

La lettre du Sommeil

Mars 2020

Par le Centre de Médecine et de Recherche sur le Sommeil (CMRS) du CHRU de Nancy

Édito par Jean-Luc Schaff

1

Le sommeil en toutes lettres.

Recevoir aujourd'hui la première lettre du Sommeil constitue à la fois un aboutissement et un commencement, un objectif atteint et une promesse à tenir.

En ouvrant cette correspondance vers les spécialistes du sommeil en Lorraine, l'équipe du CMRS s'engage à y publier régulièrement les déterminants émergents de la médecine du sommeil.

Veilles bibliographique, sanitaire, informationnelle, technologique, juridique et médicamenteuse fondent insidieusement, par leur partage, une culture dont procèdent les bonnes pratiques.

Entre les lignes, le lecteur de la lettre découvre des exemples cliniques d'intérêt diagnostique ou thérapeutique, des exercices polygraphiques ou polysomnographiques, et des retours d'expériences de patients et de professionnels.

Illustrée par des extraits de tracés, par des interviews de personnalités, par des résumés de livre, de film ou d'expositions, la lettre se veut aussi ouverte sur toutes les composantes du sommeil, depuis l'intimité des laboratoires jusqu'à la résonance sociale.

Lettre après lettre, se construira entre auteurs et lecteurs une communauté de pensée réflexive, dont les membres s'entendront dans un perpétuel compromis entre la pratique clinique, la recherche appliquée et le partage des savoirs.

Sortie de son contexte fondateur, cette première lettre du Sommeil espère aussi devenir, pour chacun de ses lecteurs, une lettre de motivation à rejoindre le réseau **REVEILS**, Réseau de Veille, d'Etudes et d'Information Lorrain sur le Sommeil, réseau qui donne à tous l'occasion d'écrire une page dans un nouveau chapitre de la médecine du sommeil.

Bonne lecture.

Grand-Est

Mars

Journée Nationale du Sommeil :
portes ouvertes et conférences
au CMRS de Nancy | [En savoir+](#)



Semaine du Cerveau
conférences avec le CHRU
de Nancy | [En savoir+](#)
Programme complet
Grand Nancy et Lorraine | [Cliquez ici](#)



Avril

Assemblée Générale nationale de
l'Association Narcolepsie-Cataplexie à Nancy

Mai

Sommeil et psychiatrie
2^e Colloque régional du CMRS

Juin

Le sommeil et ses comorbidités
Rencontres médicales Grand Est, Verdun
[En savoir+](#)

Octobre

3^e Colloque régional du CMRS

France et International

Mars

6^e Congrès national du Sommeil à Alger
2^e Congrès maghrébin du sommeil
[En savoir+](#)

Avril

1^{er} Congrès du Sommeil
de Madagascar

Novembre

Congrès du Sommeil à Nantes
[En savoir+](#)

Contacts

Centre de Médecine et de Recherche
sur le Sommeil (CMRS) du CHRU de Nancy
Hôpital Central,
3^e étage du bâtiment Lepoire

Prise de RDV

Adulte : 03 83 85 23 77
ide.parcours.neurosciences@chru-nancy.fr
Enfant : 03 83 15 48 70
Troubles du sommeil pris en charge à l'hôpital d'enfants

Agenda 2020



Somnolence et conduite automobile : que dire au patient ?

Retour sur le 1^{er} Colloque
régional du CMRS
par Nicolas Carpentier

La somnolence excessive et le syndrome d'apnées du sommeil augmentent le risque d'accident de la voie publique. C'est au médecin du sommeil d'évaluer l'intensité de la somnolence et d'informer le patient sur son niveau de risque d'accident, et le cas échéant de poser la contre-indication médicale à la conduite. Cette restriction s'applique selon les critères de l'arrêté du 18 décembre 2015. La détermination de l'aptitude légale à la conduite reste du ressort de la préfecture, et plus particulièrement du médecin agréé, il faut donc informer le patient et l'orienter dans ses démarches.

