

LETTRE N° 31**EDITORIAL**

Le ministère de la santé a publié un nouvel arrêté le 16 décembre 2017 au JO:

<https://www.legifrance.gouv.fr/jo/pdf.do?id=JORFTEXT000036209897>

qui actualise les modalités de prise en charge du traitement du syndrome d'Apnées du Sommeil, en appliquant le développement du télésuivi dans le but d'améliorer l'observance des traitements par Pression Positive Continue.

Un consentement « libre et éclairé, explicite et documenté » pour le recueil des données va vous être proposé exclusivement par votre prestataire (en application de l'article 3 de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 modifié relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les prestataires, mentionnés à l'article L5232-3 du code de la Santé Publique, sont les responsables des traitements des données à caractère personnel qu'ils mettent en œuvre en vertu de l'article L.1651.3 du Code de la Sécurité Sociale).

Ce consentement autorise le traitement des données de façon

exhaustive en conformité avec les exigences de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Ce consentement devra également porter sur la possibilité de traitement des données du patient de manière anonymisée et agrégée à des fins d'études en conformité avec les exigences de la CNIL.

Afin de pouvoir bénéficier du télésuivi de ses données le patient peut donner son consentement sur le même document.

Bien que non souhaitable pour le suivi rapproché et rapide de votre traitement, votre consentement est réversible (décision de passer du mode télésuivi vers non télésuivi et/ou d'accepter ou de refuser le relevé de vos données), pour des raisons qui vous seraient propres). Sachez que dans ce cas, les forfaits de remboursements applicables à votre prestataire seraient minorés.

La rémunération de votre prestataire s'établira selon des tarifs négociés par la Caisse d'assurance Maladie et en fonction

de votre observance par période de 28 jours consécutifs :

- + de 112h, tarif: 18,3€/semaine
- de 56h à 112h, 16,5€/semaine
- Inférieur à 56h, 7€/semaine

Si le patient n'est pas à ce stade pénalisé, il est à noter « qu'une observance inférieure à 56h pour 28 jours (soit <2H/nuite), doit être considérée comme médiocre et son efficacité sujette à caution ». Une observance de 112h sur 28 jours (4h/nuite minimum) est nécessaire pour retirer des bénéfices cardiovasculaires.

Pour ne pas être pénalisé, votre prestataire devra vous soutenir afin d'obtenir la meilleure observance possible, ceci dans l'intérêt de votre santé.

En cas de mauvaise tolérance ou observance inférieure à 112h par période de 28 j consécutifs, le médecin prescripteur doit être alerté par le prestataire.

Les modifications essentielles : pour la prescription de la PPC sont:

- l'IAH (Indice d'apnée hypopnée) par heure d'enregistrement à l'analyse polygraphique ou polysomnographique supérieur à 30

- ou supérieur à 15/h avec risque de somnolence diurne et/ou risque accidentel pouvant entraîner un dommage corporel direct ou indirect
- IAH supérieur à 15 et inférieur à 30 chez des patients présentant des pathologies cardiovasculaires, ou respiratoires sévères.

Le prescripteur devra en première intention et avant prescription d'une machine de PPC, examiner l'alternative de prescription d'une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) selon des critères définis.

La qualité des prescripteurs de dispositifs de ventilation par PPC pouvant effectuer une prescription initiale ou son renouvellement est limitée à un pneumologue ou un médecin dont le parcours de développement professionnel continu « Sommeil » est attesté par le Conseil National Professionnel (CNP) de la spécialité concernée ou par le Collège de Médecine Générale (CMG) selon l'article R 4021-4 du code de la Santé Publique sur des règles communes recommandées dans le cadre de la Formation Spécialisée Transversale « Sommeil » et validées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), validation devenant obligatoire ,

pour toutes les spécialités après le 1^{er} janvier 2020.

Par dérogation à partir de la quatrième prescription (soit la 3^e prescription annuelle), le renouvellement de la PPC peut être réalisé par votre médecin traitant.

Toute prescription initiale et tout renouvellement fera l'objet d'une demande d'accord préalable auprès du service médical placé des caisses d'Assurance Maladie obligatoire sur laquelle figurera les résultats IAH de la polygraphie ou de la polysomnographie. Le compte-rendu sera donc transmis

à l'appui de la demande d'accord préalable.

D'autres tarifs concernent la prestations d'oxygénothérapie ou la prescription de PPC aux patients pédiatriques et sont consultables en suivant le lien susmentionné.

Pour votre santé, soyez OBSERVANTS !

