Valorisation des pratiques

Accompagnement des troubles du sommeil chez les patients militaires souffrant d'un trouble de stress post-traumatique

L. BERNARD[(1)], S. DINIS[(2)], D. DEFONTAINE[(3)], N. PILLET[(4)], E. DRAGULA[(5)], M. REMADI[(6)], E. SAGUIN[(7)]

(1,2,4,5,6) Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Service de Psychiatrie, Saint-Mandé
(3) Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Service de Psychiatrie, Clamart
(7) Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Service de Psychiatrie, Saint-Mandé / Université Paris Cité, Vigilance Fatigue Sommeil et Santé Publique (VIFASOM), Paris

Auteur correspondant : lisa.bernard@intradef.gouv.fr

Open access DOI
10.17184/eac.7903

Reçu
le 9 mars 2023

Accepté
le 10 juillet 2023

Publié
le 5 septembre 2023

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
Le Trouble de stress post-traumatique (TSPT) est une pathologie fréquente dans la population militaire du fait notamment des expositions potentielles à des évènements à caractère traumatiques en situation opérationnelle.
Les troubles du sommeil constituent le premier motif de plainte par ordre de fréquence chez les patients souffrant de TSPT. Par ailleurs, les thérapies médicamenteuses ciblant le sommeil offrent une réponse limitée. Les approches de groupe ont démontré leur efficacité pour les perturbations du sommeil hors TSPT. En France, ce type de module peut s'intégrer dans une démarche d'Éducation thérapeutique du patient (ETP), qui présente l'intérêt d'apporter des connaissances et des outils sur mesure aux militaires blessés psychiques. C'est dans ce cadre que les équipes pluridisciplinaires des services de psychiatrie de deux Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) ont développé un programme commun d'ETP ciblant les troubles du sommeil associés à un diagnostic de TSPT. Ce programme se compose de deux parties complémentaires : l'une psychoéducative répondant aux besoins des patients, tels qu'identifiés dans une enquête préliminaire, et l'autre, une approche corporelle, visant à acquérir des outils permettant de limiter les conséquences de la pathologie au quotidien.

Mots-clés : Éducation thérapeutique du patient. Trouble de stress post-traumatique. Troubles du sommeil. Médecine d'armée.

Abstract:
ACCOMPANIMENT OF SLEEP DISORDERS
IN MILITARY PATIENTS SUFFERING
FROM POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a common pathology in the military population due to potential exposures to traumatic events in operational situations. Sleep disorders are the most frequent complaint among patients with PTSD. Furthermore, medications targeting sleep offer limited solutions. Group psychotherapeutic approaches have demonstrated their effectiveness for sleep disturbances outside of PTSD. In France, this type of module can be integrated into a Therapeutic education for the patient (TEP) approach, which helps in providing tailored knowledge and tools to military personnel with psychological injuries. It is in this context that the multidisciplinary psychiatric care teams of two Army Training Hospitals (ATH) have developed a common TEP program targeting sleep disorders associated with a PTSD diagnosis. This program is divided into two complementary parts : while psychoeducation responds to patients' needs, as identified in a preliminary survey, a physical approachallows for the acquisition of tools to limit the consequences of the pathology in daily life.

Keywords: Post-traumatic stress disorder.
Therapeutic Patient Education (TPE). Sleep disorders.
Military medicine.

Introduction

Les militaires constituent une population particulièrement à risque du Trouble de stress post-traumatique (TSPT) du fait de leur exposition potentielle à des évènements à caractère traumatique en situation opérationnelle.
Cette pathologie est définie par l'apparition de quatre grands types de symptômes (1) se manifestant par : « des phénomènes d'intrusion, des réactions d'évitement, une hypervigilance et des perturbations des cognitions et de l'humeur » (2).
Le syndrome de répétition traumatique caractérisé par des phénomènes d'intrusion (cauchemars traumatiques la nuit, *flashback* en journée) constitue une spécificité de cette pathologie. Ces troubles peuvent apparaître soit après l'évènement traumatique, soit après une phase de latence clinique et peuvent persister au long cours.
Une étude américaine menée chez des vétérans souffrant de TSPT montrait que 74 % présentaient une insomnie et 61 % des cauchemars traumatiques. Les cauchemars et l'insomnie diminuaient très modestement en six mois et étaient tous les deux associés à la gravité du tableau de TSPT ainsi qu'à la dépression (3).

En France, une recherche multicentrique menée au sein de cinq HIA (Bégin, Percy, Sainte-Anne, Laveran et Clermont-Tonnerre) sur ce thème mettait en évidence que le sommeil constitue la première plainte des patients militaires et anciens militaires souffrant de TSPT : 98,2 % des patients se plaignaient de leur sommeil et 93,5 % des participants rapportaient des cauchemars traumatiques (4).

Ces données résonnent avec les observations cliniques réalisées quotidiennement en équipe dans les services de psychiatrie des HIA (consultations, accueil de jour, hospitalisations). Dans notre pratique, les troubles du sommeil caractérisés par des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes, des cauchemars, demeurent l'un des motifs de plainte les plus fréquents dans les différents espaces de prise en charge : auprès du médecin, du psychologue, lors des entretiens infirmiers ou encore pendant les séances de psychomotricité. Le retentissement des troubles du sommeil sur l'activité diurne et nocturne impacte la qualité de vie des patients ainsi que les sphères sociofamiliales et professionnelles pouvant être un motif d'arrêts de travail prolongés. Au fil du temps, les symptômes ont tendance à s'aggraver et la pathologie peut devenir chronique, ce qui en fait un problème de santé publique (5). Par ailleurs, les traitements médicamenteux n'offrent qu'une réponse limitée à cette problématique (6).

