

Troubles du sommeil et dépression

Prise en charge de la somnolence diurne excessive en 2026
Quelle place pour le psychiatre?

DR ÉRIC HENSGEN

Déclaration des conflits d'intérêts

L'intervenant déclare qu'il a été sollicité par le laboratoire Bioprojet pour cette intervention et y intervenir en tant que Praticien Hospitalier - Psychiatre

L'auteur déclare avoir participé à des interventions ponctuelles (conférences, colloques) pour les entreprises :

- Bristol-Myers Squibb
- Lilly
- Lundbeck
- Janssen – Johnson & Johnson
- Sanofi-Synthélabo
- Boehringer-Ingelheim
- Otsuka
- Astrazeneca
- Eisai
- Ethypharm
- Idorsia
- Ménarini

Le sommeil dans la mythologie grecque

le sommeil et la mort sont deux états qui se ressemblent en apparence, mais qui se distinguent par leur rapport à la vie



NYX la déesse de la nuit

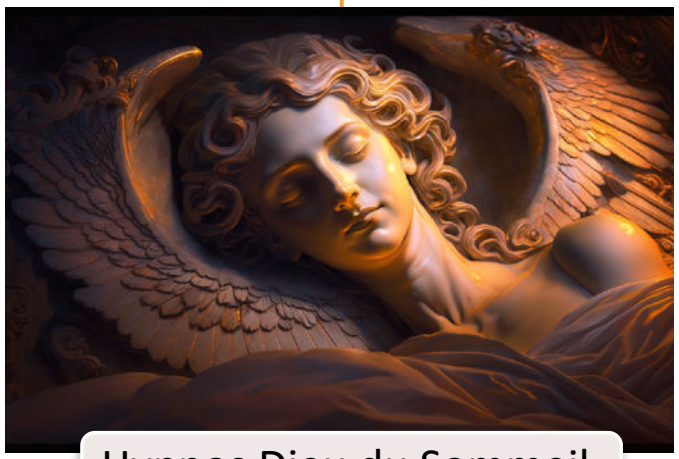


Érèbe divinité des ténèbres et de l'enfer

Métaphores

« Le SOMMEIL – la petite mort »

« MORT - Le repos éternel »



Hypnos Dieu du Sommeil

FRÈRES



Thanatos Dieu de la mort

Parmi ses légendes, Hypnos est célèbre pour avoir trompé Zeus à deux reprises, démontrant que le sommeil est un pouvoir qui échappe à toute hiérarchie divine

Le nom d'Hypnos a inspiré des termes modernes liés au sommeil et à la transe, comme hypnose, hypnothérapie

Ses enfants, comme **Morphée**, Phobétor et Phantasos, gouvernent les rêves humains, des songes doux aux cauchemars



1. Geoffroy PA. La nuit vous appartient. Dormir mieux pour vivre plus. Ed. Robert Laffont – 2026
2. Brion A. Une brève histoire du sommeil in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 3 - 9.

Vrais et faux « petits dormeurs » célèbres



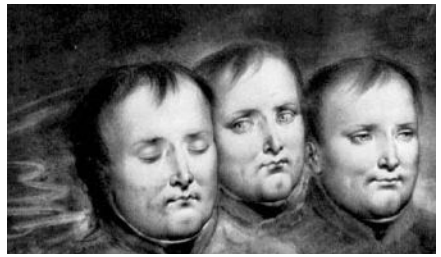




Kafka, Proust et Hugo… petits dormeurs?[1]

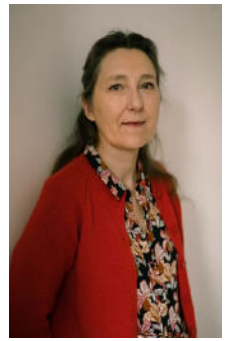
Napoléon Bonaparte[1]

- ✓ Nuits de 3 à 5 heures
- ✓ Théorie personnelle du temps de sommeil
  - 6 heures pour les hommes
  - 7 heures pour les femmes
  - 8 heures pour les imbéciles
- ✓ Somnolence diurne excessive
- ✓ Endormi pendant l'évacuation de Leipzig
- ✓ Erreurs de jugement
- ✓ Mauvaises décisions
- ✓ Souffrait probablement de SAHOS









« J'ai perdu le sommeil. Je me suis retournée sur mes pas et il ne me suivait plus. Il s'était détaché de moi, et j'errais sans lui dans la nuit. »

1. Geoffroy PA. La nuit vous appartient. Dormir mieux pour vivre plus. Ed. Robert Laffont – 2026
2. https://dr-kamami-orl-paris.fr/content/si-napol%C3%A9on-navait-pas-eu-dapn%C3%A9e-du-sommeil-toute-la-face-du-monde-aurait-%C3%A9t%C3%A9-chang%C3%A9e

Dépression et trouble du sommeil



15,6 % des adultes âgés de 18 à 79 ans ont présenté un épisode dépressif en 2024[1]

Plus d'1/3 des Français ne sont pas satisfaits par la qualité de leur sommeil
Plus de 8 Français sur 10 sont concernés par les réveils nocturnes[5]

Les altérations du sommeil et du rythme circadien sont présentes chez presque tous les patients au cours d'un épisode dépressif.

Ils sont à la fois cause et conséquence avec des relations complexes et multidirectionnelles[2]

L'insomnie comme l'hyper somnolence sont associés à des comportements suicidaires[3]

Près de 50% des personnes présentant une insomnie ont également des symptômes de dépression[4]

1. Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. Santé Publique France – Etudes et enquêtes, Dec. 2025
2. Maruani J, Geoffroy PA. Troubles de l'humeur et sommeil in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 133-145.
3. Geoffroy PA. La nuit vous appartient. Dormir mieux pour vivre plus. Ed. Robert Laffont – 2026
4. Jean-François Costemale-Lacoste. Rôle central de l'insomnie dans la dépression caractérisée: lien avec les polymorphismes de GSK3B et le métabolisme glucido-lipidique. Neurosciences [q-bio.NC].Université Sorbonne Paris Cité, 2019. Français. NNT: 2019USPCB013 tel-03847999
5. Sondage Opinion Way pour INSV – enquête sommeil 2023

De l'importance de l'étude des troubles veille/ sommeil dans la dépression

Les troubles du sommeil font partie des critères diagnostics de dépression[2]

5 Symptômes

2 Semaines

1. **Humeur dépressive**
2. **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir**
3. **Perte de poids**
4. **Insomnie** ou **hypersomnie**
5. **Agitation** ou **ralentissement psychomoteur**
6. **Fatigue**
7. **Sentiment de dévalorisation**
8. **Diminution de l'aptitude à penser**
9. **Pensées de mort récurrentes**

Au moins un de ces symptômes est (1) une humeur dépressive ou (2) une perte d'intérêt ou de plaisir

Le réveil précoce est un symptôme caractéristique du trouble dépressif[3]

Une insomnie de fin de nuit est présente jusque dans 88% des cas de dépression[3]

48 % de plainte de somnolence rapportée lors d'un épisode dépressif caractérisé[4]

90% des personnes dépressives sont touchées par des troubles du sommeil[5]

Les **insomnies** affectent 85% des patients souffrant de **dépression** et **persistent** chez la moitié d'entre eux pendant la rémission[1]

Les **hypersomnies** touchent :

- 40% des jeunes patients déprimés
- 10% des personnes âgées déprimés[2]



30% cumulent les deux[5]

1. Maruani J, Geoffroy PA. Troubles de l'humeur et sommeil in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 133-145.
2. DSM-5. Critères Diagnostiques. American Psychiatric Association. Elsevier Masson. P86-88, 2016.
3. Coelho J, Samalin L, Yrondi A, Iftimovici A, Philip P, Micoulaud-Franchi JA. La santé du sommeil comme marqueur et cible d'intervention dans les troubles psychiatriques [Sleep health as a marker and target for health interventions in psychiatric disorders]. Med Sci (Paris). 2025 May;41(5):477-489. French.
4. Barateau L, et al.I. Guidelines for the assessment and management of residual sleepiness in obstructive apnea-hypopnea syndrome: Endorsed by the French Sleep Research and Medicine Society (SFRMS) and the French Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF). Respir Med Res. 2024 Nov;86:101105.
5. Geoffroy PA, Hoertel N, Etain B, Bellivier F, Delorme R, Limosin F, Peyre H. Insomnia and hypersomnia in major depressive episode: Prevalence, sociodemographic characteristics and psychiatric comorbidity in a population-based study. J Affect Disord. 2018 Jan 15;226:132-141.