**Nathalie Puisais,
Présidente de « Sommeil et Santé »**



Mémo

Prenez note de notre participation à la :

18^e Journée Nationale du Sommeil
« OUVRE L'ŒIL SUR TON SOMMEIL » -

LE SOMMEIL DES JEUNES DE 15 A 25 ANS

LE VENDREDI 16 mars 2018 de 14H à 16H30
que nous tiendrons à la salle J.Vauclair
Place Maurice Gunsbourg
92140 CLAMART
(Clamart Centre. Proche Mairie)

EDITORIAL	1
COLLOQUE DU 7 Octobre 2017 – AGO – CA	5
Assemblée Générale Ordinaire	5
TABLE RONDE DU COLLOQUE SOMMEIL ET SANTE DU 7 OCTOBRE 2017	9
1. ACTUALITES SUR LE SOMMEIL	13
1.1 LES ORTHÈSES D’AVANCÉE MANDIBULAIRE	13
1.2 SAS ET INSOMNIE	16
1.2.1 Une comorbidité à la prévalence élevée mais sous-estimée.	16
1.2. 2 Un lien bidirectionnel et des conséquences délétères synergiques.....	17
1.2.3 Une prise en charge délicate, priorité au SAS ?	18
1.2.4 Quels traitements pour l’insomnie ?	19
Messages :	20
Figure 1 : Echelle d’évaluation de la sévérité de l’insomnie.....	21
Figure 2 : Agenda du sommeil pour mesurer :	21
2. AGENDA	22
3. BULLETIN D’ADHESION	24

COLLOQUE DU 7 Octobre 2017 – AGO – CA

L'après-midi a commencé par l'Assemblée Générale Ordinaire de l'Association dans le cadre de l'Amphithéâtre de la Faculté de l'Hôpital Antoine Béchère à Clamart, suivi du colloque.

Le colloque s'est déroulé autour de trois conférences :

- **Table ronde avec les Prestataires : La nouvelle LPP (Liste des Produits et Prestations) pour la prise en charge de la PPC : que va-t-elle changer pour vous ?** Organisation du Centre de Médecine du Sommeil à l'Hôpital Antoine Béchère
- **Atelier Insomnie: que faire pour traiter l'insomnie chez les patients apnéiques? Dr Claire COLAS DES FRANCS, Béchère**
- **Atelier OAM: L' Orthèse d'avancée Mandibulaire comme alternative à la PPC : pour qui et comment ? Dr GIRAUD, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart**

Assemblée Générale Ordinaire

En rappel : Sommeil et Santé est une association de patients, de professionnels de santé, ainsi que d'autres personnes, créée en 1998 dans le but de faire reconnaître les troubles du sommeil et de l'éveil comme une priorité de santé publique et d'apporter une aide aux patients qui en souffrent.

L'Assemblée Générale est présidée par Mme Nathalie Puisais, et Paul KOPP, trésorier de l'association.

M. Nathalie PUISAIS présente le rapport moral :

Bilan 2016

- Organisation de la Journée du Sommeil le 18 mars 2016
- Participation au Congrès du Sommeil de Strasbourg
- Organisation du Colloque 2016 de l'Association
- Participation à des Groupes d'Education Thérapeutique (GET) de patients apnéiques à Béclère
- Parution des lettres N° 27-28-de l'Association
- Représentant des usagers au niveau des Hôpitaux Universitaires Paris Sud (Béclère, Bicêtre, Brousse)
- Participation aux réunions du SNITEM (Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales), de l'INSV (Institut National du Sommeil et de la Vigilance) et du réseau Morphée
- Mise à jour du site internet au fil de l'eau.

Actions 2017

- Organisation de la Journée du Sommeil du 18 mars 2017 « Dormir seul ou pas, quel impact sur le Sommeil ? »
- Participation à des Groupes d'Education Thérapeutiques (GET) de patients apnéiques à Béclère
- Parution des lettres 29 et 30
- Représentation des Usagers au niveau des Hôpitaux Universitaires Paris Sud (Béclère, Bicêtre, Brousse)
- Participation aux réunions du SNITEM (Syndicat National de l'Industrie et des technologies Médicales, de l'INSV (Institut National du Sommeil et de la Vigilance) et du Réseau Morphée.
- Organisation du Colloque 2017 et participation au congrès du sommeil à Marseille en novembre 2017 ; tenue d'un stand dans le Village du Sommeil par Mr Paul KOPP et Nathalie PUISAIS
- ***Soutien à l'action des Prestataires de Santé à Domicile contre la baisse des remboursements par l'Assurance Maladie du traitement de l'apnée du sommeil et d'autres affections***
- ***Participation à la Commission de travail avec Mr André Tanti du CEPS (Comité Economique des Produits de Santé – Section des Dispositifs Médicaux) du Ministère des Solidarités et de la Santé avec les Syndicats***

de Médecins, de prestataires, de représentants des caisses d'Assurance Maladie et des constructeurs de matériel pour l'élaboration de nouvelle nomenclature de la PPC d'avril à décembre 2017 (Mme Nathalie Puisais et Mr Paul KOPP) ;

- ***Participation au CA de l'Institut National Veille Sommeil***
- ***Participation au CA du Réseau Morphée***
- ***Echanges avec les Elus de Clamart (Michel Riottot)***
- ***Représentation de « Sommeil et Santé » auprès de l'ARS Ile de France (Agence Régionale de Santé)***
- ***Contact direct avec les Municipalités – service Santé par Mme Danielle Rambaudon pour faire mieux connaître notre Association.***
- ***Participation au Colloque « COOPERATION SANTE » de la Fondation PiLeJe sous l'égide de la Fondation de France à l'Institut Imagine Paris « Les nouveaux habits d'Hippocrate : une mutation des métiers et des acteurs de la santé ».***
- ***Participation à la table ronde sur « La santé au Travail : le sommeil, enjeu de productivité ? organisé par le MEDEF Ile de France et en partenariat avec Harmonie Mutuelle***
- ***Réunion et échanges avec le service de Santé de la Mairie de Clamart : Mr Michel Riottot et le Pr Pierre Escourrou en vue de l'organisation de la journée du 16 mars 2018 ;***
- ***Préparation de la conférence du 5 mars 2018 sur le sommeil pour les aînés de Clamart au club Améthyste du Jardin Parisien.***

Monsieur Paul KOPP, Trésorier, présente le rapport financier (Compte de résultat et Bilan) pour l'exercice 2016.