La somnolence excessive serait impliquée dans 20% des accidents de la voie publique (AVP), ce qui en fait la première cause d'accidents sur autoroutes (Philip, 2006). Sur le plan expérimental, les performances en conduite automobile ont été mesurées par différents protocoles de mise en situation de somnolence. Ainsi l'écart du véhicule par rapport à la trajectoire centrale de la route augmente avec les heures de conduite (Verster, 2011). Cet effet-dose rapproche l'effet de la somnolence à celui de l'alcool sur les performances à la conduite. Ainsi il a pu être estimé que la conduite de nuit entre 2h et 5h du matin multiplie par 5,6 le risque d'AVP. De même la conduite après une nuit de moins de 5 heures de sommeil multiplie par 2,7 le risque d'AVP (Connor, 2002).

Parallèlement à la somnolence, le seul fait de présenter un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) obstructif multiplie par 3 le risque d'AVP (Rodenstein, 2019). Le traitement correct du SAS réduit ce risque à un niveau proche de la population générale, mais il est intéressant de noter que contrairement à la somnolence, il n'y a pas d'effet-dose dans la relation entre le niveau de sévérité du SAS (IAH) et le risque d'AVP. L'hypothèse explicative serait que l'AVP reste multifactoriel, mais les apnées cumuleraient les différents facteurs de risque d'AVP : somnolence excessive, hypertension artérielle, surpoids, syndrome métabolique, consommation d'hypnotiques/d'alcool, travail posté, notamment.

La somnolence excessive et le SAS augmentent le risque d'AVP. La difficulté pour le clinicien est de définir l'intensité de la somnolence. Il s'agit d'une estimation avant tout clinique, issue de l'anamnèse. L'expérience relatée d'un « presque AVP », souvent énoncé par les termes « je me suis déjà fait peur » a une très forte valeur prédictive positive. L'échelle de somnolence d'Epworth, malgré ses limites intrinsèques, a une certaine valeur dans l'estimation du niveau de sévérité. Ainsi un score d'Epworth > 10 qualifie généralement la somnolence subjective comme sévère, et un score > 16 comme très sévère.

Le seul véritable moyen de mesurer la somnolence avec objectivité est la réalisation de tests de vigilance. Les tests itératifs de latence d'endormissement (TILE) évaluent la propension spontanée à l'endormissement. Une latence moyenne d'endormissement pour les 4 tests < à 8 minutes traduit une somnolence sévère, tandis qu'une valeur < à 5 minutes correspond à une somnolence très sévère.

Les tests de maintien d'éveil (TME) mesurent la résistance à l'endormissement. Une latence moyenne d'endormissement < à 33 minutes correspond à une situation de somnolence, tandis qu'une valeur < à 19 minutes fait considérer le sujet comme très somnolent (Philip, 2014). Sur le plan terminologique, il est communément admis qu'une somnolence excessive correspond à une somnolence sévère ou un patient qualifié de très somnolent.



Pour diminuer le risque d'AVP en cas de somnolence excessive, la restriction de conduite est la première solution trouvée par le législateur en France. Ainsi dans l'arrêté du 18 décembre 2015, la somnolence qualifiée d'excessive avec ou sans SAS (défini par un index d'apnées-hypopnées (IAH) >15/h) contre-indique la conduite de tout véhicule, et ce jusqu'à 1 mois après l'amélioration de la vigilance. L'amélioration de la vigilance sous-entend que la somnolence est transitoire ou qu'elle est liée à une pathologie que le médecin a réussi à traiter efficacement et de manière appropriée. L'exemple le plus commun est une somnolence excessive liée à un SAS significatif. Une fois le SAS corrigé, le niveau de vigilance du patient doit être réévalué pour affirmer que sa somnolence s'est améliorée.

