



**JOURNÉE SUR LE SOMMEIL**  
**Mercredi 17 mars 2004**

• Dossier de presse •



*Laurence Jacquillat*

**Contacts presse : Delphine Eriau et Pénélope Bruet**

69, rue de la Tour – 75116 Paris - Tél. : 01 45 03 89 89 – Fax : 01 45 03 89 90 - E-mail : d.eriau@ljcom.net



## **SOMMAIRE**

### **LA SOMNOLENCE, UN SYMPTOME MAJEUR NEGLIGE**

**Professeur Patrick Lévy**

*Président de l'Institut du Sommeil et de la Vigilance*

### **LA SOMNOLENCE DIURNE EXCESSIVE : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE**

**Docteur Marie-Françoise VECCHIERINI**

*Président de la Société Française de recherche sur le Sommeil*

### **SOMNOLENCE, VIGILANCE :**

#### **QUELLES SOLUTIONS AUJOURD'HUI EN TERME DE SECURITE ROUTIERE ?**

**Docteur Pierre PHILIP,**

*Chargé de mission auprès de la délégation interministérielle à la sécurité routière*

### **L'HYPOVIGILANCE AU POSTE DE TRAVAIL**

**Docteur Alain MUZET, CNRS-CEPA, Strasbourg**

*Président du Conseil Scientifique de l'ISV*

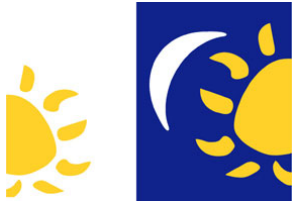
### **VERS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES MIEUX FORMÉS POUR IDENTIFIER LA SOMNOLENCE EXCESSIVE**

**Docteur Sylvie Royant-Parola,**

*Syndicat de la Médecine du Sommeil et de la Vigilance (SMSV)*

Annexes :

- ▶ Journée sur le sommeil : programmes des actions
- ▶ « Ces maladies qui provoquent la somnolence » par le Docteur Véronique Viot-Blanc
- ▶ Sommeil : les associations de patients



## LA SOMNOLENCE, UN SYMPTÔME MAJEUR NEGLIGÉ

**Professeur Patrick Lévy**

*Président de l'Institut du Sommeil et de la Vigilance*

Jusque dans les années 60, la somnolence excessive au cours de la journée était souvent considérée comme un signe d'indolence, de paresse ou d'excès divers (alcool, alimentation, drogue...). La méconnaissance était telle, que le délai entre les premiers symptômes et le diagnostic d'une pathologie aussi spectaculaire que la narcolepsie (attaques de sommeil incoercibles avec chutes survenant chez le sujet jeune) était en moyenne de 15 ans !

Cette situation s'améliore progressivement mais bien trop lentement. Elle est due à l'insuffisante formation des médecins et à la dramatique pénurie de moyens humains et techniques des centres de sommeil, en particulier en contexte hospitalier. Or **la somnolence diurne excessive est un symptôme d'alerte. Elle est l'expression de pathologies fréquentes et graves et fait courir à l'individu et à la société des risques bien identifiés. Elle doit conduire à un avis spécialisé et un suivi spécifique.**

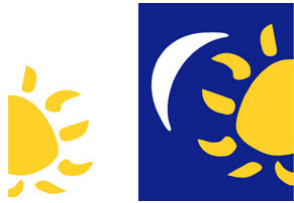
8% de la population souffre de somnolence excessive, soit près de 2,5 millions de personnes. C'est donc un trouble très fréquent et grave et ses conséquences sont très importantes : accidents de la circulation, accidents du travail ou domestiques notamment. **A titre d'exemple, le risque d'accident de la route est multiplié par 6,6 chez les sujets porteurs d'un syndrome d'apnées du sommeil** (existence d'arrêts respiratoires répétés au cours du sommeil). Les conséquences sont également sévères sur la qualité de vie, la vie scolaire, professionnelle, les relations personnelles et familiales. De plus, certaines de ces pathologies parmi les plus fréquentes, comme les apnées, accroissent fortement la morbidité et la mortalité cardiovasculaire. Elles aggravent également certains troubles métaboliques comme le diabète. A cet égard, la somnolence révèle des risques importants pour la santé de l'individu et sa sécurité.

