

DIU Tabacologie 14 Mai 2020

Sommeil et Tabac

Docteur G Berthon, Pôle de Psychiatrie, CH Vichy
Consultation de sommeil, Pr PM Llorca, CHU Clermont-Fd

Tabac et Sommeil

Le but du cours est de donner des informations qui peuvent servir à aider les patients tabagiques à mieux comprendre les effets néfastes du tabac sur leur sommeil et en particulier pendant l'épreuve du sevrage

Ce cours est un bref aperçu sur le sommeil. Le sommeil est un domaine de la médecine encore extrêmement mystérieux.

Les connaissances actuelles sur le sommeil permettent de mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du fumeur qui sera le moyen simple de l'aider dans son sevrage par une compréhension de son sommeil et de ses anomalies.

Plan

- * La clinique du sommeil normal et pathologique
- * Le sommeil est d'abord une interprétation subjective
- * La mesure objective du sommeil pendant le sommeil
- * Confronter la mesure du sommeil avec le ressenti du patient
- * L'éducation thérapeutique comme aide au sevrage
- * Conclusion
- * Bibliographie

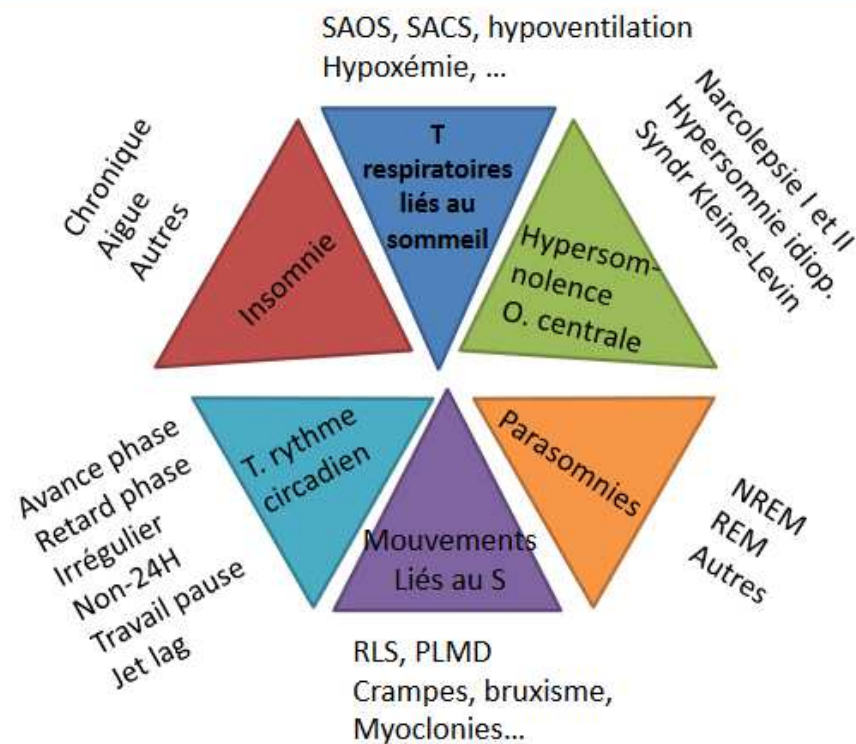
La clinique du sommeil normal et pathologique

- * Comment le problème du sommeil se présente dans la réalité clinique ?
- * **C'est avant tout *une plainte*:** le patient se plaint de ne pas dormir, de trop dormir, que son sommeil n'est pas comme il veut, qu'il n'est pas normal, que le sommeil est du temps perdu, etc
- * Il existe une classification internationale avec un très grand nombre de troubles (ICSD)
- * Pour simplifier, il y a 3 Grandes sortes d'anomalies :
- * **Les Insomnies, Les Somnolences et Les Anomalies** au cours du sommeil
- * **Le problème du tabac et de son sevrage : Surtout des insomnies** mais il peut y avoir des problèmes de somnolence et les anomalies au cours du sommeil sont surtout des problèmes respiratoires.

Classification des troubles du sommeil

ICSD -3: International Classification of Sleep Disorders

Aperçu de la complexité de la classification des troubles du sommeil



La clinique du sommeil normal et pathologique

- * De plus, **très important +++: le sommeil fait partie du rythme jour/nuit**
- * Nous sommes des êtres vivants, l'espèce humaine est diurne
- * Une vie **alternant** :
 - * entre l'éveil = le monde de la conscience vigile et de l'action,
 - * et le sommeil = le monde de l'inactivité où la volonté n'a pas sa place
- * **Et.....on parle du sommeil ... que pendant l'éveil**

La clinique du sommeil normal et pathologique

Le sommeil : c'est une physiologie, ou une physiopathologie, dont on ne parle **qu'en dehors** de lui. On en parle au passé, au futur, mais jamais au présent

Donc la clinique d'une plainte à propos de l'idée qu'on se fait du sommeil quand on est réveillé

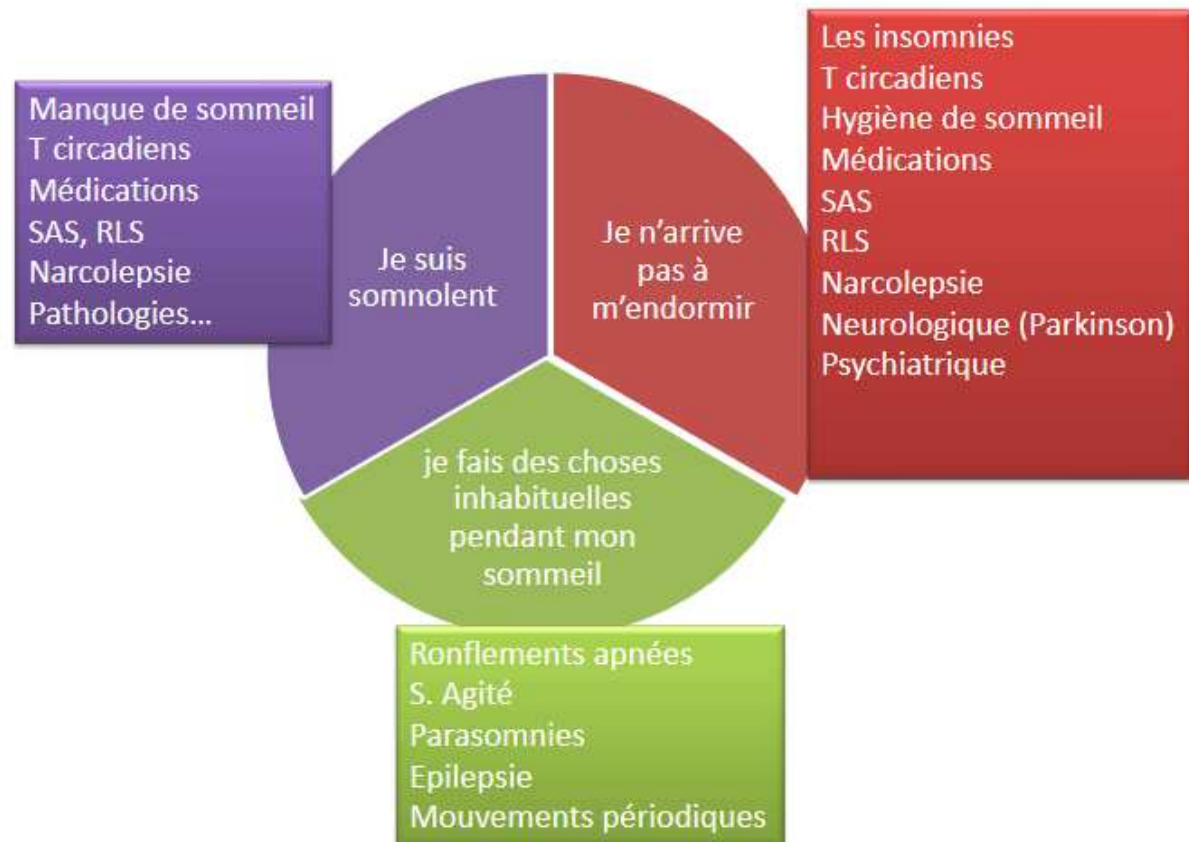
Quand le patient parle de son sommeil, c'est une interprétation

Et donc l'éducation thérapeutique va consister à reformuler et préciser cette interprétation du patient à la lumière des connaissances sur le sommeil

La clinique du sommeil normal et pathologique

Aperçu du problème :

Quel lien entre la mesure du sommeil et ce qui est ressenti ?