À cette étape, il faut distinguer deux situations : la conduite de véhicules réglementés par les permis du groupe dit « léger » et de ceux du groupe « lourd » (cf. encadré). En effet, la normalisation du niveau de vigilance doit être prouvée différemment selon le groupe. Pour le groupe léger, une évaluation clinique en consultation par un médecin du sommeil suffit, alors que pour le groupe lourd, un test de maintien d'éveil négatif est requis en plus de l'évaluation clinique. Là encore l'appréciation du clinicien est fondamentale pour qualifier la vigilance de normalisée, car aucun critère qualitatif n'est mentionné dans le texte de loi. Concernant les TME, une marge d'appréciation persiste, puisqu'une latence moyenne d'endormissement strictement > à 19 minutes, classe en théorie le patient hors du champ de la somnolence excessive (Taillard, 2015). Cependant, le clinicien peut légitimement estimer qu'une absence de somnolence (latence moyenne > à 33 minutes) prédictive d'une conduite dite « sûre », voire une absence totale d'endormissement (latence moyenne égale à 40 minutes), est nécessaire à la conduite d'un véhicule du groupe lourd, au vu des conséquences potentielles du moindre assoupissement, même tardif.

Le médecin du sommeil a un rôle central dans l'évaluation de la vigilance et du risque d'AVP depuis le diagnostic jusqu'au traitement. Néanmoins, ce dernier n'a pas le pouvoir légal d'interdire ou d'autoriser la conduite. L'aptitude légale à la conduite relève de l'autorité préfectorale, qui s'appuie sur l'évaluation médicale par un tiers, le médecin agréé. Ainsi le médecin du sommeil se prononce sur la compatibilité de l'état clinique du patient avec la conduite, mais ne valide pas le permis. Il est par contre dans l'obligation d'informer le patient sur l'existence de l'arrêté du 18 décembre 2015, et de lui signifier que la conduite automobile est contre-indiquée sur le plan médical, le cas échéant. Nous conseillons vivement de l'expliquer au patient de vive voix et par écrit, car en cas de conflit juridique, c'est au médecin d'apporter la preuve qu'il a délivré l'information (CSP, 2016). Cette information reste confidentielle et relève du secret médical, le médecin ne doit donc pas la diffuser à sa propre initiative. In fine, c'est au patient d'entreprendre les démarches administratives, en s'adressant à la préfecture, directement ou via **le site internet**.

En cas de risque certain d'endormissement au volant, alors que le patient s'oppose délibérément à ne pas conduire, nous recommandons de contacter l'Ordre des Médecins pour être guidé dans la procédure de rupture du secret médical.

Les points essentiels de cet article ont été transcrits sur un flyer édité par l'équipe d'Air+, que vous pouvez vous procurer auprès de Madame Syria Demeurie : **demeurie.syria@air-plus.fr**



Catégories de permis

Groupe léger : AM, A1, A2, A, B1, B, BE

Groupe lourd incluant Permis B professionnel : C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE, Taxi, Ambulance, Ramassage Scolaire, Enseignant d'auto-école

Références

- > Connor J, Norton R, Ameratunga S, Robinson E, Civil I, Dunn R, Bailey J, Jackson R. Driver sleepiness and risk of serious injury to car occupants: population based case control study. *BMJ*. 2002 May 11;324(7346):1125.
- > CSP. Art. L1111-2, loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. NOR: AFSX1418355L.
- > JORF. Arrêté du 18 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée. NOR : INTS1529774A.
- > Philip P, Akerstedt T. Transport and industrial safety, how are they affected by sleepiness and sleep restriction? *Sleep Med Rev*. 2006 Oct;10(5):347-56. Epub 2006 Aug 22.
- > Philip P, Chaufton C, Taillard J, Capelli A, Coste O, Léger D, Moore N, Sagaspe P. Modafinil improves real driving performance in patients with hypersomnia: a randomized double-blind placebo-controlled crossover clinical trial. *Sleep*. 2014 Mar 1;37(3):483-7. doi: 10.5665/sleep.3480.
- > Rodenstein D. Sleep apnea: traffic and occupational accidents--individual risks, socioeconomic and legal implications. *Respiration*. 2009;78(3):241-8. doi: 10.1159/00022811. Epub 2009 May 30.
- > Taillard J. Recommandation SFRMS de Bonnes Pratiques Cliniques (R2) : Procédure de réalisation des Tests de Maintien d'Eveil (T.M.E.) et valeurs normatives. 2015. <https://www.sfrms-sommeil.org/recommandations/censensus-recommandations-sommeil/>
- > Verster JC, Taillard J, Sagaspe P, Olivier B, Philip P. Prolonged nocturnal driving can be as dangerous as severe alcohol-impaired driving. *J Sleep Res*. 2011 Dec;20(4):585-8. doi: 10.1111/j.1365-2869.2010.00901.x. Epub 2011 Jan 12.