Il est donc nécessaire de sensibiliser les autorités de santé et le grand public sur l'ampleur de ce problème. C'est d'autant plus justifié que des solutions thérapeutiques dont l'efficacité a été prouvée existent. Ces traitements ont démontré leur efficacité pour supprimer la somnolence, restaurer la qualité de vie, réduire le surcroît d'accidents et les conséquences médicales, en particulier au niveau cardiovasculaire.

Il est nécessaire de dépister plus activement ce trouble dans la population générale, à l'école, au travail et dans les consultations des médecins. Il est urgent de donner plus de moyens de diagnostic et de traitement dans et hors des hôpitaux. Ceci a eu lieu, il y a plus de 10 ans, aux Etats-Unis : un travail législatif a été initié à la suite de la parution d'un livre blanc rédigé par les médecins spécialistes du sommeil et intitulé « Wake up America ». La prise de conscience des pouvoirs publics a permis un développement considérable des soins et de la recherche dans ce domaine. Il s'agit aujourd'hui de permettre à la France de combler le retard dramatique accumulé dans ce domaine, y compris en comparaison avec un bon nombre de pays en Europe ou en Asie.

**Pour toutes ces raisons, la journée nationale du sommeil le 17 mars 2004 est consacrée à la somnolence diurne excessive. Cette journée mobilise les professionnels de santé, les patients et leurs associations avec un enjeu majeur : une véritable prise de conscience collective à l'égard du problème de la somnolence.**

\*\*\*



# LA SOMNOLENCE DIURNE EXCESSIVE : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

**Docteur Marie-Françoise VECCHIERINI**

*Président de la Société Française de recherche sur le Sommeil*

## Qu'appelle-t-on somnolence diurne excessive ?

Il s'agit de moments de la journée au cours desquels le sujet est incapable de maintenir un niveau d'éveil satisfaisant. Ces moments de mauvais éveil ou de non-éveil sont plus ou moins longs, plus ou moins répétés et plus ou moins intenses. Selon l'intensité de la somnolence, le sujet arrive ou non à lutter contre elle.

Dans tous les cas, le sujet ressent une limitation de ses possibilités du fait d'une diminution de ses performances académiques et professionnelles qui peuvent retentir sur la qualité de sa vie socioprofessionnelle, le mettre en situation de moindre réactivité et de danger. Ce sont les raisons pour lesquelles il vient consulter.

La somnolence est :

- ▶ Un état subjectif, qui est recherché au moyen d'un interrogatoire ou de questionnaires
- ▶ Un état objectif : l'éveil physiologique est diminué ou la propension à l'assoupissement et au sommeil est accrue.

## Est-il possible de mesurer et de quantifier la somnolence diurne ?

**La somnolence subjective, peut-être mesurée grâce à deux échelles principales qui apprécient le niveau subjectif de la somnolence :** l'échelle visuelle analogique et l'échelle de somnolence de Stanford. Cette échelle à 7 niveaux va du niveau 1 : « en pleine forme... très éveillé » au niveau 7 : « sommeil imminent, ne lutte plus pour demeurer éveillé ».

Une autre échelle, très utilisée en France est une échelle d'auto-évaluation de la somnolence comportementale : c'est l'**échelle d'Epworth**. Dans 8 situations différentes, la personne doit apprécier quelle probabilité elle a de s'endormir et coter cette probabilité de 0 à 3 (0 : aucune chance de s'endormir ; 3 : très forte probabilité de s'endormir).

Les échelles du niveau subjectif de la somnolence sont faciles à réaliser, mais elles nécessitent que la personne ait une bonne auto-appréciation du degré de sa gêne. Or, dans certains cas de somnolence prolongée ou chronique, cette auto-appréciation est défectueuse.