Ce rapport fait apparaître un résultat négatif de 1 460,42 € pour 2016 contre un résultat positif de 474,25 € pour 2015. Cette forte chute du résultat est la conséquence d'une dérive des charges d'activité à recettes pratiquement constantes (cotisations et contributions des partenaires). Ces charges ont mieux été maîtrisées depuis le début de 2017.

Compte de Résultat 2016

PRODUITS		CHARGES	
Cotisations (49 dont 9 nouveaux)	1 425.00 €	Frais domiciliation (SDM)	1 022.52 €
Subventions + Participations	1 500.00 €	Frais tenue de compte CEIF	72.00 €
Prestations fournies	0.00 €	Assurance	116.91 €
Produits financiers et produits excepti	35.32 €	Impression + Expédition lettres + Frais confères	1 981.32 €
		Déplacements (Congrès de Strasbourg)	1 174.59 €
		Autres frais de fonctionnement	53.40 €
TOTAL	2 960.32 €	TOTAL	4 420.74 €
Résultat de l'exercice 2016		-1 460.42 €	

Bilan au 31/12/2016

ACTIF		PASSIF	
Produits à recevoir	1 630.00 €	Report à nouveau	7 15820 €
Disponibilités	4 287.78 €	Résultat (déficit)	-1 460.42€
<i>Compte courant</i>	917.34 €	Charges à payer	20.00 €
<i>Livret</i>	3 370.44 €	Produits constatés d'avance	200.00 €
TOTAL	5 917.78 €	TOTAL	5 917.78 €

Renouvellement du Conseil d'Administration et du bureau de l'Association

Après appel à candidature infructueux, l'Assemblée Générale réélit les 11 membres du précédent Conseil d'Administration élus au cours de l'AG 2016.

La nouvelle composition du Conseil d'Administration élu est la suivante :

M. Philippe DUPONT

Pr Pierre ESCOURROU

M. Pierre GAILLARD

M. Armel GRASLAND

Mme Virginie HOUARD

M. Paul KOPP

Mme Nathalie PUISAIS

Mme Danielle RAMBAUDON

M. Michel RIOTTOT

Dr Sylvie ROYANT-PAROLA

M. Pierre SARRETTE

Le Conseil d'Administration dans sa nouvelle composition se réunit à l'issue du colloque et élit les membres du bureau :

Président : Mme Nathalie Puisais,

Vice-président délégué : Pr Pierre Escourrou,

Vice-présidente : Dr Sylvie Royant-Parola,

Vice-président : M. Michel Riottot,

Trésorier : M. Paul Kopp,

Secrétaire : Mme Danielle Rambaudon.

TABLE RONDE DU COLLOQUE SOMMEIL ET SANTE DU 7 OCTOBRE 2017

Liste des produits et des prestations (LPP) en matière de traitements du sommeil

La table ronde réunissant des prestataires (ADEP, GEP, Orkyn, SOS-Oxygène, Vitalaire) a été animée par le professeur Pierre Escourrou et Nathalie Puisais, présidente de l'association Sommeil et Santé.

Pierre Escourrou indique qu'une nouvelle prise en charge des produits et prestations des pathologies liées à l'apnée du sommeil a été élaborée par le Ministère de la Santé en concertation avec les partenaires : médecins, associations de patients, prestataires et constructeurs. Cela va modifier le remboursement des différents traitements, appareillages et orthèses. Un projet de décret donnant une liste des produits et des prestations (LPP) a été présenté en juillet 2017.

Les prestataires réunis ont résumé les différents points de cette LPP et répondu aux questions des adhérents de notre association.

Marc Van Parys (Vitalaire) a présenté un diaporama résumant les principales opportunités et les changements introduits dans cette LPP.

-Conditions de prise en charge: (voir éditorial)

Via le télésuivi, le prestataire doit surveiller le patient, le remboursement de ses prestations par l'assurance maladie dépendra de la manière dont le patient observe son traitement. Il y aura trois catégories de patients et donc de remboursements :

- Bon observant : utilisation de sa machine de PPC 4 heures et plus/ nuit
- Moyen observant utilisation PPC entre 2 et 4 heures/nuit
- Non observant moins de 2 heures/nuit
- Ces observances seront liées à différents niveaux de remboursements pour le prestataire, qui en conséquence, devra suivre attentivement le patient et le conseiller. Tout ceci n'a aucune conséquence financière pour le patient.
- Télésuivi : la récolte quotidienne des informations télétransmises améliorera le suivi des patients et la réactivité aux anomalies.
- Extranet : les prestataires vont développer un système très protégé de conservation des données de chaque patient. Ceux-ci pourront accéder à leurs données personnelles moyennant un code fourni par le prestataire le médecin traitant aura les mêmes possibilités d'accès.
- Visites de suivi des patients chez le prestataire. Les patients qui le souhaitent pourront se rendre dans les locaux du prestataire pour leur suivi.