Certaines synthèses dans la littérature scientifique suggèrent que les thérapies de groupe auraient une efficacité supérieure à celle des psychotropes ainsi qu'une durée d'action plus longue (7) et se basent généralement sur la psychoéducation (8) centrée sur le sommeil et le TSPT. Celles-ci incluent notamment des techniques corporelles telles que la relaxation neuromusculaire, la pleine conscience, la pratique du yoga. Plus récemment, certaines techniques spécialisées concernant les cauchemars ont été développées. C'est le cas de la RIM (Répétition par Imagerie Mentale) (9) qui vise à « retravailler le cauchemar » (10) au cours de la journée par l'imagerie mentale pour qu'il en soit modifié la nuit. Cependant, elle ne montre pas de supériorité dans l'efficacité de la prise en charge des vétérans par rapport aux thérapies classiquement utilisées pour cette indication (psychoéducation, techniques corporelles). Néanmoins, elles mettent aussi en avant que la population de vétérans (qui présentent souvent des tableaux chroniques et sévères) répond moins bien aux psychothérapies et à la pharmacothérapie que la population civile ou les militaires d'active (11). De plus, une étude nord-américaine a démontré des effets positifs auprès de vétérans, notamment sur la diminution de la symptomatologie et des troubles du sommeil (insomnie) au moyen d'une prise en charge groupale et de médiateurs corporels (12).

Une recherche américaine a mis en évidence que les thérapies non-médicamenteuses ont des effets fiables et durables sur les problématiques d'insomnie hors TSPT, notamment sur la latence d'endormissement. Leurs effets se maintiennent pendant au moins six mois, ce qui est supérieur à la durée des effets des thérapeutiques médicamenteuses (13). C'est à partir de ce constat qu'a émergé notre réflexion sur les moyens de soutenir davantage ces patients avec leurs troubles du sommeil au quotidien.

Notre intérêt s'est porté sur la démarche d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie des patients en développant des savoirs, des compétences d'adaptation quant à leur pathologie chronique, quelle qu'elle soit. Par ailleurs, ce type de soin favorise la dynamique de groupe, qui est valorisée dans le milieu militaire (14) et sur lequel nous avons choisi de nous appuyer dans notre

programme afin de faciliter les échanges. Dans notre approche du groupe, l'identification aux pairs permet à la fois d'induire une dynamique dans les échanges tout en permettant de souligner certaines différences liées à la singularité des « solutions subjectives ».

1 Méthodologie

Afin de construire un projet d'ETP « sur mesure », nous nous sommes appuyés sur les recommandations émises par la Haute Autorité de santé (HAS) (15). Dans un premier temps, nous allons détailler notre méthodologie qui s'appuie sur un bilan des programmes d'ETP existants sur ce thème. Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une évaluation des besoins des patients. Enfin, nous présenterons les résultats obtenus et le plan d'action qui en découle.

1.1 État des lieux

Ainsi, nous avons initialement réalisé un état des lieux des différents programmes d'ETP existants ciblant le sommeil et le TSPT, afin de pouvoir intégrer des outils ayant fait la preuve de leur efficacité. L'ensemble des professionnels de santé travaillant dans les services de psychiatrie des HIA Bégin et Percy : médecins, psychologues, adjoint au cadre, infirmiers, psychomotriciennes ont mené des recherches *via* des entretiens téléphoniques et physiques pour évaluer les programmes en place à l'heure actuelle. Aujourd'hui, le seul programme ciblant l'insomnie (hors TSPT) et validé en France est mis en œuvre par le Centre du Sommeil et de la Vigilance de l'Hôpital Hôtel-Dieu (Assistance publique - Hôpitaux de Paris [APHP]). Un membre de notre groupe de travail a pu se joindre à leurs ateliers et ainsi découvrir leurs outils. Par ailleurs, nous avons également échangé avec les personnels de l'Institution Nationale des Invalides où a été très récemment créé un programme d'ETP ciblant le TSPT mais non spécifique des troubles du sommeil dans cette pathologie. Parallèlement, un travail de recherche a été réalisé, ciblant les approches corporelles utilisées dans le cadre de ces troubles par des psychomotriciens du milieu civil et chez les militaires dans d'autres pays. À ce jour, en France, avant notre travail, aucun programme d'ETP ciblant les troubles du sommeil chez les patients TSPT n'existait.