La clinique du sommeil normal et pathologique

- * L'évaluation du sommeil du patient , c'est donc :
- * **faire le lien entre les connaissances objectives et le ressenti du patient**
- * Pour interpréter le vécu subjectif du patient et le confronter avec ce que l'on sait de la physiologie, ou de la physiopathologie du sommeil, il faut donc mesurer le sommeil pour avoir des données objectives:
- * Certaines données relèvent de la recherche, sur le plan biologique, génétique, etc mais ce que l'on sait du sommeil humain en général et qui peut se mesurer dans un laboratoire de sommeil s'obtient à l'aide de questionnaires, d'agendas de sommeil, de l'actimétrie, de la video, mais surtout de la **polysomnographie**

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL

Appréciation par :
TB - B - Moy - M - TM

DATE	HEURES																								QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES
	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17				
Nuit du ... au ...	 																											
EXEMPLE	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ↓ ↑ S S </div>																								M	TM	Moy	
mélus du 11 au 12	↓																								B	B	B	
rétho du 12 au 13	↓																								Moy	B	B	Appareil de sommeil
arthe du 13 au 14	↓																								B	Moy	B	
du 14 au 15	↓																								B	B	B	
du 15 au 16	↓																								B	B	B	
du 16 au 17	↓																								B	B	B	
du 17 au 18	↓																								B	TB	B	
du 18 au 19	↓																								B	B	B	
du 19 au 20	↓																								B	TB	B	
du 20 au 21	↓																								B	B	B	
du 21 au 22	↓																								B	B	B	
du 22 au 23	↓																								B	B	B	
du 23 au 24	↓																								B	TB	B	Fete
du 24 au 25	↓																								B	B	Moy	
du 25 au 26	↓																								B	B	B	
du 26 au 27	↓																								B	B	TB	Nouvel an
du 27 au 28	↓																								TB	TB	B	
du 28 au 29	↓																								—	—	TM	Expiation
du 29 au 30	↓																								TH	Moy	M	Insemince
du 30 au 31	↓																								TB	B	TB	
du 31 au 1	↓																								B	B	B	
du 1 au 2	↓																								B	M	B	
du 2 au 3	↓																								TB	Moy	TB	
du 3 au 4	↓																								TB	Moy	B	

heure de mise au lit
sommeil ou sieste

heure du lever

long réveil

1/2 sommeil

Somnolence dans la journée

La mesure du sommeil

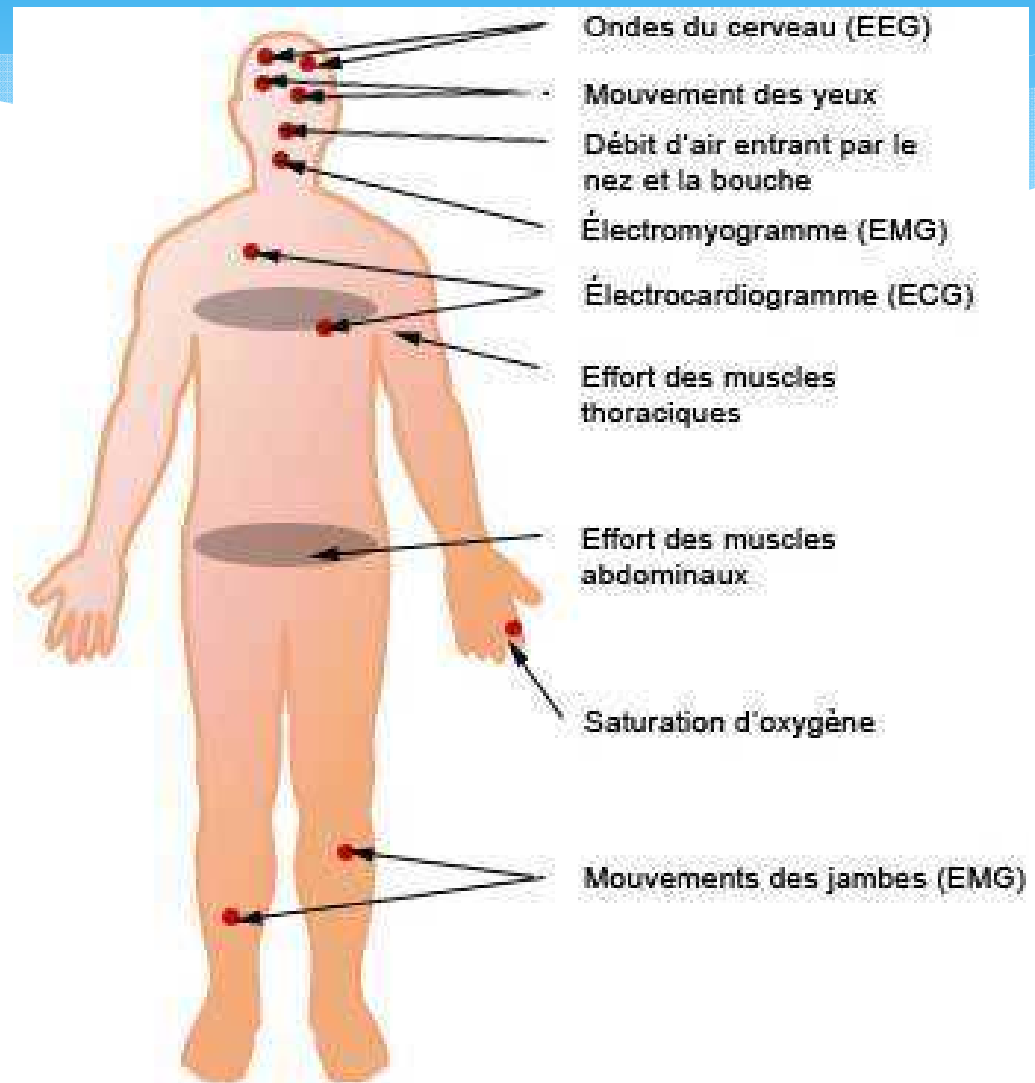
- * La mesure du sommeil effectuée couramment dans les laboratoires de sommeil aujourd'hui en France se fait à l'aide de différents outils dont aucun n'est spécifique au sommeil:
- * L'exploration du sommeil se fait avec la combinaison de plusieurs mesures déjà bien connues. Ces mesures sont réalisées tout au long du sommeil d'un individu.
- * Essentiellement : EEG, ECG, $t^{\circ}\text{C}$, O_2 , électromyogramme, video

La mesure du sommeil

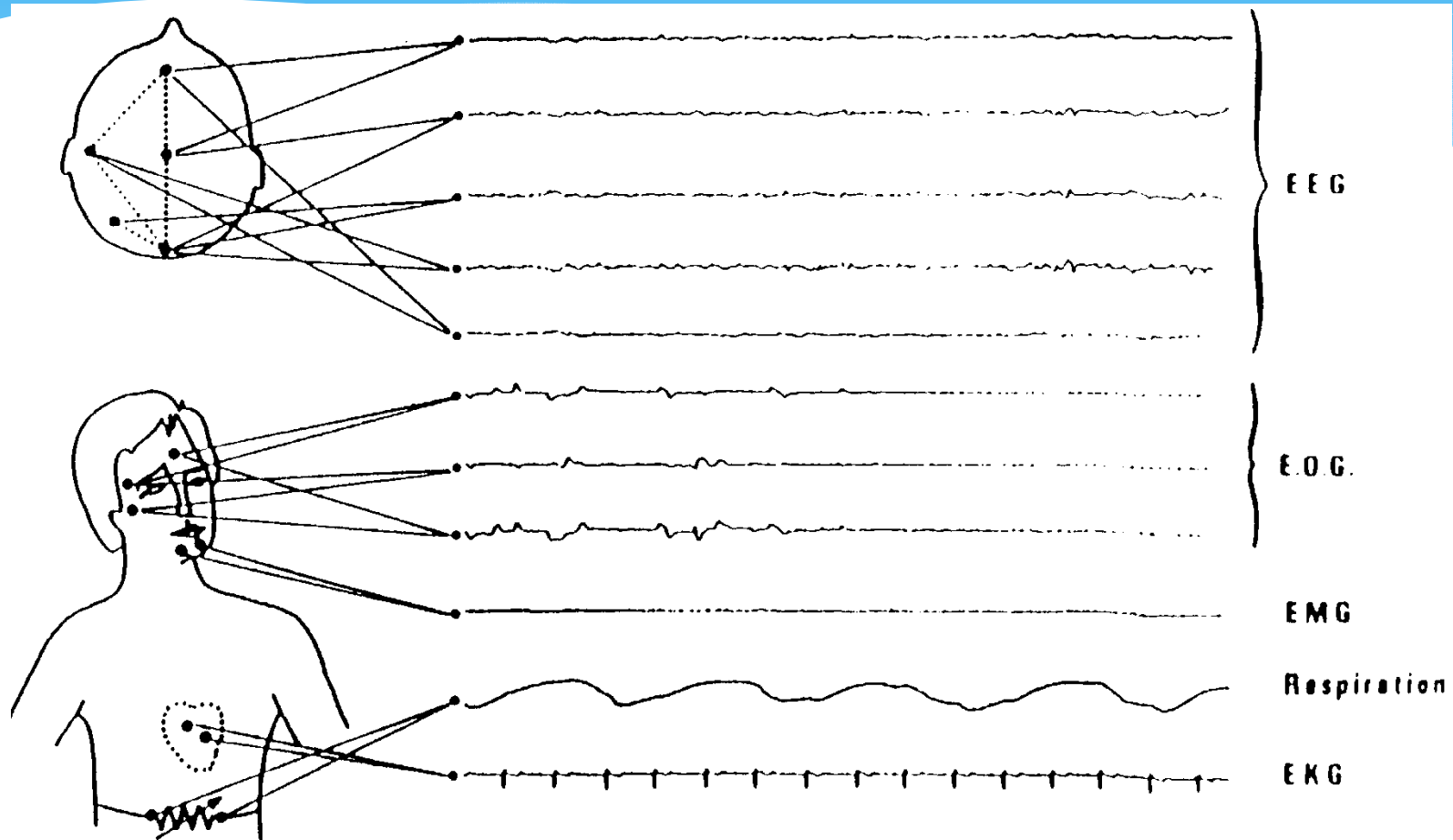
La combinaison de différents paramètres (EEG, $t^{\circ}\text{C}$, ECG, EMG, SaO_2 , etc) va conduire à obtenir un tableau d'ensemble du sommeil, c'est la

polysomnographie

qui est la représentation de l'évolution au cours du sommeil de tout ces paramètres



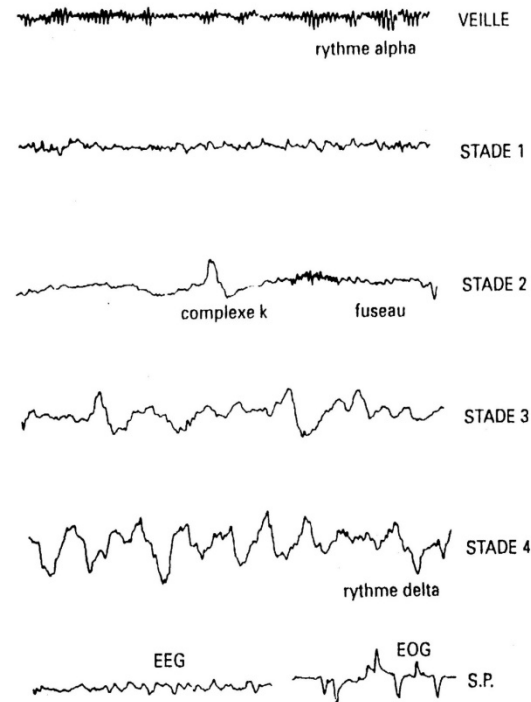
La mesure du sommeil



Enregistrement de sommeil. Le nombre et l'emplacement des électrodes dépendent des besoins spécifiques de l'investigateur. (D'après J. FORET et O. BENOIT)

La mesure du sommeil

- * Si on observe les ondes de l'électroencéphalogramme, EEG, on distingue des ondes différentes suivant les différents moments dans le sommeil, avec des ondes de plus en plus lentes à mesure que le sommeil s'installe et s'approfondit

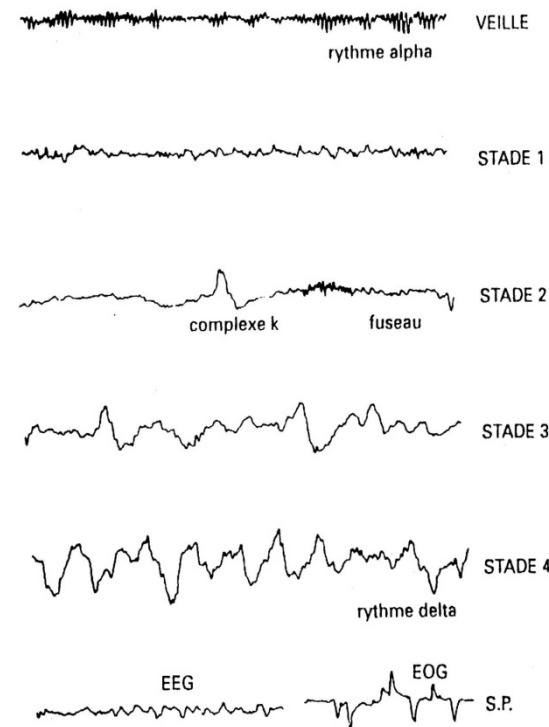


— Exemples de tracés électroencéphalographiques caractéristiques des divers stades du sommeil. Éveil : bouffées d'ondes alpha. Stade 1 : fréquences rapides et voltage faible. Stade 2 : fuseaux et complexes K. Stades 3 et 4 : présence qui va en augmentant d'ondes amples et lentes (rythmes delta). Sommeil paradoxal : tracé de faible voltage mal différentiable de celui d'un sommeil léger. Pour être sûr qu'il s'agisse de SP, il faut la présence simultanée de mouvements oculaires en bouffées.

La mesure du sommeil

Notion de stades du sommeil

On regroupe les différents ondes suivant leur fréquence et aussi en les mettant en rapport avec le comportement du dormeur: quand une personne commence à dormir, elle est encore facilement réveillable (les ondes sont encore rapides, proches de la veille) jusqu'à des ondes de plus en plus lentes, là où le dormeur est cette fois profondément endormi



— Exemples de tracés électroencéphalographiques caractéristiques des divers stades du sommeil. Éveil : bouffées d'ondes alpha. Stade 1 : fréquences rapides et voltage faible. Stade 2 : fuseaux et complexes K. Stades 3 et 4 : présence qui va en augmentant d'ondes amples et lentes (rythmes delta). Sommeil paradoxal : tracé de faible voltage mal différenciable de celui d'un sommeil léger. Pour être sûr qu'il s'agisse de SP, il faut la présence simultanée de mouvements oculaires en bouffées.

La mesure du sommeil

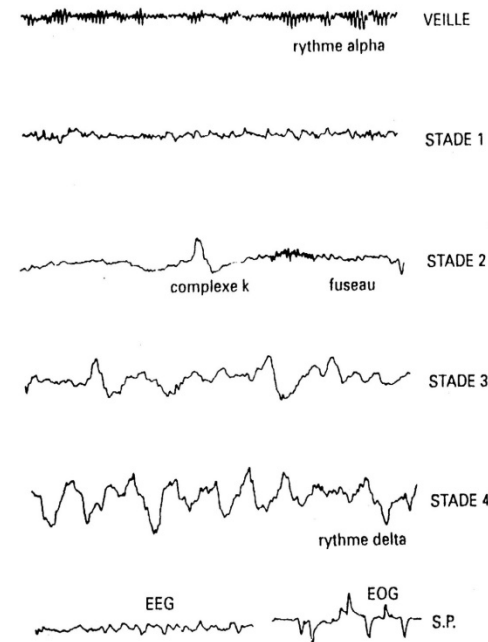
A partir de l'éveil, on a:

Le **Stades N1** = Endormissement et le **Stade N2** = Somnolence, qui regroupés, constituent le sommeil lent léger **SLL** (= 50% du sommeil total)

Puis, on trouve:

Le **stade N3** qui est le sommeil lent profond **SLP**

On trouve encore des représentations avec la graduation des Stades 1 et 2 pour le SLL et 3 et 4 pour le SLP. **L'important est de retenir la notion d'une progression du sommeil léger vers le plus profond**



— Exemples de tracés électroencéphalographiques caractéristiques des divers stades du sommeil. Éveil : bouffées d'ondes alpha. Stade 1 : fréquences rapides et voltage faible. Stade 2 : fuseaux et complexes K. Stades 3 et 4 : présence qui va en augmentant d'ondes amples et lentes (rythmes delta). Sommeil paradoxal : tracé de faible voltage mal différenciable de celui d'un sommeil léger. Pour être sûr qu'il s'agit de SP, il faut la présence simultanée de mouvements oculaires en bouffées.

La mesure du sommeil

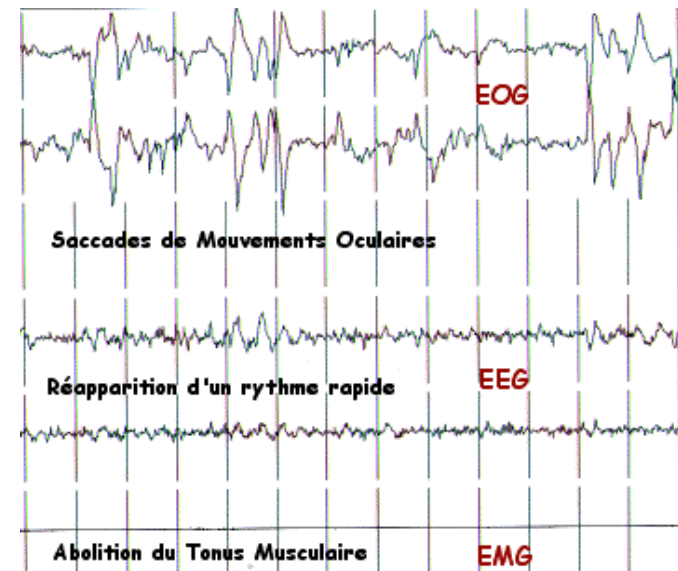
Un stade particulier: le Sommeil paradoxal

Le sommeil paradoxal **SP** est aussi nommé
sommeil **REMS**

(Rapid eye movement sleep)

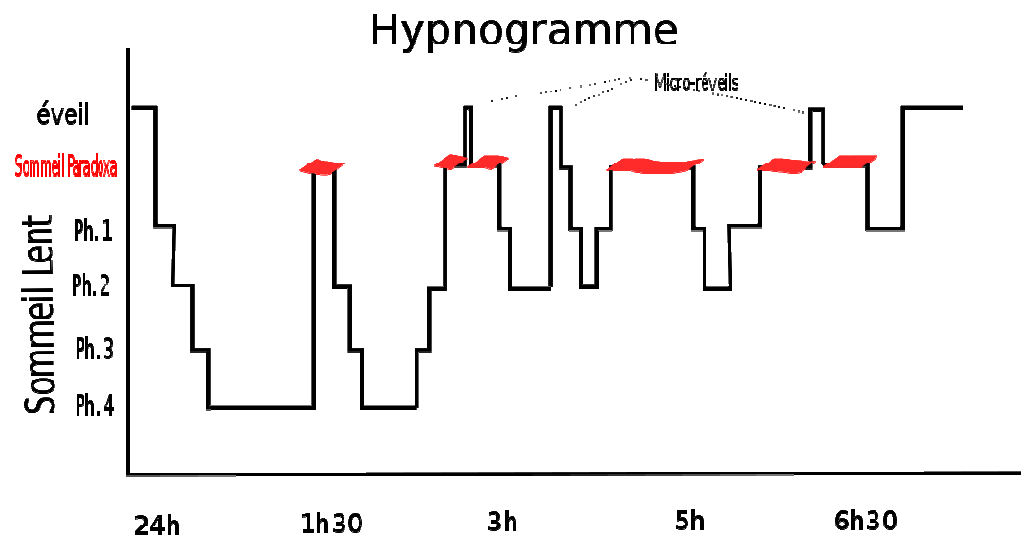
Nommé ainsi car les ondes EEG sont
paradoxalement proches de celles de l'éveil et
aussi car il y a des mouvements oculaires très
particuliers et rapides

De plus +++ Le tonus musculaire est aboli →



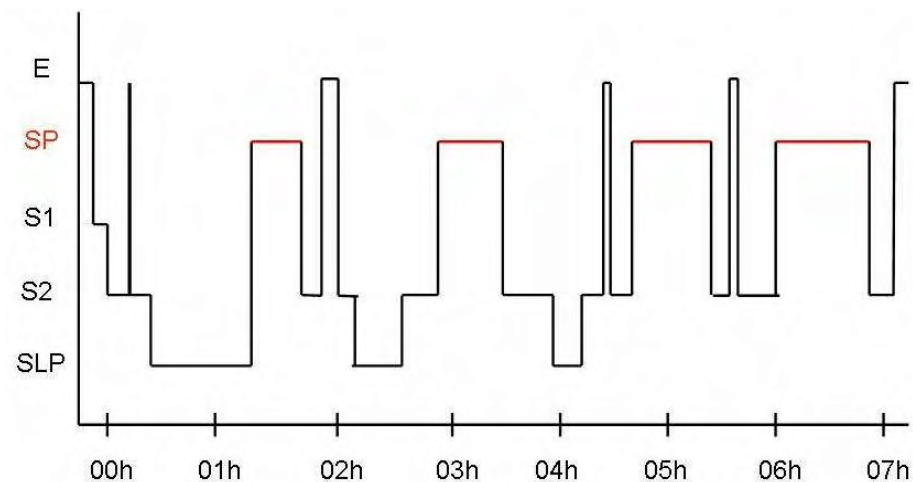
La mesure du sommeil

Le regroupement des données sous formes de stades **chronologiquement** représentés, constitue ce qui s'appelle l'Hypnogramme



La mesure du sommeil

Il existe plusieurs représentations possibles de l'hypnogramme: souvent, le SP, avec son analogie avec la veille, est représenté au dessus, alors que le sommeil lent, de plus en plus lent à mesure que le sommeil s'approfondit, est représenté comme un escalier qui descend dans les profondeurs... du sommeil



La mesure du sommeil

On observe que la séquence
Eveil → Stade N1 → Stade N2 → Stade N3 → SP
se **fait toujours dans ce même ordre** dans un sommeil normal

La succession : Stade N1, N2, N3, SP constitue **un cycle**

Et les cycles se succèdent au fil de la nuit jusqu'au réveil: 1 2 3 SP, 1 2 3 SP,
et ainsi de suite

Un cycle dure environ 90', donc environ 4 à 6 cycles par nuit

La mesure du sommeil

MAIS : A mesure que les cycles se succèdent, le sommeil lent a tendance à être de moins en moins profond, allant jusqu'à une disparition du stade N3 en fin de nuit

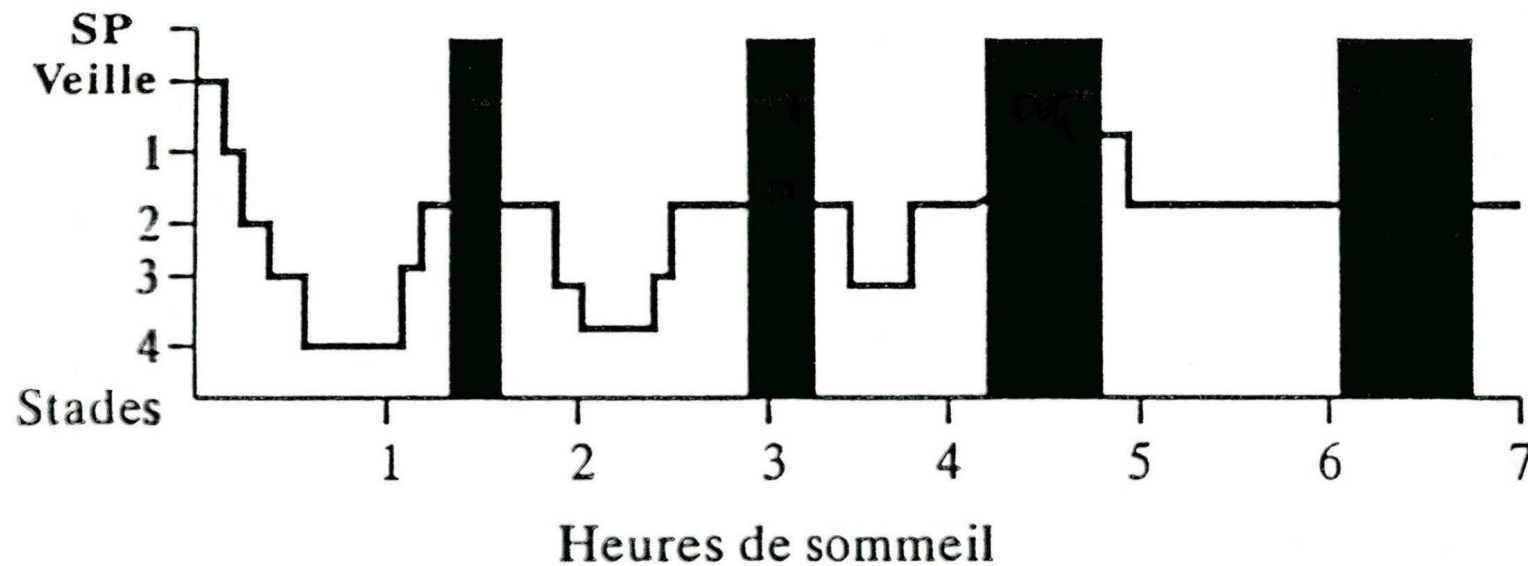
Tandis que le sommeil paradoxal est de plus en plus présent à mesure qu'on s'approche de la fin de nuit

Donc début de nuit = beaucoup de sommeil lent profond

Fin de nuit = beaucoup de sommeil paradoxal

La mesure du sommeil

Pour illustrer cette particularité du SP prépondérant en fin de nuit, on peut utiliser ce type d'hypnogramme



La mesure du sommeil

- * Le regroupement des données enregistrées pendant le sommeil d'une personne est donc représenté par l'hypnogramme,
- * Il indique des enchaînements et des rapports des différents paramètres, les uns par rapport aux autres, avec une chronologie,
- * Les stades se succèdent dans un ordre défini
- * Les cycles se succèdent dans un ordre défini
- * Cette cohérence s'appelle **l'architecture du sommeil**
- * Et ce sommeil ainsi structuré, est à son tour inclus dans **l'alternance veille/sommeil**

La mesure du sommeil

- * Les stades se succèdent dans un ordre défini : c'est un rythme
- * Les cycles se succèdent dans un ordre défini : c'est un rythme
- * Le sommeil est donc structuré en interne car les différents paramètres s'ordonnent les uns par rapport aux autres
- * Et il est à son tour inclus dans **l'alternance veille/sommeil, qui participe à ce qu'on appelle le rythme nyctéméral de 24 h**

Le sommeil est donc un rythme et il est organisé en interne de façon cohérente, par une architecture

La mesure du sommeil

Le sommeil est organisé de façon cohérente par une architecture.

C'est Là notion qu'il faut retenir car :

Beaucoup de **troubles décrits par les patients** sont liés à une **désorganisation de ces rythmes et de l'architecture du sommeil**

Par exemple, un stade survient à la place d'un autre, ou trop tôt, ou bien des choses normalement pas ensembles surviennent au même moment, ou un stade est supprimé par un médicament est donc un stade normalement pas à ce moment prends alors la place, etc

Confronter la mesure du sommeil avec le ressenti du patient

- * En plus de cette notion d'architecture du sommeil, il faut aussi se référer au fait que le sommeil physiologique peut se comprendre **à la fois**
- * comme une quantité par rapport à celle de la veille
- * et comme le rythme veille/sommeil

- * il faut toujours se référer **simultanément** à ces deux modèles de compréhension

- * **1 Un rythme de sommeil :**

- * c'est la **conception rythmique du sommeil**

- * **2 Une quantité de sommeil:** c'est l'idée que plus il s'accumule un temps d'éveil, un peu comme un réservoir qui se remplit, et plus il se constitue une **dette de sommeil**, qui crée un besoin de sommeil de plus en plus impérieux:

- * c'est la **conception hydraulique du sommeil**
- * *(avec la notion d'une moyenne de 8 h par jour, mais c'est variable suivant que les gens sont courts ou longs dormeurs)*

Confronter la mesure du sommeil avec le ressenti du patient

- * **Autres notions importantes:**
 - * Le sommeil lent profond SLP est le sommeil de la **récupération physique**
 - * C'est un sommeil « lourd », on se réveille difficilement du SLP, et il faut un peu de temps
 - * Le sommeil paradoxal est le sommeil de la **récupération psychologique**
 - * En cas de réveil en SP, on est immédiatement bien réveillé

Confronter la mesure du sommeil avec le ressenti du patient

- * **Autres notions importantes:**

- * **REVE**

- * En **SLP**, en cas de réveil, peu ou pas de récit de souvenir de rêve
- * En **SP**, en cas de réveil, **beaucoup de souvenir de rêve**

- * **CAUCHEMAR**

- * En **SP** (mais les cauchemars traumatiques semblent survenir en SLP)

- * **SIESTE**

- * **La sieste** : la vraie, c'est en début d'après-midi et c'est **surtout du SLP**

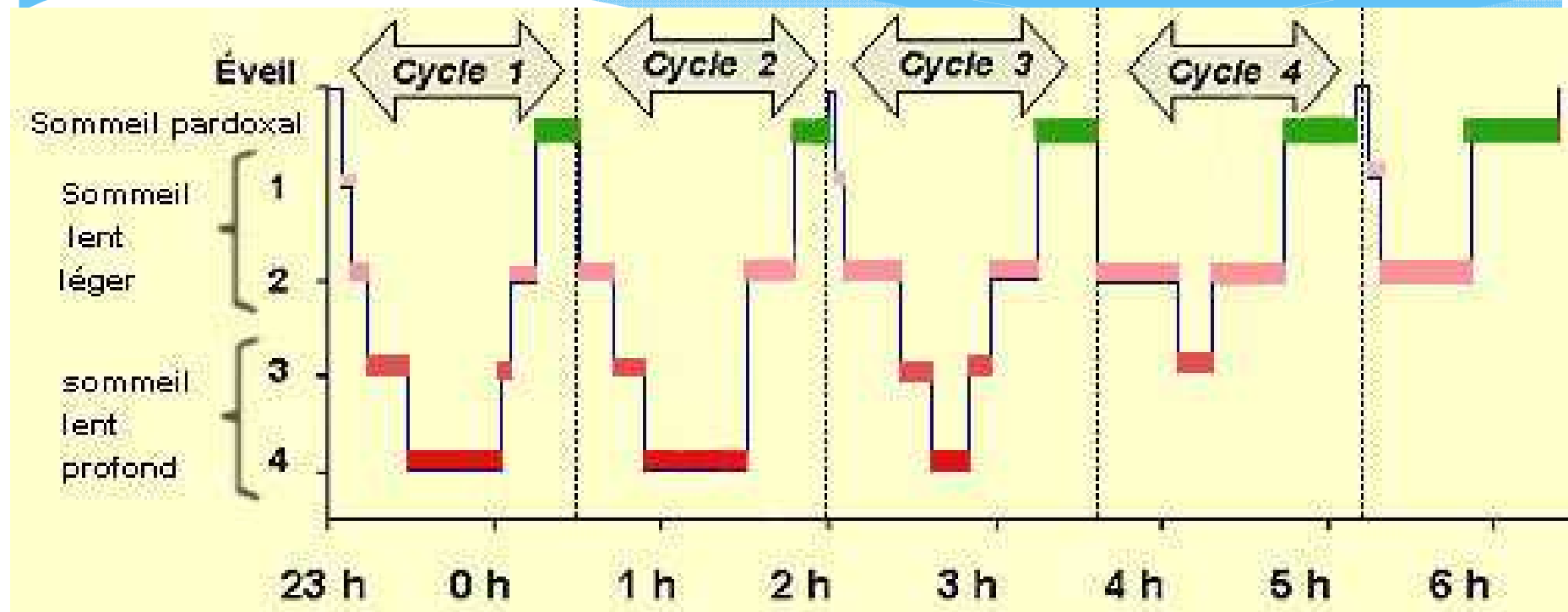
Confronter la mesure du sommeil avec le ressenti du patient

Souvent, l'évaluation de la plainte subjective du sommeil permet de trouver l'explication au moyen du seul interrogatoire clinique qui permet de trouver l'explication à l'aide des connaissances objectives de la physiologie du sommeil

Bien sûr, il faut parfois recourir à un véritable enregistrement de sommeil car seul un examen attentif de la polysomnographie sera nécessaire pour faire un diagnostic. Il y a des services d'exploration du sommeil dans la majorité des centres hospitaliers, souvent des services de neurologie ou de pneumologie.

Mais dans la majorité des troubles du sommeil, il sera facile de traduire les plaintes du patient à l'aide d'un interrogatoire guidé par les conceptions rythmique et hydrauliques du sommeil.

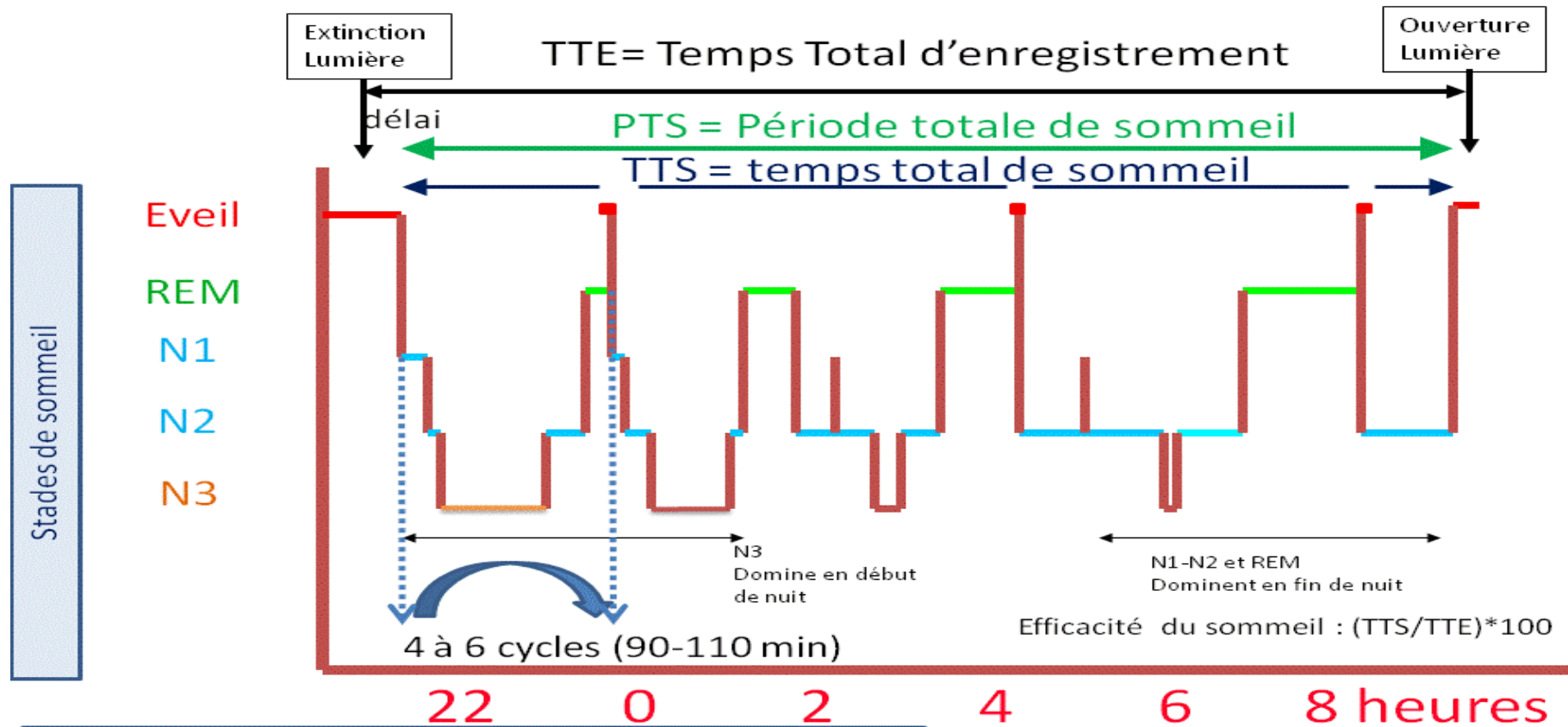
RECAPITULATION L'ARCHITECTURE DU SOMMEIL



RECAPITULATION

Les données d'une nuit de sommeil

Schéma explicatif des principaux paramètres déterminés sur un hypnogramme normal



Sommeil et tabac

- * **Le sommeil du fumeur est très mal connu** : les fumeurs s'en plaignent peu et il est difficile de faire des explorations chez des patients souvent également soumis à d'autres facteurs (alcool, médicaments, travailleur posté, etc)
- * Il existe un peu plus de connaissances dans le cadre du sevrage tabagique.
- * MAIS, ces connaissances demeurent limitées en raison des difficultés d'exploration : il faudrait enregistrer le sommeil de nombreuses personnes de sexe et d'âges comparables, sans autre facteurs influençant le sommeil, plusieurs semaines d'affilée, etc

Nicotine et sommeil

- * La nicotine augmente la vigilance et réduit le sommeil, **c'est un éveillant.**
- * Les études EEG suggèrent une action différente selon les doses :
 - * Stimulante à faible dose
 - * Relaxante à plus forte dose

Le sommeil, subjectif, du fumeur

- * Subjectivement, le fumeur a l'impression d'un sommeil de mauvaise qualité, parfois avec des cauchemars, mais généralement, il ne s'en plaint pas.
- * C'est un sommeil tardif, court, et avec des éveils intra-sommeil
- * Mais ces données sont peut-être dues aux multiples cofacteurs comme l'alcool, le café, boissons énergisantes, l'anxiété, la dépression

Le sommeil du fumeur

Données objectives

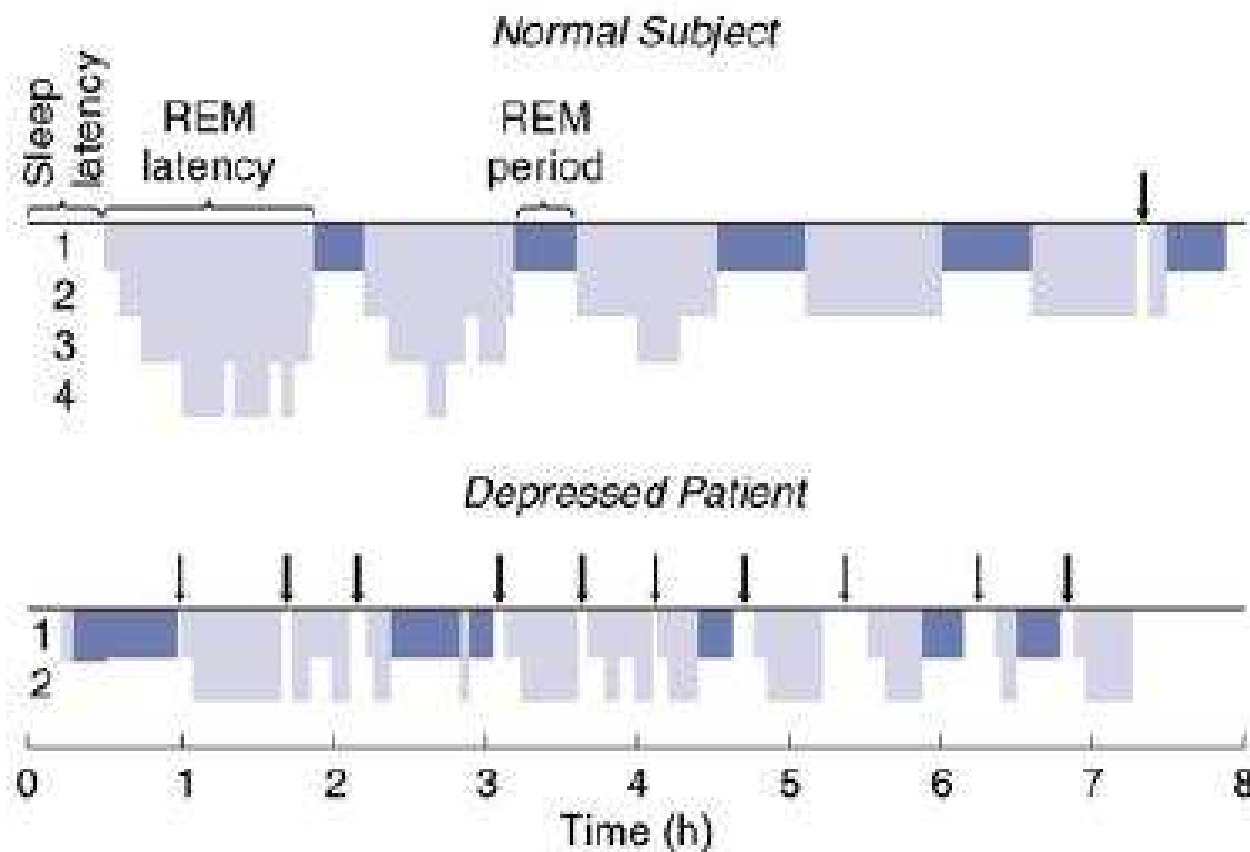
- * $\pm \uparrow$ de la « latence d'endormissement », **cela veut dire que le moment de l'endormissement est retardé**
- * \uparrow du stade 1, **cela veut dire que le premier sommeil, très léger, est augmenté**
- * \downarrow du SLP, **cela veut dire qu'il y a moins de sommeil profond, réparateur**
- * \downarrow de la « latence d'apparition du SP » et, **cela veut dire que le sommeil paradoxal survient anormalement plus tôt après l'endormissement**
- * \downarrow de la quantité de SP chez les très gros fumeur

Le sommeil du fumeur

Données objectives

- * Donc, le fumeur s'endort plus tard, fait plus de sommeil léger, c'est donc de la somnolence peu réparatrice et il fait moins de sommeil lent profond, qui lui serait réparateur.
- * Pour le gros fumeur, la quantité totale de SP est réduite
- * Le SP arrive plus tôt : c'est la même chose que l'on retrouve dans d'autres situations, notamment la dépression. (On remarque donc que le SP « prend la place » en début de nuit, au détriment du SLP)
- * Cela donne un hypnogramme proche de celui du déprimé (mais cela ne signifie pas pour autant que le fumeur est un déprimé, c'est simplement une similitude au regard du sommeil)