**Le spécialiste peut aussi être conduit à pratiquer des mesures objectives de la somnolence pour obtenir une meilleure appréciation de celle-ci et pour en rechercher l'étiologie.**

Tous ces tests doivent être effectués avec une grande rigueur méthodologique.

Leurs résultats varient physiologiquement avec l'âge et l'heure de la journée.

Il faut rappeler qu'il est plus difficile de lutter contre le sommeil à certaines heures. Ainsi il existe une propension marquée au sommeil vers 15H. Ce moment de somnolence en début d'après-midi semble d'autant plus marqué que le sujet vieillit, qu'il effectue des tâches monotones ou qu'il est inoccupé.

**Devant un sujet somnolent, une fois avoir affirmé et mesuré la somnolence, il faut en rechercher la cause pour définir un traitement efficace.**

Plusieurs méthodes sont proposées :

- ▶ **L'enregistrement polysomnographique continu de 24 heures qui permet de coupler l'étude du sommeil et celle des variations du niveau d'éveil dans la journée.**
- ▶ **Les tests de latence multiple d'endormissement** répétés à 5 reprises dans la journée, toutes les 2 heures **pour apprécier la propension d'un sujet à s'endormir.**
- ▶ **Les tests de maintien d'éveil**, également répétés à 5 reprises dans la journée, toutes les 2 heures **pour apprécier la capacité d'une personne à surmonter sa somnolence et à rester éveillée.**

## Quelles sont les causes de la Somnolence Diurne Excessive (S.D.E.) ?

La SDE est un symptôme dont les causes sont très nombreuses.

### La SDE pathologique est secondaire à des pathologies respiratoires.

- ▶ **Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil est la pathologie la plus fréquente.** Elle est constatée chez 9 à 24% des hommes et 4 à 9 % des femmes, selon la définition du syndrome. La SDE serait présente chez 2 % des hommes et 4 % des femmes. Cette pathologie est plus fréquente chez l'homme de la cinquantaine. Elle est favorisée par le surpoids, l'excès d'alcool, la prise de certains médicaments et parfois une morphologie particulière (cou court ou menton rejeté en arrière...). Un ronflement, la constatation par la conjointe d'arrêts respiratoires ou de reprises très bruyantes de la respiration et de fréquentes envies d'uriner sont les signes cliniques les plus évocateurs associés à une difficulté à l'éveil le matin et à une SDE que l'on recherchera systématiquement.

Le diagnostic syndrome d'apnées obstructives du sommeil repose sur l'enregistrement des paramètres respiratoires au cours du sommeil qui montre des arrêts ou des diminutions répétés de la respiration ; chaque reprise respiratoire s'accompagnant d'un micro-éveil. **La répétition des micro-éveils favorisant la SDE.** Si celle-ci est dépistée par l'interrogatoire et les échelles, elle pourra être objectivée et quantifiée par les tests d'endormissement et de maintien d'éveil, notamment dans les cas de professions à risque.

Habituellement, le traitement de ce syndrome rétablit une qualité de veille satisfaisante ; mais quelques malades restent somnolents malgré un traitement efficace des anomalies respiratoires. Il faut alors rechercher d'autres pathologies associées ou d'autres causes susceptibles d'induire une somnolence...

- ▶ **Le syndrome d'augmentation des résistances des voies aériennes supérieures.** La SDE fait partie de la définition de ce syndrome qui est caractérisé par des efforts respiratoires répétés (en réponse une augmentation anormale des résistances des voies aériennes supérieures) se terminant par un micro-éveil. Cette fragmentation du sommeil est responsable de la SDE.