Les conséquences de la dépression…aggravées par l'insomnie

Non-observance des soins et des traitements somatiques[3,4]

Risque accru de **problèmes de santé** physiques telles que les maladies cardiovasculaires[5]

Conséquences d'une dépression non traitée ou résistante[1]

Altération de la **qualité de vie** et de la productivité[2]

Risque augmenté de **suicide**[6]

Probabilité accrue de développer des troubles **addictifs**[2]

1. **Vallury KD, Jones M, Oosterbroek C. Computerized Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression in Rural Areas: A Systematic Review. J Med Internet Res. 2015 Jun 5;17(6):e139.**
2. Gilman SE, Abraham HD. A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. Drug Alcohol Depend. 2001 Aug 1;63(3):277–286.
3. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Arch Intern Med. 2000 Jul 24;160(14):2101–2107.
4. Rieckmann N, Gerin W, Kronish IM, Burg MM, Chaplin WF, Kong G, Lespérance F, Davidson KW. Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes: an electronic medication monitoring study. J Am Coll Cardiol. 2006 Dec 5;48(11):2218–2222. doi: 10.1016/j.jacc.2006.07.063. http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735-1097(06)02344-8.
5. Nemeroff CB, Goldschmidt-Clermont PJ. Heartache and heartbreak--the link between depression and cardiovascular disease. Nat Rev Cardiol. 2012 Sep;9(9):526–539.
6. Stack SJ. The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. Mental illness and suicide: pp. 1618–1623.

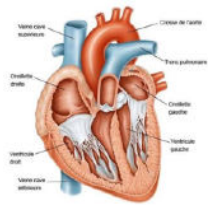
Maladie psychiatrique, troubles du sommeil et mortalité

Troubles psychiatriques[1]

Risque de mortalité prématurée

X2

Diminution de l'espérance de vie de 15 à 20 ans



67% de cette mortalité précoce est due à des comorbidités non psychiatriques[1]

Principalement des maladies cardio-vasculaires

L'insomnie est associée à la **sévérité de la dépression** dont troubles d'usage de substances, de prise de poids, de syndrome métabolique et de maladies cardiovasculaires [1]

Le SAOS peut jouer un rôle significatif dans la morbidité et la mortalité cardiovasculaires en association avec les troubles psychiatriques[2]

Le traitement par PPC réduit ce risque[2]

L'hyper somnolence, la somnolence diurne, augmentent la morbi-mortalité cardiovasculaire (HTA, diabète, infarctus du myocarde)[3]

\+

Chez des patients victimes d'un **infarctus du myocarde**[4] suivis pendant 48 mois, un score ESS ⩾ 11 était associé à un risque plus élevé d'événements cardiaques majeurs et de récidive d'infarctus (HR 2,15 [IC à 95 % : 1,08–4,18]).

1. Maruani J. Sommeil et santé globale in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 538-544
2. Kelly Guichard. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil et troubles de l'humeur, liens bidirectionnels. Médecine humaine et pathologie. 2017
3. Bazin B. Hypersomnolences d'origine psychiatrique : neurobiologie et physiopathologie in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 59-70.
4. Craig S, et al. Investigation and management of residual sleepiness in CPAP-treated patients with obstructive sleep apnoea: the European view. Eur Respir Rev. 2022 May 25;31(164):210230.

Facteurs associés à la résistance au traitement antidépresseur

Seuls 30 à 40% des patients atteignent une rémission considérée comme complète[7]



Comorbidités psychiatriques[1]

- Troubles anxieux
- Troubles liés à l'utilisation d'une substance
- Troubles de la personnalité

Hypersomnie[5]

Le syndrome d'apnée du sommeil[6]

MEDICAMENTS[3]

Corticoïdes – anti HTA

HYPOTHYROIDIE

Pathologies non diagnostiquées ou mal traitées

Diabète, maladies coronariennes, infection HIV, cancers
douleurs chroniques, contexte inflammatoire[4]

- Un antécédent de résistance au traitement dans la **famille**
- **Vulnérabilité sociale** : chômage, divorce, veuvage[4]

Absence de traitement = ↑ altérations structurales et fonctionnelles dans certaines régions cérébrales
(hippocampe, cortex cingulaire antérieur, etc.)[3]

Le **délai d'instauration** du traitement et la durée de l'épisode en cours ont donc un impact : une dépression traitée tardivement, ou évoluant sans rémission symptomatique depuis plus de deux ans, est souvent de mauvais pronostic

1. Gayetot D et al. "Quand la dépression n'en finit pas... " Stratégies actuelles et perspectives thérapeutiques de la dépression résistante. Rev Med Liege. 2007 Feb;62(2):103-11. 2. Kornstein SG et al. Clinical features of treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 16:18-25. 3. Baud P. Facteurs de risque et conséquences socioprofessionnelles des dépressions chroniques et/ou résistantes. Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1802-5 4. Baig-Ward KM et al. The Individual and Societal Burden of Treatment-Resistant Depression: An Overview. Psychiatr Clin North Am. 2023 Jun;46(2):211-226. 5. Maruani J et al. Troubles de l'humeur et sommeil in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 133-145. 6. Waterman L et al. Self-reported obstructive sleep apnea is associated with nonresponse to antidepressant pharmacotherapy in late-life depression. Depress Anxiety. 2016 Dec;33(12):1107-1113. 7. Greden JF. The burden of disease for treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 16:26

Incidence des troubles du sommeil sur le déroulé de la dépression

L'insomnie est associée à la **sévérité de la dépression**[1]

- ✓ Hyperréactivité **émotionnelle**
- ✓ Déficits **fonctionnels** et **cognitifs** plus importants
- ✓ Davantage de troubles **d'usage de substances**, de prise de poids, de syndrome métabolique et de maladies cardiovasculaires
- ✓ Impulsivité émotionnelle et **risque suicidaire** accru

→ ↑ rechutes
↑ récidives
↑ résistance au traitement[2]



INSOMNIE ----------→

Signe **précoce** fréquent — Episode dépressif — Un des **symptômes résiduels** les plus fréquents[1]

Un insomniaque a trois plus de chance de souffrir de dépression qu'un bon dormeur[3]

Près **d'un patient sur deux** en rémission continue de souffrir de troubles du sommeil[4]

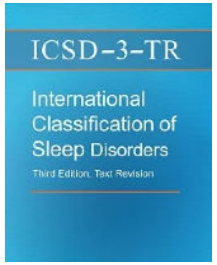
Une relation bidirectionnelle

Insomnie ⟷ cause et conséquence ⟷ Dépression[1]

1. Maruani J, Geoffroy PA. Troubles de l'humeur et sommeil in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 133-145.
2. Waterman L, et al. Self-reported obstructive sleep apnea is associated with nonresponse to antidepressant pharmacotherapy in late-life depression. Depress Anxiety. 2016 Dec;33(12):1107-1113.
3. Coelho J, Samalin L, Yrondi A, Iftimovici A, Philip P, Micoulaud-Franchi JA. La santé du sommeil comme marqueur et cible d'intervention dans les troubles psychiatriques [Sleep health as a marker and target for health interventions in psychiatric disorders]. Med Sci (Paris). 2025 May;41(5):477-489. French.
4. Roth T. Comorbid insomnia: current directions and future challenges. Am J Manag Care. 2009 Feb;15 Suppl:S6-13. PMID: 19298104.