Conformément aux recommandations de la HAS, l'étude des besoins des patients est une étape essentielle à la création d'un programme d'ETP. La première étape de notre travail a consisté à créer un questionnaire permettant une évaluation des besoins des patients lors d'un entretien semi-structuré. Plusieurs réunions pluridisciplinaires, menées par des soignants ayant l'habitude de prendre en charge des patients souffrant de TSPT, ont été nécessaires à l'élaboration des questions. Ce questionnaire a été présenté au Comité de Recherche et d'Innovation de l'HIA Bégin par l'adjointe au cadre de santé en vue d'obtenir les autorisations quant au respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD) avec la méthodologie de référence N° 004. Il a été convenu que ce questionnaire serait mené par des professionnels de la santé mentale auprès d'un échantillon de patients souffrant de TSPT, soit sur le mode d'entretiens téléphoniques, soit en présentiel, durant une quinzaine de minutes. Les huit questions étaient orientées vers l'impact quotidien des troubles du sommeil, les stratégies mises en place, les souhaits éventuels de connaissances sur le sommeil ainsi que sur le potentiel intérêt d'un programme spécifique d'ETP.

Les questions se présentaient sous différentes formes : à choix multiples, réponses libres, graduelles : « très léger-léger-moyen-important-très important » et numériques « sur une échelle de 0 à 10 » (0 s'applique à « pas du tout gênant » et 10 « extrêmement gênant »).

Deux patients se sont portés volontaires pour participer à un pré-test réalisé par l'infirmière adjointe au cadre afin de mesurer la faisabilité et la compréhension du questionnaire.

Cette évaluation a par la suite été réalisée auprès d'un échantillon de 31 patients militaires ou anciens militaires, tirés au sort au sein d'une cohorte issue d'une étude multicentrique à promotion et financement Service de santé des armées (SSA) qui étudie les troubles du sommeil chez les patients présentant un TSPT (Étude SOMMEPT, 2020PRI01). Le diagnostic de TSPT est posé par des cliniciens expérimentés ; les patients ont un score au *Posttraumatic stress disorder Checklist Scale* (PCLS) supérieur à 44.

L'ensemble des analyses statistiques descriptives ont été réalisées *via* le logiciel Excel pour Windows®. Chaque questionnaire a été analysé au moyen d'une méthodologie qualitative. À partir des verbatim des entretiens, des regroupements en catégories sémantiques ont été effectués et donné lieu à une analyse statistique. Ce travail a été réalisé lors de réunions par un groupe pluridisciplinaire de professionnels de santé expérimentés dans le domaine du TSPT et la prise en charge des perturbations du sommeil.
Il en ressort que :

- 90,4 % des patients déclaraient que les troubles du sommeil impactaient le quotidien de manière importante ou très importante.
- 80 % des interrogés souhaitaient « une prise en charge spécifique de leurs perturbations du sommeil ».
- 64 % exprimaient un souhait d'informations à ce sujet.

Plus spécifiquement, les patients rapportaient la mise en place de contre-mesures « adaptatives » afin de lutter contre les perturbations du sommeil (figure 1).
Certaines des contre-mesures correspondent à celles valorisées dans l'ETP comme « avoir un rythme en journée », « une alimentation équilibrée »… spontanément développées par les patients. Cependant, était retrouvée une fréquence importante de comportements classiquement déconseillés dans le cas de perturbations du sommeil. Ainsi, l'utilisation des écrans avant de s'endormir, la consommation de café et de cannabidiol (CBD), de cigarettes étaient souvent rapportées par les patients. Aucun autre usage ou consommation de substance psychoactive était déclaré dans l'échantillon.

Ainsi, à la réponse à la question : « Que mettez-vous en place au quotidien pour lutter contre vos troubles du sommeil ? », dans l'ordre décroissant de fréquence, les réponses étaient : faire du sport en journée, regarder les écrans pour s'endormir, prendre des médicaments, avoir un rythme sur la journée, avoir une activité calme avant le coucher ; autres réponses : boire du café, boire de l'alcool, avoir une alimentation équilibrée, consommer des cigarettes/CBD. La catégorie « autre » comprend cinq réponses uniques qui ne correspondent pas aux autres catégories sémantiques : rien, manger la nuit, prendre une douche, penser à autre chose et vérifier que la chambre est sécurisée.

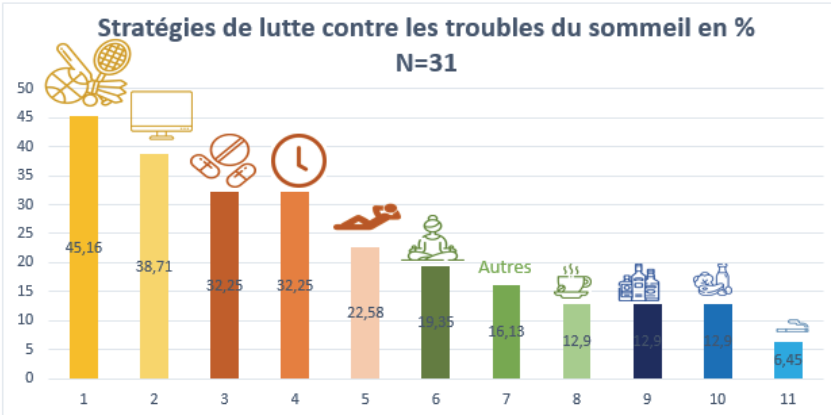


FIG. 1 : Stratégies de lutte contre les troubles du sommeil, adaptée de "*Evaluation of sleep and therapeutic education needs of military with PTSD*" (16, 17)

Par ailleurs, la question ciblant les besoins des patients en matière d'ETP a permis de mettre en évidence trois demandes principales :

- comprendre la physiologie générale du sommeil,
- avoir des notions sur les perturbations spécifiques du sommeil dans le TSPT,
- apprendre des techniques pour améliorer le sommeil, ce qui revenait pour 29 % des patients (figure 2).