### La SDE est secondaire à des pathologies : Les hypersomnies.

#### ▶ **La Narcolepsie**

Cette maladie bien que très anciennement connue a une prévalence encore incertaine, entre 0.03 et 0.07 %. Elle est caractérisée, dès l'adolescence, par des accès de sommeil irrésistibles sur un fond de SDE. L'accès de sommeil restaure, pour un moment, une vigilance normale. La cataplexie ou brusque relâchement du tonus musculaire, sous l'effet d'une émotion (fou rire par exemple) est pathognomonique de la maladie. Des hallucinations au moment de l'endormissement ou du réveil ainsi que des paralysies du sommeil sont des signes accessoires. Le sommeil de nuit est habituellement de mauvaise qualité ; l'endormissement immédiat contraste avec de nombreux éveils nocturnes. En cas de symptomatologie incomplète ou de doute diagnostique, un enregistrement de sommeil et des tests de latence multiple d'endormissement permettront le diagnostic en montrant des endormissements rapides avec au minimum 2 endormissements en sommeil paradoxal. Ce sont en effet des intrusions anormales du sommeil et notamment du sommeil paradoxal qui expliquent certains signes de la maladie. On a montré que cette pathologie de l'éveil était en partie génétique et peut-être aussi d'origine immunologique. Cette maladie est plus ou moins handicapante selon son degré de sévérité, mais elle expose à un risque très accru d'accidents de la circulation ou professionnels, sur des machines, notamment. L'efficacité des traitements par des médicaments qui stimulent la vigilance doit être contrôlée, notamment par les tests de maintien d'éveil.

#### ▶ **L'Hypersomnie idiopathique**

Il s'agit d'une pathologie de connaissance plus récente caractérisée par un allongement pathologique du temps de sommeil ; le malade se plaint de n'être jamais totalement éveillé ; la somnolence diurne est importante et le sommeil non-restaurateur d'une vigilance correcte. Le diagnostic repose sur un enregistrement des 24H. qui montre un sommeil de durée allongée (supérieur à 12h) mais de structure normale. Les stimulants de l'éveil sont habituellement efficaces.

*L'Hypersomnie d'origine psychiatrique* est souvent méconnue et sous estimée. Il faut y penser systématiquement dès qu'une SDE ne fait pas sa preuve étiologique.

Enfin, des hypersomnies liées à des causes infectieuses, neurologiques, endocriniennes ne doivent pas être oubliées.

## La SDE relève de troubles circadiens

Elle peut être due à un non-respect de la typologie du dormeur. Le besoin de sommeil s'exprime à des heures préférentielles, soit tôt le soir avec un lever précoce et une meilleure vigilance le matin, soit tard le soir, avec un lever tardif et un meilleur niveau d'éveil le soir ; ainsi on distingue « des sujets du matin et des sujets du soir ». Cette typologie peut être suffisamment accentuée pour devenir pathologique provoquant ses syndromes d'avance ou de retard de phase. **Il est facile de comprendre que la non-adéquation entre les heures physiologiques de sommeil d'un individu et les heures habituelles de coucher-lever ou que les troubles du rythme circadien ont des conséquences délétères sur la qualité de la veille.**

**Les adolescents qui ont un retard de phase quasi-physiologique** (lié à des modifications hormonales, à des changements de la structure du sommeil et à des facteurs psycho-culturels) **sont en grande privation de sommeil en raison des impératifs des horaires scolaires imposant un lever précoce et somnolent dans la journée.** D'ailleurs ces adolescents dorment 1h à 4h supplémentaires les week-ends. C'est pourquoi dans certains états des U.S.A., à la lueur de ces connaissances, l'heure de début des cours a été retardée, pour améliorer la vigilance et l'efficacité intellectuelle de ces jeunes dans la journée.

## Le travail à horaires alternants ou irréguliers, le travail de nuit ou encore les vols transméridiens

Ils sont bien connus pour perturber le rythme veille/sommeil avec des conséquences néfastes tant sur le sommeil que la qualité de l'éveil au travail. Les horaires de sommeil et de veille dictés par le système nerveux central ne sont plus en adéquation avec les horaires imposés et parfois rapidement changeants. Une baisse de vigilance serait d'ailleurs un des facteurs responsables de certaines catastrophes maritimes ou d'accident de la centrale.