Etiologies de la somnolence diurne excessive[1-3]

SDE = somnolence diurne excessive



La Classification Internationale des Troubles du Sommeil (ICSD-3-TR) définit la SDE comme **l'incapacité à rester éveillé et alerte pendant la journée**, ce qui entraîne des périodes de besoin irrépressible de sommeil ou des épisodes involontaires de somnolence ou de sommeil[2]

Recommandations[2] *SFRMS = Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil*

L'HAD et la PHQ-4 ont une sensibilité et une spécificité autour de 80 %, très satisfaisante pour les troubles anxieux et les troubles dépressifs







6 grands cadres étiologiques sont à évoquer[2]

1. La **dette de sommeil chronique**
2. Causes iatrogènes ou toxiques:
   psychotropes
3. Causes psychiatriques:
   Dépression
   et toutes les pathologies psychiatriques
4. Pathologies du sommeil de nuit:
   SAHOS – Syndrome des jambes sans repos - insomnie
5. Hypersomnolences d'origine centrale:
   narcolepsie – démence – Parkinson – SEP…
   Hypersomnie idiopathique
6. Pathologies diverses :
   Diabète
   Hypothyroïdie
   IR –IH – Cancer…

1. Craig S, Pépin JL, Randerath W, Caussé C, Verbraecken J, Asin J, Barbé F, Bonsignore MR. Investigation and management of residual sleepiness in CPAP-treated patients with obstructive sleep apnoea: the European view. Eur Respir Rev. 2022 May 25;31(164):210250.
2. Barateau L, et al.I. Guidelines for the assessment and management of residual sleepiness in obstructive apnea-hypopnea syndrome: Endorsed by the French Sleep Research and Medicine Society (SFRMS) and the French Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF). Respir Med Res. 2024 Nov;86:101105.
3. Christodoulou N. Prise en charge de l'hypersomnolence in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 391-402

Echelles de dépistage des pathologies dépressives ou anxieuses: HAD

L'échelle HAD a été construite pour dépister les troubles anxieux et dépressifs, et spécifiquement pour être peu confondante avec les symptômes de fatigue, de somnolence ou d'insomnie[1]

Il s'agit d'un outil de dépistage utile en médecine du sommeil

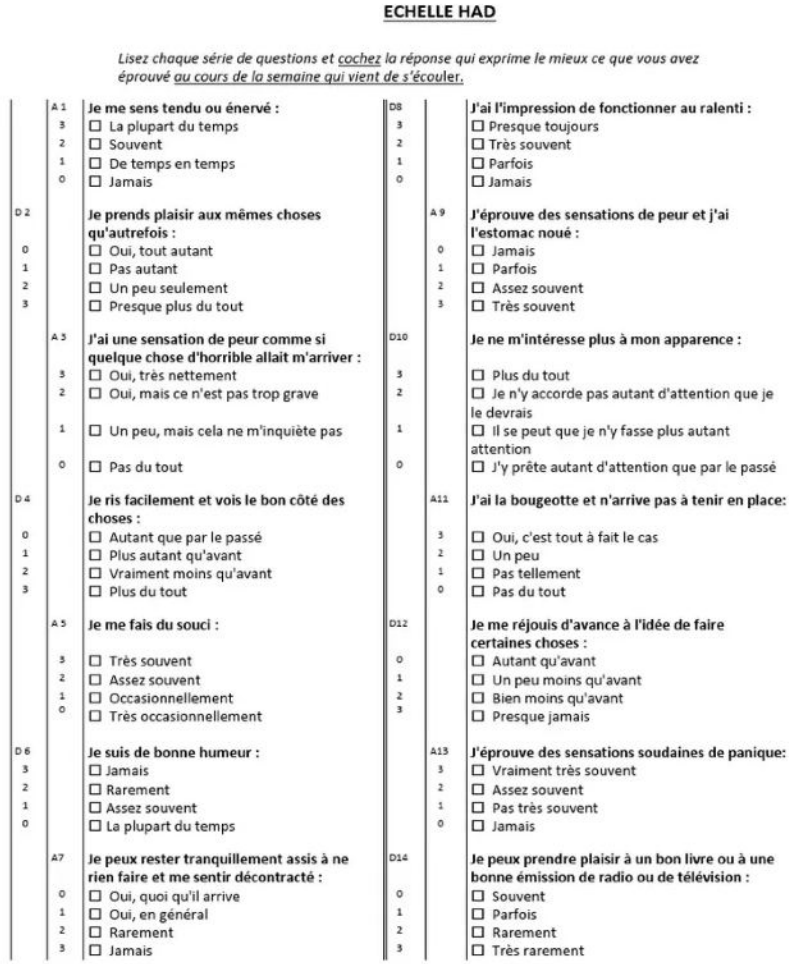
Chaque item est évalué par le patient de 0 à 3

7 items pour l'anxiété (total A)

7 pour la dépression (total D)

SEUILS

- < 8 : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie subclinique (légère)
- > 10 : symptomatologie cliniquement significative devant conduire à une évaluation diagnostique psychiatrique



ECHELLE HAD

Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

	A 1	**Je me sens tendu ou énervé :**	D8		**J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**
	3	☐ La plupart du temps	3		☐ Presque toujours
	2	☐ Souvent	2		☐ Très souvent
	1	☐ De temps en temps	1		☐ Parfois
	0	☐ Jamais	0		☐ Jamais
D 2		**Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :**		A 9	**J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :**
0		☐ Oui, tout autant		0	☐ Jamais
1		☐ Pas autant		1	☐ Parfois
2		☐ Un peu seulement		2	☐ Assez souvent
3		☐ Presque plus du tout		3	☐ Très souvent
	A 3	**J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :**	D10		**Je ne m'intéresse plus à mon apparence :**
	3	☐ Oui, très nettement	3		☐ Plus du tout
	2	☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave	2		☐ Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
	1	☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1		☐ Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
	0	☐ Pas du tout	0		☐ J'y prête autant d'attention que par le passé
D 4		**Je ris facilement et vois le bon côté des choses :**		A11	**J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place:**
0		☐ Autant que par le passé		3	☐ Oui, c'est tout à fait le cas
1		☐ Plus autant qu'avant		2	☐ Un peu
2		☐ Vraiment moins qu'avant		1	☐ Pas tellement
3		☐ Plus du tout		0	☐ Pas du tout
	A 5	**Je me fais du souci :**	D12		**Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :**
	3	☐ Très souvent	0		☐ Autant qu'avant
	2	☐ Assez souvent	1		☐ Un peu moins qu'avant
	1	☐ Occasionnellement	2		☐ Bien moins qu'avant
	0	☐ Très occasionnellement	3		☐ Presque jamais
D 6		**Je suis de bonne humeur :**		A13	**J'éprouve des sensations soudaines de panique:**
3		☐ Jamais		3	☐ Vraiment très souvent
2		☐ Rarement		2	☐ Assez souvent
1		☐ Assez souvent		1	☐ Pas très souvent
0		☐ La plupart du temps		0	☐ Jamais
	A7	**Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :**	D14		**Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :**
0		☐ Oui, quoi qu'il arrive	0		☐ Souvent
1		☐ Oui, en général	1		☐ Parfois
2		☐ Rarement	2		☐ Rarement
3		☐ Jamais	3		☐ Très rarement

1. Barateau L, et al.I. Guidelines for the assessment and management of residual sleepiness in obstructive apnea-hypopnea syndrome: Endorsed by the French Sleep Research and Medicine Society (SFRMS) and the French Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF). Respir Med Res. 2024 Nov;86:101105.