Parmi les 31 patients interrogés, 64 % avaient des questions sur le sommeil.

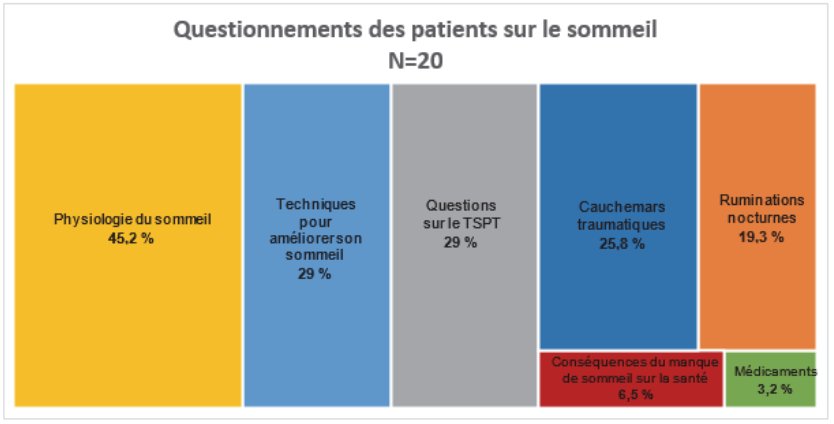


FIG. 2 : Réponses à la question ouverte : « Avez-vous des questions sur le sommeil ? Si oui, lesquelles ? »

Enfin, l'ensemble des patients interrogés rapportaient ne jamais avoir bénéficié d'ETP ciblant le sommeil.

1.2 Création du module d'ETP

À la suite de cette étude des besoins, un groupe de travail pluridisciplinaire (médecins, cadre de santé, infirmiers, psychologues et psychomotriciennes), composé de membres des équipes des services de psychiatrie des HIA Bégin et Percy s'est régulièrement réuni afin de mettre en forme ce module. Durant environ 12 mois, ce groupe a élaboré des séances, en fonction des retours des patients et des techniques validées dans la littérature. Nous avons également pu nous appuyer sur l'expérience des soignants (en particulier des infirmiers) habitués à prendre en compte ces plaintes des patients, au quotidien, lors des hospitalisations, pour lesquelles il existe un manque d'options thérapeutiques. Ces modules ont nécessité la création par les infirmiers et les psychomotriciennes d'outils spécifiques (train du sommeil, jeu de l'oie, photolangage), que nous détaillerons. Ils ont d'ailleurs été testés entre soignants paramédicaux.

Par conséquent, pour renforcer notre stratégie et dans le cadre de la promotion de la santé – ce qui fait partie intégrante des décrets de compétences de chaque profession impliquée – une veille documentaire a été entreprise.

La forme finale du module comprend six séances de deux heures, chacune répartie sur une durée de deux mois (figure 3).



Fig. 3 : Programme des séances d'éducation thérapeutique du patient.

Ces séances sont généralement découpées en deux parties.
L'une est psychoéducative en reprenant les interrogations/demandes des patients sur la physiologie du sommeil et les troubles du sommeil en lien avec le TSPT.
L'autre partie est dédiée à l'approche corporelle, répondant à la demande des patients concernant des « techniques » pour améliorer leur sommeil. Une place importante est donnée à l'utilisation d'outils comme (par exemple) les techniques de respiration et de relaxation musculaire de type Jacobson (18). Les séances sont progressives et reprennent d'une fois sur l'autre la prise de conscience de la posture (installation dans le lit), la respiration et la relaxation. L'objectif est que le patient, en expérimentant ces différentes techniques, soit en mesure de choisir et de développer les outils qui améliorent la qualité de son sommeil.

En parallèle du travail de création de ce module et en vue de sa mise en place dans les services, une partie des équipes des services de psychiatrie des deux HIA a bénéficié de la formation certifiante ETP (40 heures) dispensée par l'École du Val-de-Grâce.

1.3 Détails du contenu du programme

Les patients qui se voient proposer le module sont suivis dans le service de psychiatrie d'un des deux HIA parisiens pour un TSPT associé à des troubles du sommeil.
Conformément à la logique de l'ETP, s'ils souhaitent participer au module, ils bénéficient en premier lieu d'un temps avec un soignant afin de réaliser un bilan éducatif partagé (BEP) qui vise à explorer et évaluer avec le patient ses connaissances, ses besoins en matière d'acquisition et de renforcement ainsi qu'à poser les bases de l'alliance thérapeutique. Les patients viennent sur un mode ambulatoire ou bien dans le cadre d'une hospitalisation complète. Afin de favoriser la mise en place d'une dynamique dans les échanges, les groupes sont ouverts à cinq patients. Le seul critère d'exclusion est un syndrome d'apnée du sommeil non traité.

L'ensemble des séances est réalisé par les professionnels de psychiatrie des HIA Bégin et Percy, soit des médecins psychiatres, des infirmiers, des psychologues et des psychomotriciennes.