L'exposé terminé, des questions sont posées par l'auditoire.

- Références du texte du décret au Journal Officiel ? elle figure dans le bulletin de l'association (voir édito)
- P. Escourrou : comment les données vont-elles être transmises aux patients ?
- Orkyn : a mis en place un télésuivi depuis 2013 et a développé des outils informatiques. Deux possibilités : le médecin traitant a les données fournies par Orkyn et les donne à son patient...ou le patient va sur le site

internet « Orkyn et moi », et moyennant un code, pourra accéder à ses données personnelles. Ces accès chez tous les prestataires devront être mis en place pour le 1^{er} janvier 2019.

- ADEP : Les prestataires devraient fournir directement les données aux patients lors de la visite annuelle.
- SOS prévoit aussi de mettre en place un accès patient
- Pierre Escourrou pose la question du formulaire de consentement
- ADEP : les prestataires pensaient que le Ministère allait élaborer un formulaire-type mais ce n'est pas le cas, en dépit d'une intervention de Nathalie Puisais qui a fourni un modèle de formulaire. Il est probable qu'en raison des différents aspects juridiques liés à des consentements multiples, l'Etat ne s'est pas engagé. Les services juridiques des différents prestataires vont travailler à ces formulaires. En effet, certains patients refusent que leurs données soient transmises à l'assurance maladie car une perméabilité entre ces dernières et les entreprises peut exister et certaines professions telles les chauffeurs routiers n'y tiennent pas car ils risquent de perdre leur emploi malgré un traitement bien utilisé.
- Ces formulaires comporteront au moins trois types de consentement : celui lié à l'acceptation du télésuivi, celui de la transmission des données au médecin et enfin la transmission des données à la caisse d'assurances maladies.
- Les remboursements des prestataires seront dépendants des consentements, mais ceci n'aura aucune conséquence pour les patients, excepté pour ceux qui refusent tous les consentements. Ces derniers auront alors un tarif de remboursement modulé.
- La puce 4 G incluse dans l'appareil de PPC qui permet de transmettre les données est-elle éteinte la nuit ?
- La communication des données se fait en dehors des périodes où la PPC est active (hors de la période où le patient est sous aide respiratoire).
- Son fonctionnement n'a rien à voir avec un smartphone mais le mode de transmission est variable d'un constructeur à l'autre.
- En cas de changement d'appareil, il n'y aura pas à renouveler le consentement
- Le Conseil d'Etat a cassé en 2014 le premier décret sur l'application du télésuivi, y-aura-t-il des recours sur ce nouveau ?
- Il est probable qu'il sera plus consensuel car d'une part il a été travaillé par les différentes parties, et d'autre part, il ne met plus le doigt dans le piège

de l'habilitation du Ministère à prendre en compte les données du télésuivi pour le remboursement du patient.

- Mettre à disposition du médecin les données est-ce efficace et quel est le délai de renouvellement des appareils?
- Oui, la transmission des données permet au médecin d'affiner les réglages des machines et améliorer le traitement, ce qui est tout bénéfique pour le patient.
- Les machines de PPC sont amorties en 4 ans mais leur durée de vie est bien plus importante. Leurs progrès ne résident plus actuellement dans le développement des algorithmes qui pilotent la machine car ils semblent avoir atteint leur efficacité maximum, mais ils résident dans la simplification et l'allègement pondéral de la machine. Ceci la rend plus pratique pour le patient.
- Pierre Escourrou indique que les données permettent de montrer que les risques cardiovasculaires sont diminués pour des observances de plus de 4 heures par nuit. Le coût annuel pour les 800 000 patients traités en France est de près d'un milliard d'euros.
- Renouvellement de la prescription de la PPC
- Après le temps d'adaptation, et les premières visites chez le spécialiste ou le médecin agréé, le renouvellement pourra être prescrit par le généraliste au bout de la 3^{ème} prescription.
- Visite chez le spécialiste ? 1 visite à 4 mois puis 1 par an
- Suivi chez le prestataire ? 3 visites dans les 4 premiers mois, ensuite au moins une visite par an si le patient est un bon observant.
- Réglages de la machine à distance ? C'est possible mais elle ne peut être faite que s'il y a un avis médical.
- Problème des consommables : le prestataire doit prévoir de donner masques, tuyaux, filtres en quantité suffisante pour éviter d'avoir à intervenir plusieurs fois par an.
- La visite chez le spécialiste ? C'est le prestataire qui précise au patient s'il a besoin de conseils de son spécialiste en raison des données qu'il a analysées.