Echelles de dépistage des pathologies dépressives ou anxieuses : PHQ-4

L'échelle PHQ-4 est un outil très court de dépistage psychiatrique pour le trouble anxieux généralisé et le trouble dépressif[1]

Il regroupe des items de l'échelle GAD-7 (dépistage du trouble anxieux généralisé) et PHQ-9 (dépistage du trouble dépressif).

Chaque item est évalué par le patient de 0 à 3

2 items pour l'anxiété
2 pour la dépression

SEUILS

un score > 2 suggère un trouble anxieux généralisé ou un trouble dépressif

1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension

Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié des jours | Presque tous les jours

2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes

Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié des jours | Presque tous les jours

3. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses

Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié des jours | Presque tous les jours

4. Sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir

Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié des jours | Presque tous les jours

1. Barateau L, et al.I. Guidelines for the assessment and management of residual sleepiness in obstructive apnea-hypopnea syndrome: Endorsed by the French Sleep Research and Medicine Society (SFRMS) and the French Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF). Respir Med Res. 2024 Nov;86:101105.

Effets des psychotropes et des toxiques sur la vigilance

1. Les **médicaments sédatifs** (psychotropes, opioïdes)
2. Les **toxiques** (alcool, cannabis) sont pourvoyeurs de somnolence
3. Le **sevrage** (ou la consommation irrégulière) en traitement et substances éveillantes (caféine, nicotine, corticoïdes)[1]



Classe	Molécule	Effets sur la vigilance
antidépresseur		
IRS	fluoxétine, citalopram, escitalopram, paroxétine, sertraline	Neutre ou éveillant (+)
IRSNa	venlafaxine, duloxétine	Neutre ou éveillant (+)
Tricycliques	clomipramine, amitriptyline, imipramine	Sédatif (++)
tétracycliques	miansérine, mirtazapine	Sédatif (++)
Antipsychotiques	loxapine, quétiapine, halopéridol, rispéridone	Sédatif (++)
Benzodiazépines	diazépam, lorazépam, alprazolam, clonazépam,	Sédatif (+++)
Z-drugs	zopiclone, zolpidem	Sédatif (+++)

Exception pour la **paroxétine**, peut être légèrement sédative

La maladie **dépressive** peut induire une somnolence du fait de la **pathologie** elle-même mais aussi via les **traitements médicamenteux** utilisés[2]

Exception pour certains **antipsychotiques de 2ème génération** : **amisulpride** et **aripiprazole** peuvent être neutre ou légèrement éveillants

Il n'est pas recommandé de co-prescrire un traitement éveillant et un traitement avec un effet sédatif, dans la plupart des cas[1]

1. Barateau L, et al.I. Guidelines for the assessment and management of residual sleepiness in obstructive apnea-hypopnea syndrome: Endorsed by the French Sleep Research and Medicine Society (SFRMS) and the French Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF). Respir Med Res. 2024 Nov;86:101105.
2. Craig S, Pépin JL, Randerath W, Caussé C, Verbraecken J, Asin J, Barbé F, Bonsignore MR. Investigation and management of residual sleepiness in CPAP-treated patients with obstructive sleep apnoea: the European view. Eur Respir Rev. 2022 May 25;31(164):210230.

Enjeux diagnostiques et thérapeutiques du SAHOS en psychiatrie

Le **diagnostic** de SAHOS chez un sujet présentant une pathologie psychiatrique pose des questions spécifiques



La somnolence est souvent évoquée mais aussi banalisée (refuge?)[1]

<u>Un certain nombre de symptômes sont communs aux deux pathologies</u> :
troubles cognitifs et thymiques pouvant compromettre le repérage[1]

Le diagnostic impose une adaptation des traitements psychotropes[3]

Les **enjeux thérapeutiques** du SAHOS en psychiatrie sont multiples

Il faut limiter la somnolence diurne

Cela va permettre d'améliorer l'activité physique et l'estime de soi

<u>Objectif secondaire</u> :
une diminution des pathologies cardio-vasculaires et métaboliques fréquentes dans ces populations

Favoriser l'efficacité des antidépresseurs tout en diminuant les troubles thymiques[1]

Un traitement par pression positive durant 2 mois peut améliorer les scores de dépression chez des patients avec symptômes résiduels sous antidépresseur[2]

1. Frija J, d'Ortho MP. Liens entre pathologies respiratoires du sommeil et troubles psychiatriques in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 301-309.
2. Habukawa M, et al. Effect of CPAP treatment on residual depressive symptoms in patients with major depression and coexisting sleep apnea: Contribution of daytime sleepiness to residual depressive symptoms. Sleep Med. 2010 Jun;11(6):552-7.
3. Barateau L, et al.I. Guidelines for the assessment and management of residual sleepiness in obstructive apnea-hypopnea syndrome: Endorsed by the French Sleep Research and Medicine Society (SFRMS) and the French Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF). Respir Med Res. 2024 Nov;86:101105.

Présence d'un SAHOS chez les patients souffrant de dépression



Association importante en cas de dépression[1]

Femmes OR=5,2
(IC à 95% : 2,7 – 9,9)

Hommes OR=2,4
(IC à 95% : 1,5 – 3,6)



Pop. française

20% max



Bipolaires

24,5%



Déprimés

36,3%

Prévalence du SAHOS[1]

Augmentation du risque de TT pour dépression dans les 5 ans précédant le diagnostic de SAHOS

J0
TT antidépresseur

5 ans
Diagnostic de SAHOS

Probable relation bidirectionnelle[1]

Dans une étude de cohorte (N= 358 853 patients déprimés) on retrouve une prévalence de 19,8% de SAHOS

(IC à 95% : 2,5 – 70,0 %)



Certaines études retrouvent la présence d'un SAHOS chez plus d'un patient déprimé sur deux[2]

La dépression est le **meilleur prédicteur de la qualité de sommeil** dans le SAHOS

R=0,55, p<0,0001

1. Frija J, d'Ortho MP. Liens entre pathologies respiratoires du sommeil et troubles psychiatriques in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 301-309.
2. Kelly Guichard. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil et troubles de l'humeur, liens bidirectionnels. Médecine humaine et pathologie. 2017.

De la dépression aux apnées du sommeil

1. <u>Manque de sérotonine</u> : réduirait le diamètre des voies aériennes supérieures

   L'administration d'un ISRS serait efficace sur le calibre des VAS



2. <u>Consommation d'alcool et de tabac fréquente dans la dépression</u> :

   → Effet myorelaxant

3. <u>Obésité</u> : IMC plus élevé chez les déprimés
   4 X plus que la population générale

4. <u>Traitements médicamenteux</u> : utilisés dans la prise en charge de l'épisode dépressif peuvent entraîner une **myorelaxation** (benzodiazépines). De plus les **neuroleptiques** entraînent une sédation et donc une capacité d'éveil moins importante que celle d'un sujet sans traitement. Cette sédation a pour effet d'accentuer et d'allonger les apnées. L'effet des **antidépresseurs** peut être lié à la prise de poids.