1.3.1 Première séance

1.3.1.1 « Sortir du lit pour un meilleur sommeil »

La première séance a pour objectif de donner au patient la possibilité de suivre l'évolution de la qualité et de la quantité de son sommeil grâce à l'utilisation d'un agenda du sommeil. Les patients souffrant de TSPT ont des cauchemars et une peur d'aller se coucher. Ils ont ainsi tendance à rester au lit le matin ou à faire des siestes, ce qui contribue à une mauvaise nuit de sommeil et à une altération du rythme nycthéméral. Réduire le temps passé au lit permet la resynchronisation du rythme veille-sommeil et améliore l'état du sommeil. Cette notion de restriction de temps passé au lit (19) est abordée par un psychiatre et utilisée en fonction des besoins de chacun.

1.3.1.2 « À l'écoute de mon corps »

Dans cette séance, le temps corporel permet de reprendre les stratégies mises en place dans le quotidien par les patients (techniques de détente ou de respiration, par exemple). L'objectif est d'aborder la dimension psychocorporelle inhérente au sommeil

et d'identifier et verbaliser les ressentis physiques présents au repos. En parallèle, un des enjeux de ce module est de créer une dynamique de groupe, en favorisant les échanges entre les patients et les retours sur les outils proposés.

1.3.2 Deuxième séance

1.3.2.1 « Je comprends mon horloge biologique »

La deuxième séance vise à présenter le fonctionnement de l'horloge biologique et notamment l'impact de l'activité diurne sur le sommeil. Un exemple d'outil « sur-mesure », créé par les infirmiers à cette occasion, permettant de présenter le cycle circadien est représenté sur la figure 4.

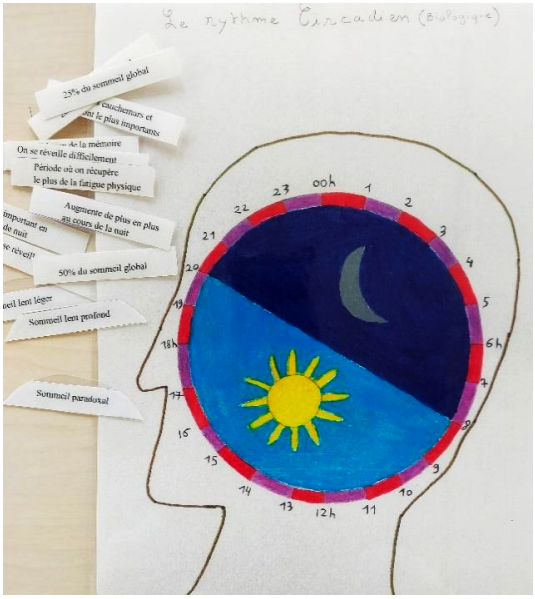


Fig. 4 : Support de travail sur le rythme circadien

Cette deuxième séance aborde également la physiologie du sommeil au travers d'un quiz afin d'évaluer les connaissances des patients et de les sensibiliser avec le sujet de manière ludique.

Un autre exemple d'outil utilisé dans cette séance est le « train du sommeil » dont le but est de reconstituer les différentes phases des cycles du sommeil (sommeil léger, profond et paradoxal) et leurs spécificités. Des infirmiers ont créé un train représentant symboliquement les cycles du sommeil dans lequel chacun des wagons représente un cycle. Le patient est invité à repositionner les étiquettes explicitant leurs spécificités.

Le principe du cycle circadien est présenté afin, notamment, d'identifier les principaux synchronisateurs de l'horloge biologique (le concept d'homéostasie y est brièvement introduit). Le but est pour le patient d'arriver à organiser sa journée en fonction de ses synchronisateurs pour favoriser le sommeil. Pour cela, nous proposons l'utilisation d'une horloge biologique symboliquement créée autour d'un visage humain sur feuille A4 et des étiquettes associées autour des multiples phases du cycle circadien

sur 24h (ex. : moment où la pression artérielle est maximale, moment où l'on sécrète le plus de mélatonine, importance de la lumière comme principal synchronisateur…). Les patients tentent par binôme de replacer ces étiquettes autours des différentes tranches horaires (figure 4).

1.3.2.2 « Postures et sommeil »

D'un point de vue corporel, cette séance permet de sensibiliser le patient à la phase d'installation ainsi qu'aux positions qui facilitent l'endormissement. À partir d'un photolangage de posture de sommeil, chaque patient explore progressivement les différentes positions représentées. Il est proposé, sous forme d'inductions verbales et selon les retours des patients, d'expérimenter le décubitus dorsal, le décubitus ventral, les positions latérales, le besoin de coussins et/ou couvertures afin de rechercher les sensations les plus agréables susceptibles de favoriser le sommeil. La respiration est réinvestie afin que chaque patient puisse identifier pleinement la façon la plus agréable de respirer : par le nez, la bouche, voire une alternance entre les deux. L'intérêt du patient est aussi porté sur la prise de conscience des mouvements abdominaux et/ou thoraciques. Il est proposé de bloquer la respiration sur un temps donné afin de diminuer la fréquence cardio-respiratoire et de favoriser un relâchement musculaire. Cette séance permet de prendre la mesure de l'importance de l'installation comme l'un des facteurs déterminant à l'endormissement.