## La prise de certains médicaments peut entraîner une SDE

Les médicaments agissant sur le système nerveux central sont connus pour leur propriétés sédatives.(anxiolytiques notamment les benzodiazépines, les neuroleptiques, certains antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des antihistaminiques et antiépileptiques). L'importance de la sédation dépend du produit, de sa posologie, de sa pharmacocinétique, de sa durée d'action de l'heure de la prise et du sujet. Il ne faut pas non plus sous estimer les conséquences de médicaments à visée cardio-vasculaire, notamment certains anti-hypertenseurs à action centrale.

## L'alcool et les drogues illicites.

Après leur effet de désinhibition, elles sont pourvoyeuses de somnolence. Leur effet dépend des doses. Leur prise associée à celle de médicaments sédatifs est à rechercher systématiquement car leurs effets tendent à s'additionner.

## La SDE peut être secondaire à un manque de sommeil.

Chaque individu a un besoin de sommeil, en partie génétiquement programmé. Une privation de sommeil, répétée, volontaire mais non intentionnelle secondaire à une charge de travail importante, aux loisirs et sorties peut entraîner une insuffisance de sommeil par rapport au besoin et serait, pour certains auteurs, une cause de SDE, rencontrée chez environ 6% des sujets consultant pour somnolence excessive. Le diagnostic repose sur la restitution d'une vigilance diurne normale quand le temps de sommeil nécessaire au sujet est restauré.

**La SDE peut donc être secondaire à des pathologies qui nécessitent une exploration de la veille et du sommeil et une prise en charge dans des centres spécialisés. Or ces centres sont en nombre insuffisant ou disposent de moyens notoirement insuffisants, expliquant les longs délais d'attente.**

**La SDE peut aussi être induite par des impératifs de travail, nécessitant un dialogue avec les médecins du travail.**

**La SDE peut aussi être liée à des erreurs d'hygiène de vie nécessitant l'information des sujets, l'explication de leur trouble et la façon dont ils peuvent eux-mêmes les améliorer par une meilleure gestion de la durée et de leurs horaires de sommeil. Cette information nécessite que les médecins généralistes soient mieux formés à la physiologie et aux pathologies du sommeil.**

Quelle que soit la cause de la SDE, les conséquences délétères sur la vie quotidienne sont importantes, notamment en matière d'accidents. Ceci a justifié en mai 1997, la promulgation d'un décret rendant obligatoire la déclaration, par le malade lui-même, de sa pathologie ou de sa SDE à la commission du permis de conduire. Le médecin étant tenu d'informer le sujet sur les risques qu'il encourt. Une révision de la loi sur le permis de conduire est en cours. Il semble que les hypersomnies et la SDE feront partie des pathologies surveillées et pourront faire l'objet, dans certains cas, de contre-indications temporaires ou définitives à la conduite automobile.



## **SOMNOLENCE, VIGILANCE : QUELLES SOLUTIONS AUJOURD'HUI EN TERME DE SECURITE ROUTIERE ?**

**Docteur Pierre PHILIP,**

*Chargé de mission auprès de la délégation interministérielle à la sécurité routière*

Une meilleure sécurité routière pourrait résulter de la prise en compte des facteurs en cause dans les manifestations de somnolence et le manque de vigilance. Inciter à la responsabilité de tous à l'égard de ces problèmes est d'autant plus de rigueur au regard du nombre de personnes tuées chaque année sur la route ; ceux pour qui l'erreur a été sanctionnée de manière irrémédiable.

6 000 tués chaque année, un chiffre qui a incité les pouvoirs publics à placer la lutte contre la violence routière dans l'une de ses trois priorités actuelles.

Le public est régulièrement informé du problème de la sécurité routière, mais il est aujourd'hui encore peu conscient de ses causes qui méritent d'être approfondies. Parmi elles, la vigilance et somnolence sont insuffisamment prises en compte. La somnolence représente entre 20 et 30 % des accidents selon le trajet... Le manque de vigilance est fréquent, sous-estimé, un seul moment d'inattention peut être fatal... or, qui n'a jamais mis trop tard le pied sur le frein parce qu'il était aux prises avec ses pensées ?