Actualités en médecine du sommeil

Efficacy of light therapy versus antidepressant drugs, and of the combination versus monotherapy, in major depressive episodes : A systematic review and meta-analysis. Geoffroy PA, Schroder CM, Reynaud E, Bourgin P. Sleep Med Rev. 2019 Dec; 48:101213. doi: 10.1016/j.smr.2019.101213. Epub 2019 Sep 18.



Ce travail de l'équipe de Strasbourg est une revue de la littérature couplée à une méta-analyse des essais thérapeutiques randomisés mesurant l'effet de la lumière, des anti-dépresseurs et de leur association sur les symptômes de dépression. La lumière ne fait pas mieux que les antidépresseurs, mais c'est leur association qui est supérieure, à la fois dans la dépression saisonnière, et à la fois dans la dépression non saisonnière. La lumière semble être donc un traitement d'add-on dans l'épisode dépressif majeur.

La Belle au bois dormant dort-elle vraiment ? Dr Laurent Vercueil

« Comment le sommeil peut-il surgir brutalement et plonger durablement une jeune fille dans l'inconscience ? De quoi les lutins sont-ils faits ? Pourquoi, dans le film de Disney, Simplet rit-il à tout propos ? De quel mal étrange souffrent les elfes ? Que se passe-t-il dans la tête des personnages de Harry Potter ? L'auteur, neurologue, prend les contes de fées à la lettre et mène l'enquête : et si, derrière les événements qui paraissent échapper aux lois habituelles de la physique et de la biologie ; les sorts jetés ; les personnages extraordinaires, tels que les zombies, les garous ou les vampires, se cachaient de véritables troubles neurologiques ? En entrant dans le monde du merveilleux, ce livre nous ouvre les portes d'un univers inattendu, hors norme, incroyable, et pourtant... présent dans notre cerveau. Merveilleux et vrai à la fois. »



Le conseil thérapeutique

Insomnie chronique acquise : règles d'hygiène du sommeil par Loïc Florion

Trouver son besoin de sommeil et le respecter !
Trouver son rythme de sommeil et le respecter !

Le jour

Assez d'exposition à la lumière la journée, plus tamisée le soir.
Éviter les siestes, notamment trop longues ou en fin d'après-midi.
Éviter tous les excitants : café, thé, vitamine C, boissons à base de caféine ou de cola...
Repas réguliers durant la journée.

Le soir

Éviter de pratiquer un sport ainsi que toutes activités stimulantes après 17h.
Ne pas faire de repas copieux le soir et éviter l'alcool au dîner.
Instaurer une période de décompression le soir et favoriser toutes activités relaxantes : lecture, musique, télé (dans le salon).
Un bain chaud pris 2 heures avant le coucher détend et favorise le sommeil (mais peut aussi avoir l'effet inverse en effaçant la fatigue).
Réchauffer ses mains et ses pieds au coucher, mais rafraîchir son lit en cas d'éveil.

La nuit

Dormir dans une chambre aérée, calme, sombre, dont la température ambiante se situe entre 18 et 20 °C.
Un lit fait « juste pour dormir ».

La vignette clinique par Olivier Aron

Le détective sommeil

Jouez le jeu!

Chers amis,
Nous aimerons
partager avec vous
une vignette
clinique.

Qu'en pensez vous?

N'hésitez pas à
partager avec nous
vos hypothèses.
On trouvera
ensemble la
solution!

Vignette clinique

Patiente âgée de 19 ans adressée au CMRS pour avis diagnostique et thérapeutique suite à la découverte d'un syndrome d'apnées centrales sur une polygraphie ambulatoire réalisée pour l'exploration d'une somnolence diurne (Epworth à 13) depuis plusieurs mois.

Notons comme antécédents une anxiété généralisée motivant une prise en charge psychiatrique non médicamenteuse dans un contexte d'abus à répétition dans l'enfance. Sans historique de maladie cardiovasculaire ni pulmonaire.