1.3.3 Troisième séance : « l'hygiène du sommeil »

Pour la troisième séance, un espace reproduisant une chambre à coucher (figure 5) a été aménagé au sein de l'hôpital afin de sensibiliser à l'influence de l'environnement sur la qualité du sommeil. Patients et soignants échangent ensemble sur les facteurs qui peuvent être favorisant ou *a contrario* délétères pour le sommeil. Les éléments présents dans l'environnement (DVD, livres, gâteaux sucrés, boîtes de médicaments, télévision allumée, équipements de sport, etc.) permettent d'aborder les notions élémentaires d'hygiène du sommeil dans l'objectif d'opérer des changements sur le quotidien.

Au cours de cette séance, lors du temps de pratique corporelle, les compétences recherchées sont le renforcement de la capacité à trouver une posture d'endormissement et l'expérimentation du changement physique entre l'état de veille et de sommeil.
Les participants reprennent certaines postures pour choisir celles qui leur conviennent le mieux. Le but est également de prendre conscience de l'état tonique et de la manière dont les positions peuvent le modifier, afin d'amener le corps dans les dispositions nécessaires au sommeil. Dans les faits, par induction verbale, le patient est invité à reprendre des techniques de respiration et de prise de conscience du corps expérimentées en amont. Une introduction à l'utilisation de la technique Jacobson est proposée. Cette technique de relaxation musculaire progressive consiste à contracter puis relâcher des groupes musculaires afin de rechercher les sensations de détente musculaire. Lors de cette séance, un fond sonore musical accompagne la technique pour proposer aux patients un autre vecteur de détente.

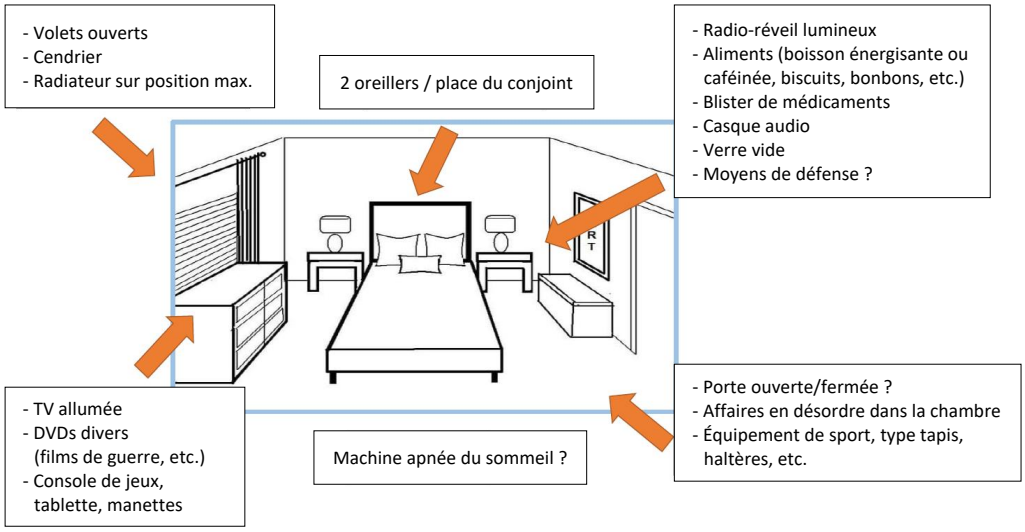


FIG. 5 : Schéma représentatif d'une chambre à coucher réalisée au sein de l'hôpital

Cette troisième séance marque la fin de la première session. Un mois sépare la première partie du module de la seconde. Les patients essaient de s'approprier les différents outils proposés dans leur quotidien. Afin d'accompagner cette évolution, ils sont contactés chaque semaine par le canal qui leur convient (mail, téléphone, présentiel) par un soignant rencontré lors du programme.

1.3.4 Quatrième séance : « les médicaments pour le sommeil : comment les prendre ? »

Plusieurs objectifs pédagogiques ont été pensés pour cette séance.

Le premier est d'identifier les traitements prescrits dans les troubles du sommeil et TSPT afin de connaître et distinguer les quatre classes principales (antipsychotiques, hypnotiques, benzodiazépines, antihistaminiques).
Un jeu de cartes représentant les boîtes de médicaments (molécule et nom commercial) a été créé afin d'échanger autour des médicaments que les patients connaissent et\ou se voient prescrire (figure 6).

Le deuxième objectif est d'acquérir des connaissances sur les caractéristiques et effets des traitements pour le sommeil dans le TSPT, afin de se représenter précisément leur action ainsi que leurs éventuels effets secondaires. Un « jeu de la marmotte » (figure 7), bâti sur le principe du jeu de l'oie, a été créé (support à des questions sur les thérapeutiques).

Le troisième objectif est d'appréhender les délais et durée d'action en fonction des classes thérapeutiques afin de mieux comprendre l'ordonnance du traitement.



Fig. 6 : Jeu de cartes représentant les boîtes de médicaments

Enfin, le quatrième objectif est de savoir ajuster et adapter son traitement symptomatique aux situations de la vie quotidienne. Pour cela, sont utilisés des scripts de situations que peuvent rencontrer les patients afin d'être au plus proche de leur quotidien. On propose aussi aux patients de créer leurs propres scripts. Ce temps permet d'échanger en groupe sur les modalités d'utilisation des traitements qui paraissent les plus judicieuses.