**Indépendamment des maladies du sommeil, la dette de sommeil (un conducteur sur 2 prend la route lors de grands départs avec un manque de sommeil) et les médicaments psychotropes peuvent être en cause dans un défaut de vigilance.**

**Vers une meilleure sensibilisation et prévention...**

**La Journée sur le Sommeil est un moment important de sensibilisation. Une telle initiative et son retentissement médiatique constitue un acte de axe de prévention, en complément des initiatives du gouvernement. Au-delà des traitements, des conseils simples existent, et c'est ce jour-là l'occasion de le souligner.**

### **Quelques conseils simples pour bien se comporter au volant...**

- ▶ **Respecter son propre besoin de sommeil la veille d'un grand départ, d'autant plus s'il survient en fin de semaine (la durée du sommeil étant réduite au cours de la semaine, le taux de somnolence augmente le vendredi)**
- ▶ **Si une somnolence survient lors de la conduite s'arrêter et faire une sieste réparatrice. Si besoin et s'il n'y a pas de contre indication médicale deux cafés avant la sieste peuvent faciliter le réveil.**
- ▶ Bannir la consommation d'alcool et éviter autant que possible la prise de médicaments qui peuvent entraîner une somnolence
- ▶ Eviter de manger des plats trop lourds, en revanche, boire et manger régulièrement au cours du voyage
- ▶ Respecter un temps de pause toutes les 2 heures, marcher et faire quelques mouvements pour se dégourdir
- ▶ Ne pas conduire plus de 6 heures par 24 heures

### **La vigilance au volant à l'étude... les recherches en cours sont un espoir pour la sécurité routière**

La complexité de la conduite automobile est variable selon les types de trajets (durées, espace dans le véhicule, paramètres ambiants, tel que la lumière, la pluie...). Un véhicule est un « univers » qui se prête aisément à son étude... ainsi, des moyens de simulation existent à des fins scientifiques d'exploration. Les experts tentent aujourd'hui de trouver des solutions grâce à des systèmes de détection automatique de baisse de la vigilance ou de déclenchement d'alerte à l'attention du conducteur.

Mais l'identification et la compréhension des mécanismes en cause dans la baisse de vigilance et d'attention sont nécessaires pour préciser l'importance de facteurs à l'origine de ces modifications physiologiques et comportementales.

Comprendre les vulnérabilités individuelles à la privation de sommeil est une des pistes majeures de la lutte contre la somnolence au volant.

En situation de laboratoire ou en situation réelle sur les routes, les facteurs de situation sont passés au crible par les chercheurs (manque de sommeil, période de la journée ou de la nuit, type de trajet ... ou encore la température, le bruit, les vibrations, la lumière...).

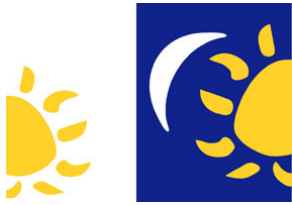
**En conclusion, comprendre le risque lié à la somnolence est un des moyens de réduire l'accidentologie. Informer le grand public et les médecins sur les dangers de la somnolence semble une piste encore trop peu exploitée.**

**Si les acteurs de la sécurité routière ont pris conscience du danger, il faut maintenant sensibiliser le personnel soignant à dépister la somnolence sans la considérer comme une simple fatigue.**

**Enfin, une meilleure reconnaissance des spécialistes du sommeil, voire une compétence clairement identifiée (comme pour la gériatrie ou la médecine du sport), permettrait au grand public de mieux identifier les nouveaux acteurs médicaux de la lutte contre l'insécurité routière.**