1. Hugo Serra. L'interdépendance entre le sommeil et l'épisode dépressif. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04237682
2. Kelly Guichard. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil et troubles de l'humeur, liens bidirectionnels. Médecine humaine et pathologie. 2017.
3. https://www.cochrane.org/fr/evidence/CD003002_drug-therapy-obstructive-sleep-apnoea-adults

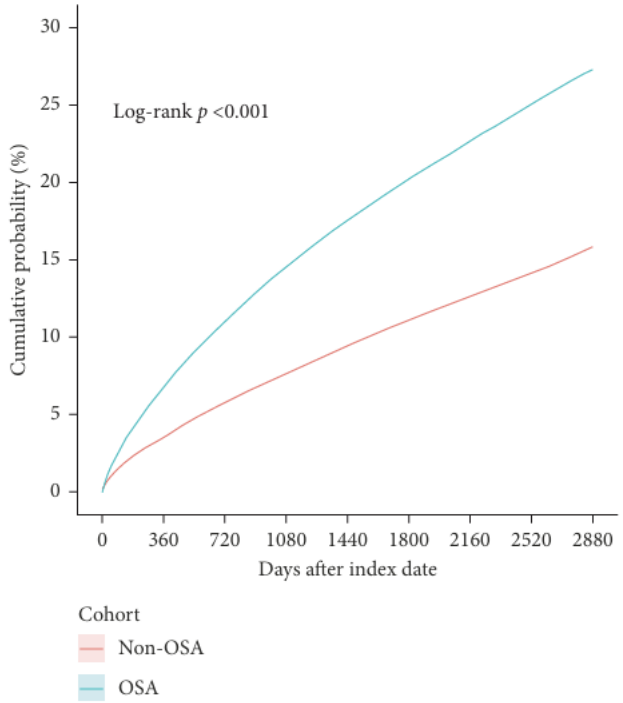
Prévalence de la dépression dans le SAHOS

- **Population :** 2 380 986 patients présentant un SAHOS.
- **13 études** ont été retenues pour analyser la prévalence des troubles de l'humeur.
- **Prévalence du trouble dépressif caractérisé (MDD) chez les patients SAHOS : 17 %**
- IC95 % : **9–30 %**

Journal of Clinical Medicine

environ 1 patient sur 6 ayant un SAHOS présente un trouble dépressif caractérisé, selon cette méta-analyse[1]

65% des patients souffrant de SAHOS ont une comorbidité psychiatrique[3]



The risk of psychiatric disorders between OSA and non-OSA patients: depressive disorders[3]

COHORTE

Etude de cohorte nationale: N=103 785 patients avec SAHOS, appariés à 103 785 témoins

Les patients SAHOS ont un risque significativement supérieur de développer un trouble dépressif. OR ajusté = 1,62 (IC95 % : 1,60–1,63)[2]

Suivi de 8 ans - Cohorte de 360 708 patients SAHOS appariés à 360 708 témoins

Dépression : 27,4 % chez les patients SAHOS contre 15,8 % chez les témoins (HR = 1,913)

Le risque de développer un trouble dépressif est pratiquement doublé chez les patients souffrant de SAHOS[3]

1. Yeşiloğlu B, et al. Mood Disorders and Obstructive Sleep Apnea: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2026 Jul 13;15(14):5478.
2. Um YH, et al. Sex and age-related differences of the mental health risk in obstructive sleep apnea: A nationwide population-based cohort study. J Psychosom Res. 2025 Mar;190:112064.
3. Kao CY, Huang TH, Kao CH, Huang JY, Kao CT, Hsieh YH. The Population Based Risk of Obstructive Sleep Apnea and Psychiatric Conditions. Depress Anxiety. 2025 Nov 11;2025:4329208.

Quand le SAHOS conduit à la dépression : divers mécanismes sont impliqués

Les mécanismes par lesquels le SAHOS contribue aux troubles psychiatriques sont probablement multiples, impliquant des réponses neuro-inflammatoires et le stress oxydatif induits par l'hypoxie intermittente[1]

Diverses voies d'altération de l'humeur

- La **fragmentation du sommeil perturbe l'architecture du sommeil**[1]
  (sommeil profond réparateur et sommeil paradoxal essentiels à la régulation émotionnelle)
- Effets négatifs sur les **fonctions cognitives** (attention, fonctions exécutives et mémoire) centrales pour la santé mentale[1]
- La perte chronique de sommeil, l'hypoxie intermittente et les **dommages neuronaux entrainent ↓ capacité à gérer le stress** → irritabilité, anxiété accrue et instabilité émotionnelle[1]
- La **fatigue** persistante ↑ sentiments d'impuissance et de désespoir, signes typiques de la dépression[1]
- L'interférence avec les activités quotidiennes peut entraîner un **retrait social** et une baisse de performance au travail, aggravant les difficultés de santé mentale[1]



Présenter une pathologie chronique qui entraine somnolence, manque d'énergie, irritabilité, baisse de la qualité de vie fait le lit de la dépression[2]

1. Kao CY, Huang TH, Kao CH, Huang JY, Kao CT, Hsieh YH. The Population Based Risk of Obstructive Sleep Apnea and Psychiatric Conditions. Depress Anxiety. 2025 Nov 11;2025:4329208.
2. Kelly Guichard. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil et troubles de l'humeur, liens bidirectionnels. Médecine humaine et pathologie. 2017.

Apnée du sommeil et somnolence diurne excessive[1-4]

Une SDE est plus fréquente en cas de
syndrome dépressif concomitant

La pression positive continue des voies aériennes (PPC) peut résoudre la somnolence diurne

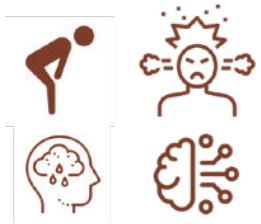
Une somnolence diurne excessive résiduelle (SDER*) persiste chez jusqu'à un **patient sur deux**

La SDER compromet la qualité de vie globale, la sécurité, la performance au travail et favorise les pathologies somatiques

Il existe des **traitements médicamenteux** de la somnolence diurne excessive

La somnolence diurne excessive (SDE) s'accompagne souvent de:

- ✓ Fatigue
- ✓ Troubles de l'attention et de la vigilance
- ✓ Irritabilité
- ✓ Symptômes dépressifs







Les traitements éveillants:

- ✓ 2 traitements *éveillants* ont une AMM
- ✓ Le pitolisant et le solriamfetol ont des mécanismes d'action différents

1. Caratozzolo D, et al. Pitolisant Improves Depressive Symptoms in CPAP-Treated Patients with Obstructive Sleep Apnea and Severe Residual Sleepiness: First 12-Month Clinical Experience. CNS Drugs. 2026 Apr;40(4):597-600.
2. Pépin JL, et al; HAROSA I Study Group. Pitolisant for Residual Excessive Daytime Sleepiness in OSA Patients Adhering to CPAP: A Randomized Trial. Chest. 2021 Apr;159(4):1598-1609.
3. Dauvilliers Y, et al HAROSA II Study Group collaborators. Pitolisant for Daytime Sleepiness in Patients with Obstructive Sleep Apnea Who Refuse Continuous Positive Airway Pressure Treatment. A Randomized Trial. Am J Respir Crit Care Med. 2020 May 1;201(9):1135-1145.
4. Barateau L, et al.I. Guidelines for the assessment and management of residual sleepiness in obstructive apnea-hypopnea syndrome: Endorsed by the French Sleep Research and Medicine Society (SFRMS) and the French Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF). Respir Med Res. 2024 Nov;86:101105.