Fig. 7 : Plateau du « jeu de la marmotte »

1.3.5 Cinquième séance

1.3.5.1 « Mes cauchemars, mes réveils et moi »

La cinquième séance aborde la place du cauchemar traumatique et notamment la gestion des réveils nocturnes.
Nous proposons de définir avec les patients ce qu'est le cauchemar traumatique et d'échanger à propos des réactions qui sont associées au réveil. L'accent est mis sur l'expérience subjective de chacun, en lien avec la dimension très réaliste du cauchemar et les sensations neurovégétatives importantes qui sont généralement présentes au réveil. L'idée est d'identifier les effets corporels qui surviennent durant et après les cauchemars traumatiques. Une place importante est donnée aux ressentis du patient et à ceux qui sont associés à la capacité à se rendormir après un cauchemar.

1.3.5.2 « Gestion des éveils nocturnes »

Sur le plan corporel, le patient va pouvoir réinvestir les outils utilisés auparavant pour l'endormissement (utilisation de la musique, technique Jacobson, scan corporel, respiration) en les adaptant à la spécificité du réveil post-cauchemar. En écho au temps de psychoéducation, les sensations neurovégétatives et émotionnelles qualifiées de « négatives » (anxiété, peur) sont de nouveau évoquées par les patients. Ils partagent également les solutions qu'ils mettent en place à l'heure actuelle. À partir de l'état tonique présent au réveil et de ce qui fonctionne pour eux, les patients vont réutiliser les outils qui leur conviennent pour diminuer leur tonicité.

En fin de séance, une fiche est proposée afin que chacun puisse noter ce qui lui convient pour constituer « une boîte à outils » qui lui soit personnelle.

1.3.6 Sixième séance : « vers un sommeil apaisé, de A à Z »

Enfin, la dernière séance est réalisée avec l'ensemble des soignants qui animent ce programme. Au travers d'un abécédaire, les patients reprennent et consolident l'ensemble des moyens et connaissances dont ils se sont saisis lors de ce programme. Chacun peut partager son ressenti s'il le souhaite. Un questionnaire d'évaluation est donné au patient qui le remplit de manière anonyme.

Le patient fournit les coordonnées de son médecin traitant afin qu'un compte-rendu de la participation au module d'ETP lui soit envoyé par l'un des médecins psychiatres impliqué dans ce programme. Le suivi de l'évolution des troubles du sommeil reste assuré par le psychiatre traitant de l'HIA.

2 Discussion

Le programme a débuté en décembre 2022 dans les services de psychiatrie de deux HIA. Il a concerné quatre patients sur Percy et cinq sur Bégin, soit un total de neuf patients. L'ensemble des patients a assisté à toutes les séances. Il est prévu de mesurer *a posteriori* sa pertinence *via* le projet de recherche clinique EDUSOMMEPT au travers d'indicateurs tels que l'évolution de la qualité de vie et la symptomatologie des patients (à deux mois et à six mois) afin d'adapter, si nécessaire, le programme. Une des perspectives serait de pouvoir proposer une diffusion de ce module dans les différents HIA et éventuellement d'ouvrir le recrutement à la population civile souffrant de

TSPT. Un lien avec les équipes médicales et paramédicales de l'Institution Nationale des Invalides peut se réfléchir afin de penser un accompagnement global du TSPT, en proposant des adaptations à ceux présentant un syndrome d'apnée du sommeil, des séances en individuel, des ateliers à la carte, par exemple.

Enfin, à l'issue de cette phase pilote, en mars 2023, le programme a fait l'objet d'une déclaration à l'ARS, pour une reconnaissance officielle de ce programme d'ETP.

Concernant les limites, en premier lieu, cette approche thérapeutique ne peut être proposée qu'aux patients qui acceptent et tolèrent les soins « en groupe ». Certains présentent des difficultés à faire corps avec un collectif, à parler en public, générant une angoisse. En effet, lors de l'évaluation des besoins, certains patients ont évoqué des difficultés à participer à des ateliers de groupe. De plus, d'autres problèmes étaient rapportés notamment les aspects organisationnels (transports, éloignement familial, arrêt de travail). Enfin, une des limites de ce programme est l'exclusion des patients présentant un syndrome d'apnée du sommeil non traité.

Conclusion

La chronicisation du TSPT provoque une aggravation de la symptomatologie diurne et nocturne avec un retentissement important sur le sommeil (19). Cela impacte la qualité de vie des patients militaires. Au regard de l'évaluation des besoins, les patients ont rapporté un vif intérêt de besoin de compréhension du sommeil, du lien au TSPT et d'approches corporelles qui pourraient les aider à mieux vivre avec leurs symptômes. Nous avons donc pensé un programme adapté, répondant à leurs besoins, qui tient compte à la fois de la particularité individuelle et de la dynamique de groupe, une des spécificités du milieu militaire.

La richesse de la diversité des professionnels sur ce travail amène à une dynamique au sein des services de psychiatrie de deux HIA. Il permet également de penser la singularité du premier programme en France ciblant le sommeil des militaires souffrant de TSPT. À ce jour, une dizaine de patients ont bénéficié du programme. D'autres sessions sont prévues au cours des prochains mois, l'amélioration du programme se poursuit.