Sur le plan social, travaille comme agent d'entretien, horaires fixes exclusivement diurnes. Mère d'une fille de 2 ans en bonne santé. Sans permis de conduire.

Cliniquement on ne retrouve pas d'anomalies à l'examen général ni neurologique. A l'interrogatoire ne présente pas de ronflements, ni céphalées matinales. Pas de notion de chute ni hallucinations hypnagogiques ou paralysie du réveil.

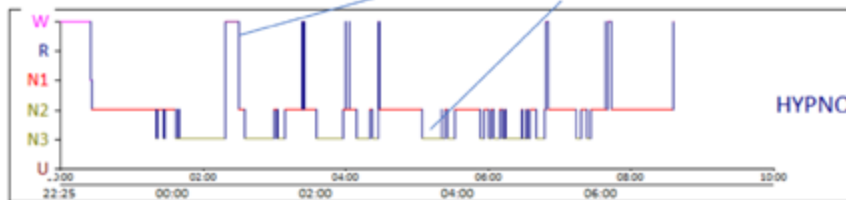
Pas de traitement à long cours, ni toute consommation des toxiques.

Nous proposons à la patiente un enregistrement par polysomnographie sur 48 heures pour l'évaluation de l'architecture du sommeil et paramètres respiratoires et musculaires ainsi que des tests de latence d'endormissement (TILE) pour l'évaluation de la vigilance.

Voici les résultats:

Présence de quelques réveils intra-sommeil

Sommeil profond présent et relativement correctement réparti.

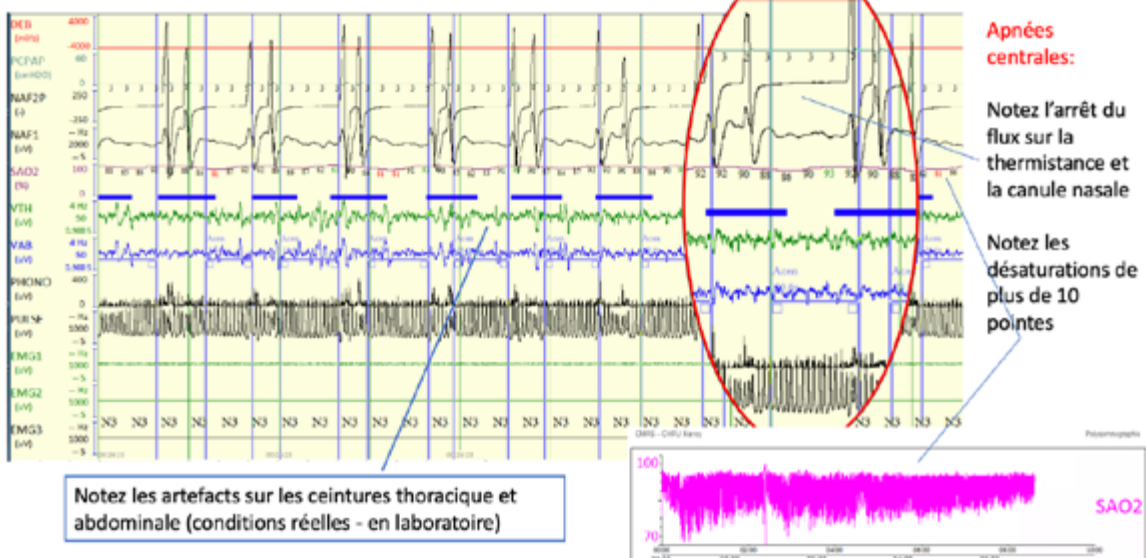


Au total:
Macrostructure du
sommeil perturbée mais
temps total de sommeil
et efficacité de sommeil
correcte

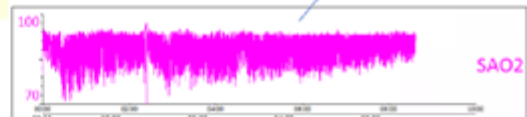
Sur le plan respiratoire :

SYNTHESE DES EVENEMENTS RESPIRATOIRES					
	Index (TTS)	Nombre	Durée moyenne	Durée maximale	Durée cumulée
Hypopnées	0,0 /h	0	- s	- s	0 s
Apnées obstructives	0,0 /h	0	- s	- s	0 s
Apnées mixtes	0,0 /h	0	- s	- s	0 s
Apnées centrales	159,2 /h	1250	14,7 s	26 s	18376 s
Total des apnées	159,2 /h	1250	14,7 s	26,1 s	18360,7 s
Total apnées-hypopnées	159,2 /h	1250	14,7 s	26,1 s	18360,7 s

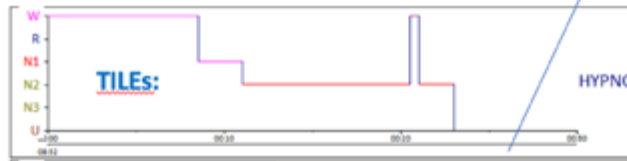
Extrait analyse respiratoire :



Notez les artefacts sur les ceintures thoracique et abdominale (conditions réelles - en laboratoire)



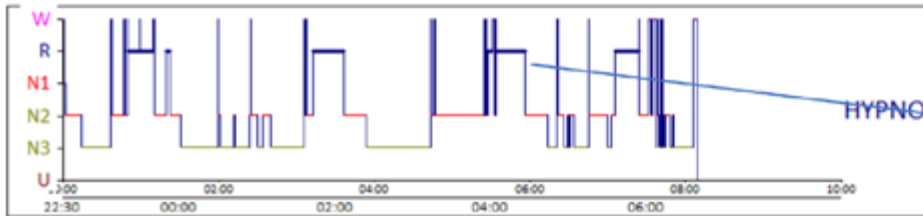
LATENCES	BPOB	18H02	12H00	14H00	Moyenne (min)
Latences d'endormissement	8.5 min	8.5 min	4.5 min	0.5 min	5,5 min
Latences du stade REM	- min	- min	- min	- min	-



Notez la moyenne de la latence d'endormissement pathologique (< 8 min), concordante avec une somnolence diurne.

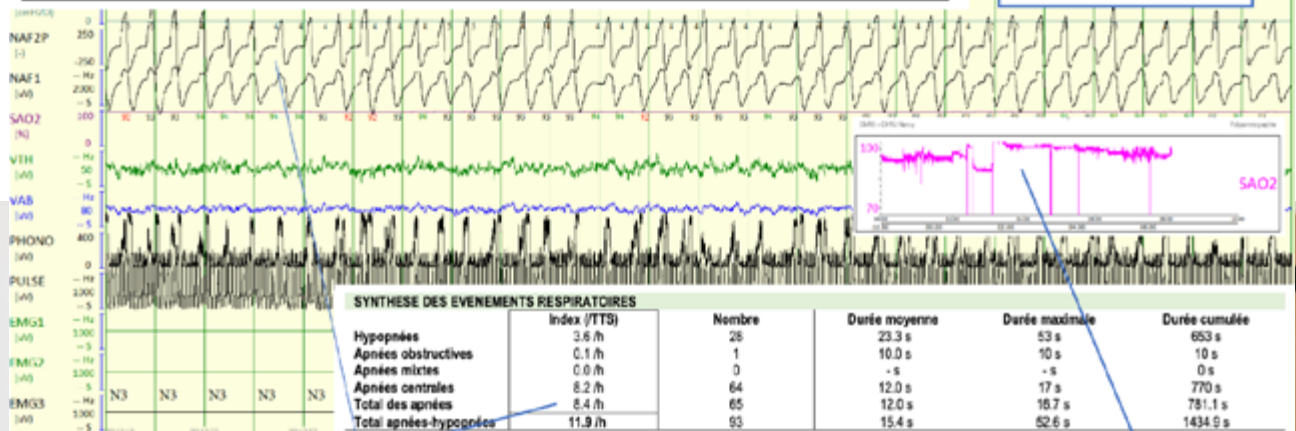
Notez l'endormissement à chaque test

Notez l'absence d'endormissement en sommeil paradoxal



Deuxième nuit:

Normalisation de la macrostructure avec réapparition du sommeil paradoxal.



Diminution drastique d'apnées centrales

Saturation relativement correcte