Dépression et somnolence : le combo de tous les dangers



4 causes à rechercher

Hypersomnolence ← maladie mentale[2] = cause psy **OU** comorbidité (SAHOS) **OU** Alcool **OU** psychotropes



- ✓ L'HSE impacte la **qualité de vie**[2]
- ✓ Elles majorent le risque **accidentogène**
- ✓ Elles augmentent le risque de:
  - **Pathologies cardio-vasculaires**
  - Troubles **cognitifs**
  - D'émergence de maladies **neurodégénératives**
  - De maladies **psychiatriques**

HSE est synonyme de sévérité de l'épisode dépressif et associée à des récurrences et une pharmacorésistance[2]

L'hyper somnolence peut constituer un **symptôme résiduel** handicapant de la dépression ou un **prodrome** d'un futur épisode dans la bipolarité (60 jours)[2]



SDE et dépression = tableau clinique plus grave[1]

- Idées suicidaires plus fréquentes
- Plus de symptômes anxieux
- Davantage de perturbations du sommeil:
  hypersomnie, siestes, inertie au réveil, retard de phase

Les traitements de la somnolence diurne excessive dans l'apnée du sommeil semblent améliorer les troubles dépressifs[3]

1. Barateau L, et al.I. Guidelines for the assessment and management of residual sleepiness in obstructive apnea-hypopnea syndrome: Endorsed by the French Sleep Research and Medicine Society (SFRMS) and the French Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF). Respir Med Res. 2024 Nov;86:101105.
2. Bazin B. Hypersomnolences d'origine psychiatrique : neurobiologie et physiopathologie in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 59-70.
3. Caratozzolo D, et al.. Pitolisant Improves Depressive Symptoms in CPAP-Treated Patients with Obstructive Sleep Apnea and Severe Residual Sleepiness: First 12-Month Clinical Experience. CNS Drugs. 2026 Apr;40(4):597-600.

Le cercle vicieux de la dépression[1]

- Augmentation du temps passé au lit
- Diminution de l'activité physique
- Repli social
- Longues siestes
  Irrégularité des rythmes
- Prise de poids
- Majoration des psychotropes

La restriction du temps passé au lit (préconisé en TCC), montre un effet bénéfique sur les symptômes depressifs[2]
ATTENTION au virage maniaque chez les bipolaires!

Tristesse
Somnolence
Symptômes dépressifs
Anesthésie affective
Apathie
Léthargie
Mésestime de soi
Culpabilité





Des interventions comportementales peuvent permettre une diminution de l'utilisation de psychotropes[2]

Clinophilie

Pour la personne déprimée, le sommeil peut être une issue à la souffrance[3]

1. Bazin B. Hypersomnolences d'origine psychiatrique : neurobiologie et physiopathologie in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 59-70.
2. Coelho J, Samalin L, Yrondi A, Iftimovici A, Philip P, Micoulaud-Franchi JA. La santé du sommeil comme marqueur et cible d'intervention dans les troubles psychiatriques [Sleep health as a marker and target for health interventions in psychiatric disorders]. Med Sci (Paris). 2025 May;41(5):477-489. French.
3. Hugo Serra. L'interdépendance entre le sommeil et l'épisode dépressif. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04237682

Evaluation des troubles du sommeil en psychiatrie

Pour évaluer la sévérité de l'insomnie, l'outil le plus couramment utilisé est l'ISI[1]

Index de Sévérité de l'Insomnie



Réponse cotée de 0 à 4

1. Difficulté d'endormissement
2. Réveils nocturnes / maintien du sommeil
3. Réveil trop matinal
4. Satisfaction vis-à-vis de votre sommeil actuel
5. Interférence du problème de sommeil avec vos activités
6. Degré d'altération repéré par votre entourage
7. Inquiétude / détresse causée par votre sommeil

0 à 7 : Absence d'insomnie cliniquement significative

8 à 14 : Insomnie légère (seuil clinique)

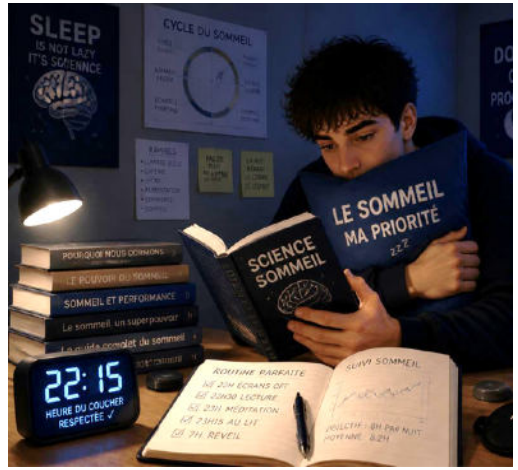
15 à 21 : Insomnie modérée

22 à 28 : Insomnie sévère

Une évaluation des **représentations** du sommeil est indispensable[1]

- ✓ Boire de **l'alcool** en soirée
- ✓ Boire un **café** après le diner
- ✓ Faire une **activité physique intense** avant d'aller se coucher
- ✓ Faire une longue **sieste** pendant la journée
- ✓ **Horaires** : aller au lit et se réveiller toujours à la même heure
- ✓ Penser à ce qu'il faut faire le lendemain avant de s'endormir
- ✓ Utiliser régulièrement des **médicaments** pour dormir
- ✓ **Fumer** avant de s'endormir
- ✓ Se changer les idées et se relaxer avant de l'heure du coucher
- ✓ Se coucher 2 heures plus tard que l'heure habituelle
- ✓ Se coucher l'estomac vide
- ✓ **Utiliser le lit** pour manger, téléphoner, étudier ou réaliser toute autre activité en dehors du sommeil
- ✓ Essayer de s'endormir sans avoir sommeil
- ✓ **Étudier** ou travailler intensément jusque tard dans la nuit
- ✓ **Se lever** quand il est difficile de s'endormir
- ✓ Aller au lit 2 heures plus tôt que l'heure habituelle
- ✓ Aller au lit immédiatement après avoir **mangé**
- ✓ Être inquiet de ne pas pouvoir dormir suffisamment
- ✓ Dormir dans une **pièce calme** et obscure
- ✓ Récupérer le manque de sommeil en **dormant plus longtemps**





1. Coelho J. Echelles et outils de dépistage des troubles du sommeil dans les troubles psychiatriques in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 117 - 130.

Evaluation rapide des troubles du sommeil en psychiatrie

Échelle RU-SATED (version française)		Jamais Rarement	Parfois	Souvent Toujours
Durée	Dormez-vous entre 6 et 8 heures par jour ?			
Régularité	Vous couchez-vous et vous levez-vous tous les jours environ à la même heure (plus ou moins une heure)			
Temporalité	Êtes-vous endormi(e) ou dans votre lit entre 2 heures et 4 heures du matin ?			
Efficacité	Passez-vous moins de 30 minutes par nuit éveillé(e) ? Ceci inclut le temps pour s'endormir et les réveils nocturnes			
Satisfaction	Êtes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?			
Vigilance	Arrivez-vous à rester éveillé(e) toute la journée sans somnoler ?			

Echelle RU-SATED[1] (*regularity-satisfaction, alertness, timing, efficiency, duration*)

Certains questionnaires pourtant largement utilisés (Berlin) semblent peu efficients pour dépister un SAOS chez les patients souffrant d'un trouble de l'humeur[2]

Questions concernant la fatigue et la somnolence

Le questionnaire le plus connu et le plus utilisé pour évaluer la somnolence diurne excessive est **l'Epworth Sleepiness Scale** (ESS)[1]

LAUSANNE NoSAS Score

	Points
Circonférence cou > 40 cm	4
BMI entre 25-30	3
BMI > 30	5
Ronflement	2
Age > 55	4
Sexe masculin	2

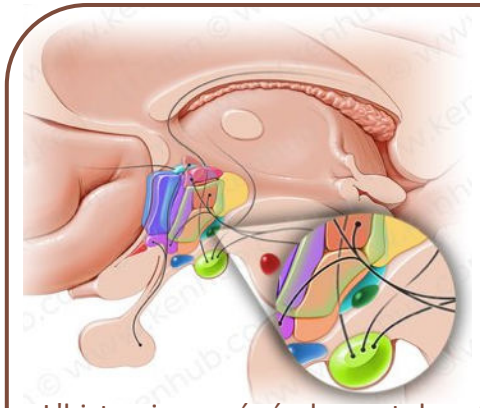
BMI (body mass index) = Index de masse corporelle: poids en Kg/Taille en m²

Un score supérieur ou égal à 8 = Risque d'apnées

Le score « NoSAS » pourrait être un score de dépistage adapté[2]

1. Coelho J, Samalin L, Yrondi A, Iftimovici A, Philip P, Micoulaud-Franchi JA. La santé du sommeil comme marqueur et cible d'intervention dans les troubles psychiatriques [Sleep health as a marker and target for health interventions in psychiatric disorders]. Med Sci (Paris). 2025 May;41(5):477-489. French.
2. Kelly Guichard. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil et troubles de l'humeur, liens bidirectionnels. Médecine humaine et pathologie. 2017.

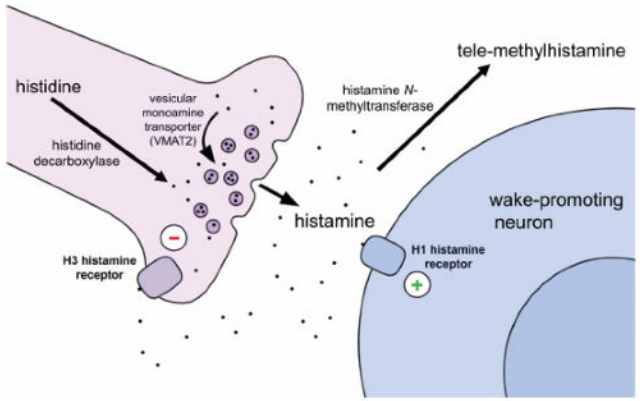
Les innovations thérapeutiques en psychiatrie
Implication de l'étude de l'histamine



Le **noyau tubéromamillaire**
(partie postérieure de **l'hypothalamus**)
est la seule source neuronale d'histamine dans le cerveau[1]

Les neurones à histamine innervent le cortex, le thalamus et d'autres régions cérébrales qui favorisent **l'éveil**

L'histamine a généralement des **effets excitants** sur les neurones cibles, mais paradoxalement, les neurones à histamine peuvent aussi libérer le neurotransmetteur inhibiteur GABA



Il n'y a pas de système de recapture comme avec la sérotonine ou la dopamine[1]

L'histamine, agissant via les récepteurs H1 et H3, est essentielle pour le comportement normal de sommeil/éveil[1]

3 types de récepteurs à l'HISTAMINE[1]

Le récepteur **H1** a des effets stimulants	Certains **somnifères** (diphénhydramine - doxylamine) contiennent des antagonistes des récepteurs H1 De même que des antidépresseurs ou des antipsychotiques
Le récepteur **H2** pourrait intervenir dans l'agressivité (mais aussi la mémoire)	Des recherches seraient en cours concernant le TDAH ou la **schizophrénie**[3]
Le récepteur **H3** est un autorécepteur inhibiteur Est aussi exprimé comme hétérorecepteur sur une variété de neurones, y compris les cellules qui produisent la dopamine, la sérotonine, la noradrénaline, l'acétylcholine, le GABA et le glutamate	Certains médicaments **éveillants** peuvent bloquer ses effets inhibiteurs, **augmentant les niveaux cérébraux d'histamine**, ainsi que les niveaux de sérotonine, de noradrénaline, de dopamine et possiblement d'autres neurotransmetteurs



Un certain nombre d'études évaluent actuellement l'effet antidépresseur de molécules agissant sur les récepteurs H3[4]

Les voies impliquées concerneraient les affects, la réactivité au stress ou la motivation

1. Scammell TE, Jackson AC, Franks NP, Wisden W, Dauvilliers Y. Histamine: neural circuits and new medications. Sleep. 2019 Jan 1;42(1):zsy183.
2. https://www.kenhub.com/fr/library/anatomie/hypothalamus-fr
3. Ma Q, Jiang L, Chen H, An D, Ping Y, Wang Y, Dai H, Zhang X, Wang Y, Chen Z, Hu W. Histamine H2 receptor deficit in glutamatergic neurons contributes to the pathogenesis of schizophrenia. Proc Natl Acad Sci U S A. 2023 Feb 28;120(9):e2207003120.
4. Pullano I, Iazzolino AM, Landi S, Vignapiano A, Monaco F, Steardo L Jr. Preuves précliniques des effets antidépresseurs de la modulation des récepteurs H3 à l'histamine : une revue systématique et une méta-analyse. Vie (Bâle). 21 avril 2026 ; 16(4):698.

Antagonisme des récepteurs H3 : le pitolisant



- Adultes souffrant d'apnée du sommeil sévère[1]
- Utilisant un CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) (appareil à pression positive continue)
- Score ESS > 10

ESS (18,6 ± 2,5) = patients avec une somnolence diurne excessive résistante sévère

J0 M1 M3 M6 M12 → Questionnaires d'auto-évaluation

ESS, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), et échelle de Pichot

Le pitolisant réduit la somnolence résiduelle

Diminution moyenne de **10,8 points du score d'Epworth (ESS)**

Amélioration des symptômes dépressifs

Le score de dépression PHQ-9 est passé en moyenne de **15,1 à 8,4 points**, soit une réduction de **6,7 points**

Les patients sont ainsi passés d'une dépression modérée à sévère vers des **symptômes dépressifs légers**

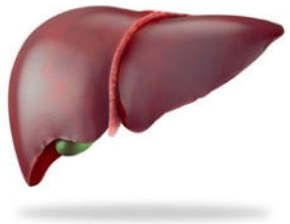
Affections psychiatriques

Le pitolisant doit être administré avec prudence chez les patients présentant des antécédents de troubles psychiatriques tels qu'une **anxiété sévère ou une dépression sévère avec un risque d'idées suicidaires.**

Interactions médicamenteuses[2]

✓ Une attention particulière aux molécules susceptibles d'allonger le QT
✓ Métabolisme principalement **CYP2D6** et participation du **CYP3A4**



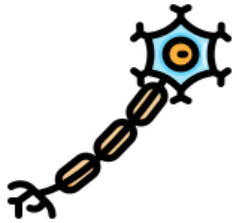


L'étude du risque addictif du pitolisant a démontré un potentiel addictif comparable au placebo[3]

Indication : amélioration de l'éveil et réduction de la somnolence diurne excessive (SDE) chez les patients présentant un SAHOS modéré à sévère et étant :- soit observants à un traitement primaire du SAHOS tel que la pression positive continue (PPC) et dont la somnolence n'a pas été traitée de façon satisfaisante- soit intolérants à ce traitement. Est indiqué aussi dans la narcolepsie[2]

1. Caratozzolo D, et al. Pitolisant Improves Depressive Symptoms in CPAP-Treated Patients with Obstructive Sleep Apnea and Severe Residual Sleepiness: First 12-Month Clinical Experience. CNS Drugs. 2026 Apr;40(4):597-600.
2. https://www.vidal.fr/medicaments/ozawade-18-mg-cp-pellic-229359.html
3. Barateau L, et al.l. Guidelines for the assessment and management of residual sleepiness in obstructive apnea-hypopnea syndrome: Endorsed by the French Sleep Research and Medicine Society (SFRMS) and the French Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF). Respir Med Res. 2024 Nov;86:101105.

Le solriamfetol vu par le psychiatre



MECANISME

Inhibition de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline[1]

Le Solriamfétol ne se lie pas significativement à d'autres voies impliquées dans l'éveil, comme les récepteurs à l'histamine[2]



Similitude avec certains médicaments antidépresseurs[5]

(les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline [IRSNa] et les inhibiteurs de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline [IRDN])

Indication : amélioration de l'éveil et réduction de la somnolence diurne en cas de narcolepsie et de SAHOS[3]



Précaution : Sujet à risque de maladie psychiatrique[3]



Contre-indications[4]

Traitement concomitant par IMAO

ou dans les 14 jours qui suivent la fin du traitement par un IMAO



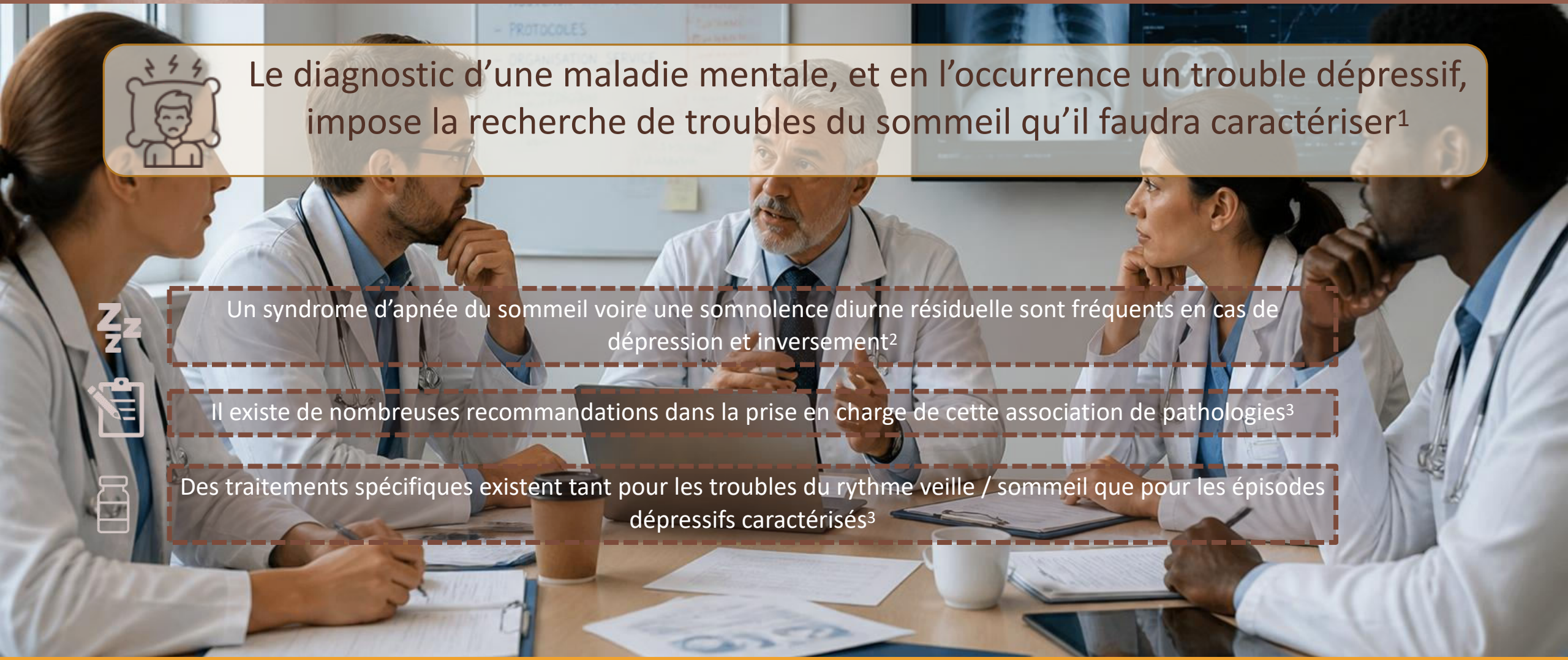


Les antécédents dépressifs ne montrent aucun impact sur l'efficacité, la sécurité du solriamfétol dans le traitement de l'apnée obstructive du sommeil et de la narcolepsie[5]

Le solriamfetol n'a pas été évalué chez les patients présentant ou ayant présenté une **psychose ou un trouble bipolaire**. Une attention particulière doit être portée à ces patients lors du traitement, en raison d'effets indésirables psychiatriques susceptibles d'exacerber les symptômes des troubles psychiatriques préexistants (par exemple épisodes maniaques)[4]

1. Barateau L, et al.l. Guidelines for the assessment and management of residual sleepiness in obstructive apnea-hypopnea syndrome: Endorsed by the French Sleep Research and Medicine Society (SFRMS) and the French Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF). Respir Med Res. 2024 Nov;86:101105.
2. Fuller MC, Carlson S, Pysick H, Berry V, Tondryk A, Swartz H, Cornett EM, Kaye AM, Viswanath O, Urits I, Kaye AD. A Comprehensive Review of Solriamfetol to Treat Excessive Daytime Sleepiness. Psychopharmacol Bull. 2024 Mar 4;54(1):65-86.
3. https://www.vidal.fr/medicaments/sunosi-150-mg-cp-pellic-209441.html
4. https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/sunosi-epar-product-information_fr.pdf
5. Krystal AD, Benca RM, Rosenberg R, Schweitzer PK, Malhotra A, Babson K, Lee L, Bujanover S, Strohl KP. Solriamfetol treatment of excessive daytime sleepiness in participants with narcolepsy or obstructive sleep apnea with a history of depression. J Psychiatr Res. 2022 Nov;155:202-210.

Take away: une prise en charge conjointe



Le diagnostic d'une maladie mentale, et en l'occurrence un trouble dépressif, impose la recherche de troubles du sommeil qu'il faudra caractériser[1]

Un syndrome d'apnée du sommeil voire une somnolence diurne résiduelle sont fréquents en cas de dépression et inversement[2]

Il existe de nombreuses recommandations dans la prise en charge de cette association de pathologies[3]

Des traitements spécifiques existent tant pour les troubles du rythme veille / sommeil que pour les épisodes dépressifs caractérisés[3]

1. Maruani J. Sommeil et santé globale in Sommeil et santé mentale – Pierre Alexis Geoffroy – Elsevier Masson 2025. pp 538-544
2. Kelly Guichard. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil et troubles de l'humeur, liens bidirectionnels. Médecine humaine et pathologie. 2017.
3. Barateau L, et al.I. Guidelines for the assessment and management of residual sleepiness in obstructive apnea-hypopnea syndrome: Endorsed by the French Sleep Research and Medicine Society (SFRMS) and the French Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF). Respir Med Res. 2024 Nov;86:101105.