Les personnels paramédicaux se sont impliqués à chaque étape de la construction du programme et dans sa mise en place. Cette dynamique permet non seulement de renforcer mais aussi de valoriser le travail de l'équipe paramédicale qui, en proximité, accompagne quotidiennement ces patients.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble du personnel de psychiatrie des Hôpitaux d'Instruction des Armées de Bégin et de Percy pour leur investissement dans ce projet.

Nous sommes particulièrement reconnaissant envers Julien Bouix pour son implication dans la relecture et la mise en forme de cet article.

Remerciements au linguiste relecteur : Antoine Garnier.

Références bibliographiques

1. Saguin E. Sommeil et état de stress post-traumatique : intrications cliniques et perspectives thérapeutiques. Revue Défense Nationale. 2022 ;(Hors-Série 1) :43-49. doi : 10.3917/rdna.hs07.0043.

2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM 5. 5e éd. Washington (DC) : American Psychiatric Publishing ; 2013.

3. Pigeon W, Campbell C, Possemato K, Ouimette P. Longitudinal relationships of insomnia, nightmares, and PTSD severity in recent combat veterans. J Psychosom Res. 2013 ;75(6) :546-50. doi : 10.1016/j.jpsychores.2013.09.004.

4. Hulot L.-J., Roseau J.-B., Gomez-Merino D., Chennaoui M., Saguin E. Clinical description of sleep and trauma-related nightmares in a population of French active-duty members and veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. L'Encéphale. 2022 ;[In press]. doi : 10.1016/j.encep. 2022.10.002.

5. Saguin E, Gomez-Merino D, Sauvet F, Léger D. Chennaoui M. Sleep in PTSD in the Military Forces : A Reciprocal Relationship and a Psychiatric Approach. Brain Sciences. 2021 ;11(10) :1310. doi : 10.3390/brainsci11101310.

6. Spoormaker V, Montgomery P. Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder : secondary symptom or core feature ? Sleep Med Rev. 2008 ;12(3) :169-84. doi : 10.1016/j.smrv.2007.08.008.

7. Pillar G, Malhotra A, Lavie P. Post-traumatic stress disorder and sleep – what a nightmare ! Sleep Med Rev. 2000 ;4(3) :183-200. doi : 10.1053/smrv.1999.0095.

8. Dagneaux S. Éduquer le patient. Dans : Dagneaux S, directeur. Prendre en charge l'insomnie par les TCC. 2e éd. Paris (FR) : Dunod ; 2021 :146-65.

9. Harb G, Cook J, Phelps A, Gehrman P, Forbes D, Localio R. *et al.* Randomized Controlled Trial of Imagery Rehearsal for Posttraumatic Nightmares in Combat Veterans. J Clin Sleep Med. 2019 ;15(5) :757-767. doi : 10.5664/jcsm.7770.

10. Stern E, Maruani J, Geoffroy P-A. Traitement des cauchemars par la thérapie par répétition d'imagerie mentale (ou RIM) : mise en pratique. Médecine du sommeil. 2022 ;19(2) ;101-9. doi.org/10.1016/j.msom.2022.01.191.

11. Alexander W. Pharmacotherapy for Post-traumatic Stress Disorder In Combat Veterans : Focus on Antidepressants and Atypical Antipsychotic Agents. Pharmacy & Therapeutics : a peer-reviewed journal for formulary management, 2012 ;37(1),32-38.

12. Cushing R, Braun K, Alden C-Iayt S, Katz A. Military-Tailored Yoga for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder Yoga. Mil Med. 2018 ;183(5-6) :e223-e231. doi : 10.1093/milmed/usx071.

13. Morin C, Hauri P, Espie C, Spielman A, Buysse D, Bootzin R. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. Sleep Med Rev. 1999 ;22(8) :1134-56. doi : 10.1093/sleep/22.8.1134.

14. Briole G. L'événement traumatique, Mental : Revue internationale de Santé mentale et psychanalyse appliquée. 1996 ;(1) :105-19.

15. HAS [En ligne]. Paris (FR) : Haute Autorité de santé ; 2014. Éducation thérapeutique du patient (ETP) ; [environ 5 écrans]. Disponible :http://archive.today/2023.06.12-205701/https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp.

16. Remadi. M. Evaluation of sleep and therapeutic education needs of military with PTSD. L'Encephale. 2023. doi :10.1016/j.encep. 2023.01.004.

17. Remadi M, Dinis S, Bernard L, Defontaine D, Boussaud M, Chennaoui M. *et al.* Création d'un programme d'éducation thérapeutique patient (ETP) ciblant les troubles du sommeil chez les militaires souffrant d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Médecine du sommeil. 2023 ;20(1) :23. doi : 10.1016/j.msom.2023.01.011.

18. Servant D. Relaxation et méditation : Approches et pratiques actuelles. Issy-les-Moulineaux (FR) : Elsevier Masson, 2021.

19. HAS [En ligne]. Paris (FR) : Haute Autorité de santé ; 2007. Recommandation de bonne pratique : Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale ; [environ 7 écrans]. Disponible : http://archive.today/2023.06.12-211128/https://www.has-sante.fr/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale.