraîne des perspectives nouvelles concernant le champ de la prévention du TSPT.

Dans un premier temps, ces éléments mettent en évidence l'importance du travail de prévention primaire chez les sujets à risque d'être confrontés à des événements traumatiques dans le cadre de leur activité professionnelle. Il semblerait pertinent que des informations concernant les règles hygiéno-diététiques du sommeil puissent être prodiguées par les professionnels de santé, mais aussi qu'une attention particulière puisse être portée sur le dépistage et l'évaluation d'éventuels troubles du sommeil chez ces populations à risque, notamment dans le cadre d'une activité de médecine du travail. Cette sensibilisation semble d'autant plus importante si le sujet travaille en horaire décalé, facteur de risque supplémentaire de troubles du sommeil.

L'axe de travail concernant la prévention secondaire dans le cadre du TSPT est un champ de travail particulièrement séduisant, l'objectif étant de diminuer le risque d'apparition d'un TSPT dans les suites de l'exposition à un événement traumatique. En effet, la période faisant immédiatement suite à l'exposition apparaît comme étant une période de vulnérabilité au cours de laquelle le sujet pourrait commencer à présenter des troubles du sommeil.

Deux aspects sont à prendre en compte. Tout d'abord, il paraît nécessaire que d'éventuels troubles du sommeil qui seraient présents au cours du premier mois suivant l'exposition puissent, non seulement être dépistés, mais qu'une intervention précoce centrée sur ces symptômes puisse être envisagée, afin de les réduire voire de les amender. En parallèle de cela, le second aspect à prendre en compte est celui de la prévention secondaire, visant à prévenir l'apparition d'un éventuel TSPT, par le maintien d'un sommeil correct ou l'amélioration du sommeil de ces sujets.

De même, lors de la prise en charge des sujets exposés à un événement traumatique, il paraît nécessaire que des troubles du sommeil antérieurs à cette confrontation puissent être dépistés. De façon systématique, il paraît nécessaire que la prise en charge des sujets exposés à un événement traumatique puisse intégrer une information simple concernant les règles hygiéno-diététiques permettant le maintien d'un sommeil de qualité nécessaire au cours de cette période.

En pratique clinique, l'hydroxyzine, antagoniste des récepteurs H1 centraux, reste le traitement le plus utilisé pour diminuer les manifestations anxieuses et les troubles du sommeil durant la phase post-immédiate. Cette molécule apparaît privilégiée par son implication sur la vigilance et son effet sédatif, mais également du fait de son faible impact mnésique.

Les benzodiazépines restent à éviter à la phase aiguë ou chronique. En effet, leur utilisation augmenterait le risque de survenue d'un TSPT lors de leur utilisation à la phase aiguë. De plus, ces molécules entraînent un risque de dépendance, chez cette population particulièrement vulnérable aux problématiques addictologiques, et engendrent des modifications architecturales du sommeil ainsi que des troubles mnésiques au long court.

Les traitements du sommeil évoqués dans le cadre du TSPT constitué, que ce soit la prazosine, la RIM ou la TCC pour l'insomnie, restent des pistes à étudier durant la phase post-

immédiate. De même, l'utilisation d'outils numériques de prise en charge de l'insomnie pourrait constituer une approche complémentaire pertinente et qu'il conviendrait de pouvoir étudier dans ce cadre. Le champ de la prévention secondaire du TSPT en se centrant sur la prévention des troubles du sommeil est un domaine encore inexploré. Il semblerait intéressant que des études, puissent être réalisés afin d'affiner ce questionnement et d'y apporter des réponses thérapeutiques adaptées.

Par ailleurs, dans le cadre de la rémission du TSPT, il paraîtrait pertinent que le maintien d'un sommeil correct puisse être envisagé comme un moyen de prévention tertiaire dans la rechute du TSPT.

Conclusion

Certaines altérations du sommeil apparaissent de façon spécifique dans le trouble stress post-traumatique. Un meilleur dépistage de ces troubles, ainsi qu'une prise en charge adaptée de ceux-ci paraît nécessaire, en complément du traitement centré sur les autres symptômes du trouble stress post-traumatique. De plus, la vision bidirectionnelle des liens existant entre les troubles du sommeil et le TSPT nous ouvre les portes du champ de la prévention secondaire et d'alternatives thérapeutiques nouvelles dans la prise en charge du TSPT.

1. Abad VC, Guilleminault C. Sleep and psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci.* déc 2005;7(4):291-303.
2. Nagai M, Hoshide S, Kario K. Sleep Duration as a Risk Factor for Cardiovascular Disease- a Review of the Recent Literature. *Curr Cardiol Rev.* févr 2010;6(1):54-61.

3. Colvonen PJ, Straus LD, Stepnowsky C, McCarthy MJ, Goldstein LA, Norman SB. Recent Advancements in Treating Sleep Disorders in Co-Occurring PTSD. *Curr Psychiatry Rep.* 21 juin 2018;20(7):48.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
5. Wallace DM, Shafazand S, Ramos AR, Carvalho DZ, Gardener H, Lorenzo D, et al. Insomnia characteristics and clinical correlates in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom veterans with post-traumatic stress disorder and mild traumatic brain injury: an exploratory study. *Sleep Med.* oct 2011;12(9):850-9.
6. Germain A, Nielsen TA. Sleep pathophysiology in posttraumatic stress disorder and idiopathic nightmare sufferers. *Biol Psychiatry.* 15 nov 2003;54(10):1092-8.
7. Kobayashi I, Boarts JM, Delahanty DL. Polysomnographically measured sleep abnormalities in PTSD: a meta-analytic review. *Psychophysiology.* juill 2007;44(4):660-9.
8. Habukawa M, Uchimura N, Maeda M, Kotorii N, Maeda H. Sleep findings in young adult patients with posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 15 nov 2007;62(10):1179-82.
9. Ross RJ, Ball WA, Sanford LD, Morrison AR, Dinges DF, Silver SM, et al. Rapid eye movement sleep changes during the adaptation night in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 1 avr 1999;45(7):938-41.
10. Mellman TA, Kobayashi I, Lavela J, Wilson B, Hall Brown TS. A relationship between REM sleep measures and the duration of posttraumatic stress disorder in a young adult urban minority population. *Sleep.* 1 août 2014;37(8):1321-6.
11. Phelps AJ, Kanaan RAA, Worsnop C, Redston S, Ralph N, Forbes D. An ambulatory PSG study of the posttraumatic nightmares of posttraumatic stress disorder. *Sleep.* 22 nov 2017;

12. Zhang Y, Weed JG, Ren R, Tang X, Zhang W. Prevalence of obstructive sleep apnea in patients with posttraumatic stress disorder and its impact on adherence to continuous positive airway pressure therapy: A meta-analysis. *Sleep Med* [Internet]. 31 mai 2017 [cité 22 juin 2017];0(0). Disponible sur: [http://www.sleep-journal.com/article/S1389-9457\(17\)30224-1/abstract](http://www.sleep-journal.com/article/S1389-9457(17)30224-1/abstract)
13. van Liempt S, Westenberg HGM, Arends J, Vermetten E. Obstructive sleep apnea in combat-related posttraumatic stress disorder: a controlled polysomnography study. *Eur J Psychotraumatology* [Internet]. 26 déc 2011 [cité 1 nov 2017];2. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402109/>
14. Ross RJ, Ball WA, Dinges DF, Kribbs NB, Morrison AR, Silver SM, et al. Motor dysfunction during sleep in posttraumatic stress disorder. *Sleep*. déc 1994;17(8):723-32.
15. Mellman TA, David D, Kulick-Bell R, Hebding J, Nolan B. Sleep disturbance and its relationship to psychiatric morbidity after Hurricane Andrew. *Am J Psychiatry*. nov 1995;152(11):1659-63.
16. Koren D, Arnon I, Lavie P, Klein E. Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: a 1-year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry*. mai 2002;159(5):855-7.
17. Mellman TA, Bustamante V, Fins AI, Pigeon WR, Nolan B. REM sleep and the early development of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. oct 2002;159(10):1696-701.
18. Mellman TA, Knorr BR, Pigeon WR, Leiter JC, Akay M. Heart rate variability during sleep and the early development of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1 mai 2004;55(9):953-6.
19. Brownlow JA, McLean CP, Gehrman PR, Harb GC, Ross RJ, Foa EB. Influence of Sleep Disturbance on Global Functioning After Posttraumatic Stress Disorder Treatment. *J Trauma Stress*. déc 2016;29(6):515-21.

20. Versnaeyen L, Debien C, Warembourg F, Ducrocq F, Vaiva G. Prescription de prazosine contre les cauchemars traumatiques. *Presse Médicale*. 2013;42(9, Part 1):1276-9.
21. Taylor FB, Martin P, Thompson C, Williams J, Mellman TA, Gross C, et al. Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma posttraumatic stress disorder: a placebo-controlled study. *Biol Psychiatry*. 15 mars 2008;63(6):629-32.
22. Casement MD, Swanson LM. A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: effects on nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Clin Psychol Rev*. août 2012;32(6):566-74.
23. Ho FY-Y, Chan CS, Tang KN-S. Cognitive-behavioral therapy for sleep disturbances in treating posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*. févr 2016;43:90-102.
24. Germain A, Shear MK, Hall M, Buysse DJ. Effects of a brief behavioral treatment for PTSD-related sleep disturbances: A pilot study. *Behav Res Ther*. mars 2007;45(3):627-32.
25. Vaughan K, Armstrong MS, Gold R, O'Connor N, Jenneke W, Tarrier N. A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. déc 1994;25(4):283-91.
26. Raboni MR, Tufik S, Suchecki D. Treatment of PTSD by eye movement desensitization reprocessing (EMDR) improves sleep quality, quality of life, and perception of stress. *Ann N Y Acad Sci*. juill 2006;1071:508-13.
27. Seda G, Sanchez-Ortuno MM, Welsh CH, Halbower AC, Edinger JD. Comparative Meta-Analysis of Prazosin and Imagery Rehearsal Therapy for Nightmare Frequency, Sleep Quality, and Posttraumatic Stress. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 15 janv 2015 [cité 23 oct 2016]; Disponible sur: <http://www.aasmnet.org/jcsm/ViewAbstract.aspx?pid=29826>
28. Krakow B, Melendrez D, Pedersen B, Johnston L, Hollifield M, Germain A, et al.

Complex insomnia: insomnia and sleep-disordered breathing in a consecutive series of crime victims with nightmares and PTSD. *Biol Psychiatry*. 1 juin 2001;49(11):948-53.

29. Tamanna S, Parker JD, Lyons J, Ullah MI. The effect of continuous positive air pressure (CPAP) on nightmares in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD) and obstructive sleep apnea (OSA). *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 15 juin 2014;10(6):631-6.

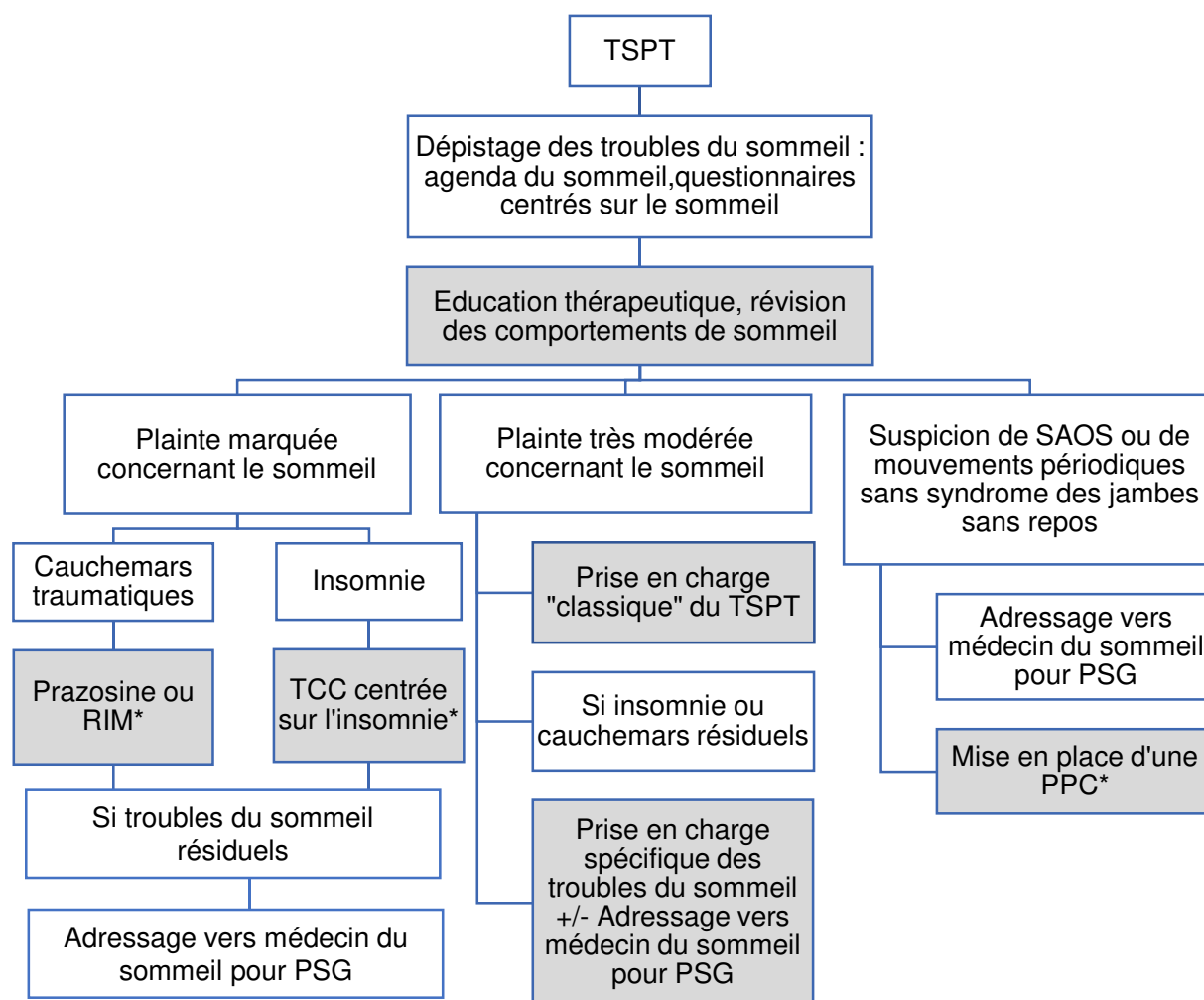


Figure 1. Algorithme décisionnel de prise en charge des troubles du sommeil dans le trouble stress post-traumatique

* Prise en charge « classique » du TSPT en parallèle de la prise en charge des troubles du sommeil

PPC : appareil ventilatoire à pression positive continue, PSG : Polysomnographie, RIM : Répétition de l'imagerie mentale, SAOS : syndrome d'apnées obstructives du sommeil, TCC : Thérapie cognitivo-comportementale, TSPT : Trouble stress post-traumatique