\*\*\*





## L'HYPOVIGILANCE AU POSTE DE TRAVAIL

**Docteur Alain MUZET, CNRS-CEPA, Strasbourg**

*Président du Conseil Scientifique de l'ISV*

**La vigilance, que l'on peut également qualifier de « niveau d'éveil », est un état physiologique qui caractérise la capacité qu'a l'individu de percevoir et de comprendre la signification des informations présentes dans son environnement et de prendre une décision en adéquation avec celles-ci.** La baisse de ce niveau de vigilance, ou du niveau d'éveil, peut s'accompagner alors d'une perception qui peut être altérée, d'une mauvaise compréhension de l'intérêt ou de la gravité de l'information et d'une prise de décision qui, selon le cas, peut être erronée, inadaptée ou trop tardive. **L'exemple de la conduite automobile permet de bien comprendre comment des petits retards successifs, mais cumulés aux différentes étapes du traitement des informations visuelles jusqu'à la décision de manœuvrer les commandes du véhicule, peuvent conduire ce dernier contre un obstacle ou dans le fossé. Il peut en être de même au poste de travail où, selon la nature des informations et selon la rapidité avec laquelle celles-ci doivent être traitées, l'erreur finale sera minime ou considérable.**

Bien entendu, la baisse du niveau de vigilance doit être surveillée et traitée de façon adaptée en raison des dangers qu'elle fait courir à l'opérateur. Toutefois, ces baisses de vigilance sont rarement perçues par celui-ci lorsqu'elles débutent et leur perception est souvent tardive, trop tardive... De plus, les fluctuations de la vigilance, ou du niveau d'éveil, sont naturelles et spontanées tout au long de la journée de travail. Parfois perceptibles (en début d'après midi), elles sont souvent insoupçonnées ou attribuées, à tort, à un besoin de sommeil (devant un écran de télévision). Elles sont, évidemment, particulièrement présentes dans certains types d'activités.

### **Le travail de nuit**

Le travail de nuit est caractérisé par une grande difficulté que rencontre la plupart des personnes qui y sont contraintes : une impérieuse envie de dormir au cours de la deuxième moitié de la nuit, souvent associée à une sensation de froid ou d'inconfort thermique. Cette baisse marquée de la vigilance est contemporaine du passage de la température du corps à sa valeur la plus basse de la journée. Dans cette situation, la monotonie de la tâche et/ou l'absence de stimulations de l'environnement immédiat augmentent la fréquence et l'importance de ces baisses de vigilance.

### **Le travail posté**

Le travail posté est tout aussi, voire plus, difficile que le travail de nuit. L'opérateur est alors confronté aux mêmes difficultés que celles du strict travail de nuit, mais celles-ci sont encore majorées par un changement continu des horaires de travail et un bilan sommeil tout à fait défavorable. En effet, les changements successifs des horaires de travail entraînent une désorganisation profonde des rythmes biologiques et, parmi ces derniers, de celui du rythme veille-sommeil. La conséquence essentielle en est le manque chronique de sommeil induit par les difficultés à s'endormir à des heures variables associées à une désynchronisation existant entre le rythme de vie et celui de la température corporelle. Le travailleur posté sera, dans la plupart des cas, plus souvent confronté que n'importe quel autre travailleur aux baisses de vigilance sur son lieu de travail.

### **Mais aussi....**

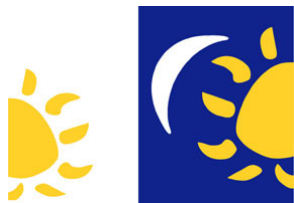
*L'hypovigilance post prandiale* qui survient essentiellement en début d'après midi n'est pas, *stricto sensu*, liée à la prise alimentaire mais plutôt à la position particulière de ce moment de la journée. Ainsi, elle est parfaitement vérifiable chez des personnes qui déjeunent de façon frugale et même chez des personnes qui ne prennent pas de repas. Il est intéressant de souligner que cette baisse de vigilance est également peu éloignée du moment du passage de la température corporelle par sa valeur maximale de la journée.

*Le manque chronique de sommeil* est souvent la conséquence d'une mauvaise gestion du rythme activité-repos. Les multiples occupations et occasions de prolonger une journée déjà bien remplie, laissent peu de place au sommeil récupérateur. Le choix de l'heure du coucher est, la plupart du temps, laissé à notre seul arbitre tandis que l'heure du réveil est dépendante de la reprise de nos activités professionnelles. La plupart des enquêtes réalisées, tant chez des personnes adultes que chez des enfants, montrent que la plupart des gens présentent un bilan sommeil négatif. Il est consacré à celui-ci un temps qui est inférieur de une à deux heures à la norme définie pour un âge ou une période de la vie. Ce manque chronique de sommeil est en partie compensé par la prise occasionnelle de siestes ou des éveils tardifs lors des journées de congés. Il se traduit néanmoins par une fatigue ressentie, souvent exprimée et fréquemment attribuée à d'autres causes.

*Les troubles du sommeil et de la vigilance* peuvent être insidieux ou nécessiter une consultation spécialisée. Dans leur grande majorité, ces troubles se traduisent par une fatigue et une somnolence diurne. A une mauvaise qualité du sommeil correspond inéluctablement une mauvaise qualité de la veille. Certains de ces troubles peuvent affecter les travailleurs à horaires décalés et plus précisément les travailleurs de nuit et les travailleurs postés. Dans ce cas, la mauvaise qualité de la veille affectera les périodes où ces travailleurs sont actifs et, plus particulièrement, la nuit.

**En conclusion, il est important de faire une évaluation sérieuse du rythme veille-sommeil de la population et d'identifier les causes de la réduction du temps consacré au sommeil. Les répercussions d'un manque chronique de sommeil dépassent le seul cadre individuel car elles touchent directement le monde du travail en termes, non seulement de productivité, mais aussi de sécurité et d'accidents du travail. Elles touchent de façon plus générale le tissu social sous de multiples aspects et ceci constitue un véritable enjeu de santé publique.**

\*\*\*



## VERS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES MIEUX FORMÉS POUR IDENTIFIER LA SOMNOLENCE EXCESSIVE

**Docteur Sylvie Royant-Parola,**

*Syndicat de la Médecine du Sommeil et de la Vigilance (SMSV)*

On passe le 1/3 de notre vie à dormir, mais l'homme endormi n'a réellement intéressé les scientifiques et les médecins que depuis le milieu du siècle dernier. La médecine du sommeil est donc récente ! Au cours de ses études le futur médecin généraliste a en tout et pour tout 2 heures, exceptionnellement 3 heures de cours, consacrés au sommeil. Ceci explique que le médecin généraliste soit démuné face aux troubles du sommeil.

La somnolence ne fait pas partie des symptômes recherchés au cours d'une consultation. Pourtant on note une évolution. Depuis 20 ans grâce aux nombreux articles grand public et scientifiques, grâce aussi aux émissions de radio ou de télévision, les apnées du sommeil sont enfin connues du public et des médecins généralistes. En ce qui concerne les autres causes de somnolence diurne, la méconnaissance des maladies sous-jacentes persiste. Les médecins sont toujours très étonnés d'apprendre que la narcolepsie, maladie qu'ils ne connaissent pas, est aussi fréquente que la sclérose en plaque, que tout médecin connaît.

Ce constat a amené le Syndicat de la médecine du Sommeil et de la Vigilance à mettre en place sur l'Ouest parisien un réseau de santé consacré aux troubles chroniques du sommeil : le Réseau Morphée (<http://www.reseau-morphee.org>). Son objectif est d'impliquer le médecin généraliste dans la prise en charge de ces pathologies. Ce réseau dont la mise en place a débuté l'année dernière, commence à prendre en charge des patients depuis janvier 2004. **Pour modifier le comportement des médecins généralistes face à un trouble du sommeil, le réseau propose 2 outils. Le premier est un dossier médical partagé structuré, qui est informatisé et accessible par tous les médecins du patient, et par le patient lui-même via une plate-forme Internet sécurisée. Grâce à la logique du contenu du dossier, le médecin apprend à poser les bonnes questions, et à différencier ce qui est pathologique de ce qui est normal. Par ailleurs, le réseau propose une formation pragmatique et opérationnelle dont les objectifs pour les somnolences diurnes excessives sont de donner au médecin généraliste les bases qui lui permettront de suspecter une pathologie et de surveiller les traitements mis en place par le spécialiste.**

In fine le réseau Morphée devrait permettre aux médecins de travailler plus étroitement ensemble autour du patient.

\*\*\*