Le professeur Escourrou, après ces échanges très riches, remercie les intervenants pour la qualité des informations qu'ils ont transmises et leurs réponses aux questions de la salle.

1. ACTUALITES SUR LE SOMMEIL

1.1 LES ORTHÈSES D'AVANCÉE MANDIBULAIRE

Docteur Olivier GIRAUD

Service de chirurgie plastique et chirurgie maxillo-faciale

Hôpital d'Instruction des Armées PERCY

101 avenue Henri Barbusse – 92140 CLAMART

Les orthèses d'avancée mandibulaire constituent une alternative aux dispositifs de pression positive dans le traitement du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Leur prise en charge est améliorée par les organismes sociaux et elles en constituent actuellement, dans la plupart des cas, le traitement préférentiel sous réserve de faisabilité.

Principe :

Les apnées du sommeil sont liées à une obstruction du pharynx par contact de la luette avec la langue et relâchement des parois du pharynx.

Le principe du dispositif est d'avancer la mandibule (maxillaire inférieur) afin de faciliter le flux d'air lors de la respiration en :

-augmentant le calibre des voies aériennes supérieures,

-mettant les parois pharyngées en tension, ce qui diminue le risque d'obstruction des voies aériennes supérieures.

Il est composé de deux gouttières en silicone, l'une pour la mandibule, l'autre pour le maxillaire, reliées par deux languettes (bielles).

Pour qui ?

Les orthèses d'avancée mandibulaire sont destinées aux patients présentant des troubles respiratoires du sommeil sous forme d'apnées (pauses respiratoires) ou d'hypopnées (diminution de l'amplitude respiratoire) obstructives, ou bien des ronflements (ronchopathie) durant leur sommeil.

Les patients sont adressés par un spécialiste du sommeil (pneumologue, ORL, neurologue, cardiologue), le plus souvent après un enregistrement polysomnographique.

On distingue trois cas de gravité décroissante :

-SAOS sévère si IAH (Indice d'Apnées Hypopnées) > 30

-SAOS modéré à léger si IAH entre 30 et 5

-Ronchopathie simple si IAH < 5

Les dispositifs sont pris en charge par les organismes sociaux (sécurité sociale et mutuelle) si l'index d'apnée est supérieur à 30 ou en cas de somnolence diurne (risque d'accident de la route, du travail, etc.) ou de retentissement sur l'état général (en particulier cardiaque avec hypertension artérielle, mais aussi baisse des performances intellectuelles et physiques, dépression, isolement social). La prise en charge est soumise à entente préalable, dont la demande doit être effectuée par le prescripteur spécialiste du sommeil.

Il n'y a pas de remboursement en cas de ronchopathie simple, l'appareillage étant alors considéré comme un dispositif de confort.

Comment ?

Le prescripteur rédige une demande d'entente préalable pour la prise en charge par la sécurité sociale et la mutuelle.

Le patient doit :

-garder une copie de cette demande d'entente préalable ;

-attendre deux semaines à l'issue desquelles la sécurité sociale ne répond pas (demande acceptée) ou adresse une réponse positive ou négative.

La prise en charge d'une orthèse d'avancée mandibulaire ne se cumule pas avec celle d'un dispositif de pression positive.

La faisabilité nécessite une consultation de stomatologie avec examen clinique et bilan radiologique au moyen d'une radiographie panoramique, idéalement demandée au préalable par le prescripteur.

Ceci permet :

- une évaluation dentaire : nombre et état des dents, soins à réaliser, stabilité des prothèses amovibles ;
- une évaluation parodontale : état de la gencive, état de l'os alvéolaire qui soutient les dents ;
- une évaluation articulaire : ouverture buccale, douleurs, claquements, craquements, arthrose des deux articulations temporo-mandibulaires.

A l'issue de la consultation, un devis estimatif est remis au patient, puis vient le temps prothétique avec :

- prise des empreintes dentaires ;
- réalisation d'un modèle d'étude en plâtre ;
- mesure de l'avancée maximale de la mandibule ;
- envoi de ces éléments au laboratoire avec fabrication assistée par ordinateur.

Le dispositif est ensuite réceptionné et posé sur le patient avec des réglages et des conseils d'entretien et de marche à suivre en cas de problèmes (douleurs, intolérance physique ou psychologique).

Par la suite est effectuée une titration avec des contrôles prothétiques et cliniques portant sur la tolérance, l'efficacité, l'état dentaire, gingival et articulaire et comportant des ajustements en plus ou en moins de la propulsion mandibulaire au moyen des biellettes réglées de mm en mm.

Enfin, le spécialiste du sommeil procédera à un enregistrement de contrôle du sommeil pour juger de l'efficacité du dispositif.

Au total, les orthèses d'avancée mandibulaire constituent un moyen simple et peu encombrant, généralement bien toléré et efficace, du traitement du syndrome d'apnée du sommeil.

1.2 SAS ET INSOMNIE

Dr Claire Colas des Francs, octobre 2017.

Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) et l'insomnie sont les deux pathologies les plus fréquentes parmi les troubles du sommeil (respectivement 8 % et 20 % des français). Elles ont longtemps été mises en opposition, le SAS étant caricaturé par un homme, ayant un surpoids, ronflant la nuit et somnolent dans la journée alors que l'insomniaque était une femme mince anxio-dépressive et un peu hyperactive dans la journée.

Depuis des années, nous voyons arriver en consultation des patients insomniaques, qui se sont entendus dire qu'ils n'avaient « rien », suite à une polygraphie ventilatoire [PV] négative ; attention, cet examen ne suffit pas à éliminer un SAS chez un insomniaque et quand bien même l'insomniaque n'aurait effectivement pas de SAS associé, une prise en charge médicale est justifiée.

En réalité, l'insomnie est souvent l'un des principaux symptômes de SAS, en particulier chez les femmes¹. D'ailleurs la sémiologie des deux entités a de nombreux points communs : fragmentation du sommeil, sommeil non récupérateur, troubles de concentration, de la mémoire et de l'attention, troubles de l'humeur, impact socio-professionnel, risque accidentel, effets cardio-métaboliques, diminution de la qualité de vie.

1.2.1 Une comorbidité à la prévalence élevée mais sous-estimée.

En effet, quand un insomniaque réveille son conjoint par ses ronflements, est somnolent dans la journée, est hypertendu ou a eu des antécédents cardiovasculaires, un enregistrement du sommeil est indiqué. Par contre, la polygraphie ventilatoire, sous-estime sérieusement le nombre réel d'évènements respiratoires par heure (IAH) et peut méconnaître un syndrome

Shepertycky, Banno et Kryger, Sleep 2005.

Association "Sommeil et Santé" – 1 Place Paul Verlaine – 92100 Boulogne-Billancourt

Courriel : contact@sommeilsante.asso.fr Site : www.sommeilsante.asso.fr  <https://www.facebook.com/sommeilsante/>

d'apnées du sommeil sévère sur ce terrain. En effet, cet examen comprend un débit nasal, la saturation en oxygène et des sangles thoraco-abdominales mais ne comprend aucun signal neurologique, donc ne permet pas d'avoir accès à la durée réelle de sommeil et aux micro-éveils. **Seule la polysomnographie** (examen complet permettant de bien vérifier la qualité de la respiration pendant le sommeil réel) **est donc indiquée dans le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil chez l'insomniaque.**²

Les auteurs qui s'intéressent à l'association de ces deux pathologies ont pu mettre en évidence que cette association était très fréquente, ils parlent de **COMINSA** pour nommer cette entité (comorbidité insomnie et apnées du sommeil).³ De nombreuses études ont pu montrer que la prévalence de l'insomnie était élevée chez les patients ayant un SAS et que le SAS était fréquent chez les patients insomniaques. La plainte d'insomnie touchant le maintien du sommeil est la plus fréquente en cas de SAS et plus il existe de symptômes de SAS, plus l'insomnie est sévère (sur l'échelle ISI de sévérité de l'insomnie, fig 1).

1.2. 2 Un lien bidirectionnel et des conséquences délétères synergiques.

Concernant la **physiopathologie**, il existe clairement des liens bidirectionnels entre les deux pathologies. Les pauses respiratoires entraînent des micro-éveils qui fragmentent le sommeil d'une part et l'hyperéveil de l'insomniaque est associé à une activation du système parasympathique, qui conduit à une hyperventilation, terrain favorable à l'instabilité respiratoire.

Les effets négatifs des deux pathologies ne semblent pas seulement s'additionner, mais leur association semble délétère, tant en termes de somnolence, de défaillance cognitive, de risque cérébro-vasculaire, d'anxiété et de dépression ; l'observance à la PPC est bien moins bonne dans les tableaux mixtes.

Rappelons que l'insomnie est un facteur de risque cardiovasculaire, au moins aggravant voire causal, indépendant, au même titre que le SAS...⁴ L'association

² Escourrou P, Grote L, Penzel T, McNicholas WT, Verbraecken J, Tkacova R, et al. J Sleep Res 2015.

³ Lack et Sweetman, Sleep 2017.

⁴ Grandner and al, Nature Science Sleep 2013.

des deux entraîne des risques supérieurs à la simple addition des risques des deux pathologies...⁵

1.2.3 Une prise en charge délicate, priorité au SAS ?

C'est la raison pour laquelle, il paraît essentiel de prendre en compte les deux pathologies lors de la prise en charge thérapeutique. Faut-il commencer par le traitement du SAS ? Par celui de l'insomnie ? Prendre en charge les deux d'emblée ? Il n'y a pas de règles permettant de proposer un protocole unique pour ces patients...

La mise en place de la **ventilation nocturne**, si c'est le traitement retenu pour traiter le SAS, devra avant tout ne pas aggraver l'insomnie, qui devra être suivie avec agenda du sommeil et échelles adaptées (cf figures 1 et 2 : agenda du sommeil et échelle de sévérité de l'insomnie ISI).

Il faut garder en mémoire que l'observance (la durée d'utilisation de la machine de PPC par jour) peut être jugée excellente chez un patient qui n'a pas fermé l'œil de la nuit !

Il n'y a pas non plus de vérités en terme d'ajustement des paramètres techniques de la ventilation chez un patient insomniaque : les fuites restent dans tous les cas l'ennemi n°1, le confort du masque est capital, si les montées en pression semblent éveiller le patient, le passage à une pression constante pourra être essayé ; si la pression est mal supportée, les modes confort pourront être testés...il faut surtout être à l'écoute constante du patient pour mettre l'ensemble de nos connaissances au service de l'amélioration de son confort. Le télé-suivi est indéniablement un atout pour suivre de près l'efficacité du traitement. Attention, un discours stéréotypé sur la nécessité d'obtenir rapidement une observance moyenne supérieure à 4 heures peut vraiment être délétère, car il ajoute une pression au patient qui a déjà tendance à ne plus jamais réussir à lâcher prise, que ce soit pour dormir ou dans la journée (des chercheurs hollandais sont en train de prouver que l'insomnie est aussi une maladie de l'éveil, avec de nombreuses conséquences sur les circuits neuronaux cérébraux ...). Si l'observance en PPC n'est pas bonne, cela n'est pas toujours parce que le patient n'est pas « compliant » (« bon élève »), mais parfois parce que le cercle vicieux de l'insomnie est trop installé. Parfois, l'insomnie s'aggrave lentement mais sûrement sous PPC et il faut alors savoir arrêter cette ventilation et envisager les autres alternatives thérapeutiques : traitement positionnel,

⁵ Beneto, Gomez-Siurana, Rubio-Sanchez, Sleep Med Rev 2009.

orthèse d'avancée mandibulaire, avis allergologique et ORL si besoin...voire kinésithérapie musculo-linguo-faciale. Il n'y a enfin aucune raison aujourd'hui de privilégier le traitement du SAS sur celui de l'insomnie, bien qu'indéniablement le fait de ne pas dormir soit une méthode efficace pour faire disparaître les apnées ...donc, il faut parfois savoir changer son fusil d'épaule et traiter d'abord l'insomnie de manière isolée.

1.2.4 Quels traitements pour l'insomnie ?

L'insomnie peut soit évoluer pour son propre compte, même si la cause initiale est bien liée aux apnées, soit être secondaire à d'autres causes, et il faut savoir reprendre l'enquête pour rechercher : des problèmes d'hygiène de sommeil, un médicament éveillant pris le soir, un syndrome des jambes sans repos passé inaperçu, une hyperthyroïdie, un syndrome anxieux ou dépressif associé...Bref, le traitement devra associer des mesures prenant en compte l'ensemble du tableau du patient.

Quand aucune cause évidente n'est mise en évidence, on évoque volontiers **une insomnie psychophysiologique**. L'histoire de la maladie est souvent typique : épisodes d'insomnie transitoires réactionnels à des causes parfois explicites comme la naissance des enfants ou un divorce qui se pérennisent malgré la résolution des problématiques initiales.

Le traitement recommandé par différentes sociétés savantes dans l'insomnie chronique est la **thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie**, qui associe la vérification des règles d'hygiène du sommeil, le contrôle du stimulus et une restructuration cognitive pour désensibiliser les pensées dysfonctionnelles du patient concernant le sommeil. Cette prise en charge a fait régulièrement la preuve de son efficacité y compris dans des études randomisées versus hypnotiques.⁶

Des études sont en cours pour évaluer l'intérêt de la TCCi avant tout autre traitement chez les patients COMINA ; en effet de premiers résultats rapportent

⁶ Morin , Benca, Lancet 2012.

non seulement l'amélioration de la latence d'endormissement et de la continuité du sommeil, mais aussi une diminution de l'IAH.⁷

Les traitements pharmacologiques peuvent être indispensables quand l'insomnie est sévère et mal tolérée, ou quand la thérapie cognitivo-comportementale a été mal tolérée ou inefficace. Les hypnotiques sont déconseillés chez les apnéïques et n'ont pas montré leur intérêt dans l'initiation du traitement par PPC, sans toutefois aggraver le SAS sous-jacent. Certains anti-dépresseurs induisant le sommeil peuvent aussi avoir un intérêt notamment en cas de syndrome anxio-dépressif associé, (quitaxon, paroxetine, mianserine, laroxyl...) mais le rapport bénéfices/risques de la prescription est à évaluer au cas par cas. L'association d'un suivi psychologique ou psychiatrique est alors recommandée. La mélatonine peut être intéressante pour certains patients, en cas de suspicion d'une participation de dérèglements de l'horloge biologique associés : antécédents de travail posté, ou retard de phase associé ou périménopause. Il conviendra de faire un test thérapeutique court pour arrêter en cas d'inefficacité.

Les autres techniques disponibles ne sont pas à négliger : cohérence cardiaque, sophrologie, méditation de pleine conscience, hypnose, biofeedback peuvent être une aide précieuse. Rappelons avant de conclure, que même après avoir écarté un syndrome d'apnée du sommeil grâce à la réalisation d'une polysomnographie de qualité, l'insomnie justifie en tant que telle l'attention des médecins qui prétendent prendre en charge le sommeil des patients. C'est une pathologie à part entière, qui mérite une enquête diagnostique complète afin de proposer une conduite à tenir adaptée. Ses conséquences sont loin d'être négligeables, en particulier quand elle se chronicise, tant en termes de qualité de vie, de morbi-mortalité que de coût pour la société.

Messages :

1. Insomnie et SAS coexistent fréquemment. Devant une insomnie, une **polysomnographie est justifiée en cas de ronflements, de somnolence diurne excessive, d'HTA ou autre ATCD cardiovasculaire, d'obésité**. En cas de SAS, le suivi doit comprendre en plus de l'observance, un questionnaire de sommeil, un **agenda** du sommeil et une échelle évaluant la sévérité de l'insomnie le cas échéant.

⁷ Lack L, Sweetman A., Sleep Med Clin, 2016.

2. Les deux se potentialisent mutuellement, en terme de répercussions y compris pour les **effets cardiovasculaires**.
3. Des études pour identifier des **phénotypes** de patient et mieux adapter la prise en charge en fonction de la physiopathologie sous-jacente sont attendues...

Figure 1 :

Echelle d'évaluation de la sévérité de l'insomnie.

à télécharger en grand format sur:

http://www.sommeilsante.asso.fr/decoouvrez/decouvr_lettres.html

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____ Date: _____

Pour chacune des questions, veuillez encircler le chiffre correspondant à votre réponse.

- Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

	Aucune	Léger	Moyenne	Très	Extrêmement
a. Difficultés à s'endormir:	0	1	2	3	4
b. Difficultés à rester endormi(e):	0	1	2	3	4
b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:	0	1	2	3	4
- Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
	0	1	2	3	4
- Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

	Aucunement	Légerement	Moyennement	Très	Extrêmement
	0	1	2	3	4
- À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

	Aucunement	Légerement	Moyennement	Très	Extrêmement
	0	1	2	3	4
- Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÉTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil?

	Aucunement	Légerement	Moyennement	Très	Extrêmement
	0	1	2	3	4

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:
 Additionner le score des sept items: (1a+1b+1c+2+3+4+5) = _____
 Le score total varie entre 0 et 28
 0-7 = Absence d'insomnie
 8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)
 15-21 = Insomnie clinique (modérée)
 22-28 = Insomnie clinique (sévère)

Figure 2 : Agenda du sommeil pour mesurer :

La régularité des heures de coucher et de lever
Le temps subjectif du sommeil nocturne
L'efficacité du sommeil (calculé par le temps du sommeil/temps passé au lit) : Nal > 85%
La présence des siestes et de somnolence diurne
L'utilisation des hypnotiques et des activités susceptibles d'impacter le sommeil

DATE	HEURES																				Appréciation par : TB - B - Moy - M - TM			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES										
	Nuit du ... au...	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	21	23	1	3	5	7	9	11	13		15	17	19	QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE				
EXEMPLE		↓								↑																	S	S			M			

↓	heure de mise au lit sommeil ou sieste	<div style="display:inline-block; width:10px; height:10px; border:1px solid black; background-color:gray;"></div>	long réveil	S	Somnolence dans la journée
↑	heure du lever	R R R	1/2 sommeil		

à télécharger en grand format sur:

http://www.sommeilsante.asso.fr/decouvrez/decouv_r_lettres.html

2. AGENDA

18e JOURNEE Nationale du SOMMEIL

« OUVRE L'ŒIL SUR TON SOMMEIL » - LE SOMMEIL DES JEUNES DE 15 A 25 ANS

vendredi 16 mars 2018 de 14H à 16H30

Entrée libre

Accès en rez-de-chaussée sur la Place Maurice Gunsbourg /Place de la Mairie.

Plan d'accès Salle Jacky Vauclair

Place Maurice Gunsbourg 92140 Clamart

Métro : Mairie d'Issy puis bus

Accès : Voiture : parking Pierre et Marie Curie ou parking du Troisy Bus : 190 arrêt "Mairie de Clamart" 189 arrêt "Centre culturel Jean Arp" 191 arrêt "Mairie de Clamart"



Et retrouvez-nous aussi sur facebook.



<https://www.facebook.com/sommeilsante/>

3. BULLETIN D'ADHESION

Association "Sommeil et Santé"

NOM.....

PRENOM.....

Année de naissance

Adresse.....

Ville..... Code postal.....

Téléphone..... Courriel.....

Oui, je souhaite adhérer à l'association "Sommeil et Santé" (membre actif)
ou

Oui, je souhaite renouveler mon adhésion à l'association "**Sommeil et Santé**" (membre actif).

Je renvoie ce coupon accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de l'Association "Sommeil et Santé" d'un montant de 25 euros pour la cotisation annuelle.

Je souhaite compléter ma cotisation par un don à l'association "**Sommeil et Santé**".

Je renvoie ce coupon accompagné d'un chèque de plus de 25 euros libellé à l'ordre de l'Association "Sommeil et Santé".

66% du montant du don (partie du versement au-delà de 25 euros) est déductible des impôts. L'association fournira un reçu fiscal.

Accepteriez-vous de participer à des activités de l'association?

Pour nous permettre de mieux cibler nos actions, merci de préciser comment vous avez connu l'association :