Hypnogramme de déprimé



Autres données objectives

- * Le tabac est un facteur de risque du Syndrome d'apnée obstructive du sommeil SAOS
- * Les index d'hypoxie nocturne sont plus élevés chez les fumeurs

Le sevrage tabagique

- * Le fumeur en sevrage va se plaindre de son sommeil: il en a une impression globale d'un sommeil de mauvaise qualité, insatisfaisant du fait d'avoir de nombreux éveils (« sommeil haché ») et de sa conséquence diurne: la somnolence.
- * Paradoxalement, c'est la plainte d'un mauvais sommeil alors qu'il est parfois plus long.
- * Mais, il faut associer le **facteur anxiété** qui est liée au sevrage de la nicotine
- * Donc risque d'usage de sédatifs: alcool, BZD.....
- * (avec le risque d'amorcer le cercle vicieux: sommeil moins réparateur → prise de BZD → sommeil plus léger → somnolence diurne → recherche la journée d'un éveillant pour compenser le manque de nicotine éveillante → nouvelle prise d'un sédatif pour arriver à s'endormir le soir, OH, BZD → etc

Le sevrage tabagique

Données objectives

- * ↑ ou ↓ de la latence d'endormissement, **cela veut dire que les personnes s'endorment plus tardivement ou au contraire plus tôt**, c'est donc différent d'une personne à l'autre.
- * ↓ du TST, cela veut dire qu'il y a une **diminution du Temps Total de Sommeil** (c'est en soi un facteur de moins bon sommeil, selon la théorie hydraulique du sommeil)
- * ↑ des éveils en nombre et en durée, **cela veut dire qu'il y a une « fragmentation » du sommeil**, donc il y a une **désorganisation majeure de l'architecture du sommeil** car les stades sont interrompus à des moments inhabituels, les changements de stades sont plus fréquents, les cycles ne se succèdent plus de façon régulière et ordonnée, etc)

Le sevrage tabagique

Données objectives

- * ↑ du SP chez les gros fumeurs, **cela veut dire qu'il y a un « rebond du SP »** tout se passe comme si pendant l'intoxication tabagique il y avait une répression du SP (qui survient plus tôt mais en quantité totale réduite) et que en situation de sevrage, le SP se trouve libéré en grande quantité, on parle alors de REBOND. (on observe aussi un rebond du SP avec le sevrage des opiacés)
- * Au total, en sevrage, il y a plus de sommeil paradoxal (c'est en soi un facteur de réduction du SLP réparateur) et l'architecture du sommeil est profondément perturbée, ce qui augmente les éveils intra sommeil et donc à chaque fois la difficulté de ré-endormissement.
- * De plus, les réveils intra sommeil avec envie de fumer seraient également liés à l'hypoglycémie.

Le sevrage tabagique avec les substituts nicotiniques

- * **Les troubles subjectifs du sommeil sous patch sont stéréotypés:**
- * L'Endormissement est normal, mais le sommeil est haché, le sommeil est plus court mais sans fatigue. Cela veut dire qu'il y a subjectivement une **nette amélioration du sommeil mais qu'il y a encore de nombreux éveils intra-sommeil.**
- * Et il y a une **activité onirique majeure**, qui est dose dépendante.
- * Avec parfois des rêves qui semblent vouloir se poursuivre même après le réveil (vivid dreams) : il suffit d'enlever le patch la nuit, ou de réduire la dose du patch pour que tout rentre dans l'ordre.

Le sevrage tabagique avec les substituts nicotiniques

- * Sommeil sous patch = présence de la nicotine, qui est « éveillante », cela explique la réduction de la durée totale de sommeil et l'augmentation du temps d'endormissement.
- * La nicotine améliore les effets subjectifs du sevrage, l'irritabilité, la somnolence, mais pas la faim, et l'insomnie
- * La satisfaction de la vie diurne rend peut-être la mauvaise qualité du sommeil un peu plus acceptable ?

Le sevrage tabagique

Le sevrage avec Zyban et Champix

- * Bupropion : *insomnie*
- * Varénicline : *insomnie, rêves anormaux*
- * ↑ du temps total et du % du SP et réduction de sa latence d'apparition, **cela veut dire plus de SP en quantité et il survient plus tôt dans la nuit.**

Sommeil, tabac et facteurs associés

Hypnotiques benzodiazépiniques = sommeil en danger

En cas d'insomnie, avec une difficulté d'endormissement, des éveils intra-sommeil, il est tentant de recourir aux médicaments sédatifs et anxiolytiques, aux somnifères, dont la majeure partie sont des benzodiazépines.

MAIS, les Benzodiazépines : ↑ du sommeil lent léger, réduisent le SLP, induisant **un sommeil peu réparateur**, et avec un effet amnésiant:

Donc les personnes dorment plus longtemps, se souviennent peu des éveils intra sommeil, mais sont quand même en manque de sommeil réparateur avec de la somnolence diurne qui risque d'encourager la prise de stimulants/éveillants, qui encouragent à leur tour de reprendre la benzodiazépine pour la nuit suivante....sans parler de l'effet addictif de ces substances, dont l'effet à long terme se réduit, incitant à augmenter les doses.

Donc la nécessité d'un usage très prudent, ponctuel, privilégiant les molécules à effet limité comme la Zopiclone

Sommeil, tabac et facteurs associés

* Alcool + Tabac = Sommeil en danger

- * OH = risque accru de syndrome d'apnée du sommeil (SAOS)
- * Tabac = 2,5 fois plus de risque de SAOS que non fumeur
- * Tabac = ↑ de la désaturation en O₂
- * Tabac = ↓ de l'oxygénation cérébrale, BPCO
- * Dans le SAOS, le patient se réveille avant d'entrer en SLP (cela semble une réaction de survie) et donc explique la somnolence diurne et l'asthénie par déficit en SLP.
- * Mais le tabac, comme le café ou le coca, est un éveillant dont le recours peut être tentant pour combattre la somnolence diurne, avec leurs effets qui vont gêner ensuite l'endormissement..

Sommeil, tabac et facteurs associés

- * Sevrage et prise de poids = sommeil en danger

- * **L'insomnie est un facteur d'obésité** (oréxines, leptine, ghréline)
- * Or, l'arrêt du tabac peut entraîner l'obésité :
- * ↑ poids = risque accru de somnolence pathologique (avec ou sans SAOS)

- * **Donc le risque d'un cercle vicieux:**

- * **Obésité → somnolence → éveillants (café, coca, tabac) → insomnie → Obésité**

L'éducation thérapeutique comme aide au sevrage

* **Notions complémentaires à savoir :**

- * **Si pas de retentissement diurne** des problèmes de sommeil = **pas de médicament**
- * **Il n'existe aucun médicament capable de rétablir la physiologie du sommeil**
- * Les médicaments utilisés en matière de sommeil, sont tous des produits détournés de leur indication officielle, en particulier les produits avec des effets sédatifs
- * **Il faut penser les troubles du sommeil comme des troubles du rythme veille/sommeil**, et ne pas considérer le sommeil isolément mais avec la veille qui le précède et qui celle qui le suit
- * Le sommeil n'est pas une absence d'éveil, c'est un temps à part entière dévolu à une **physiologie tout autant active qu'en état de veille**
- * Les « traitements » à privilégier sont donc à médiation éducative, avec le support des techniques de relaxation au sens large, avec des conseils d'hygiène de vie, notamment en termes d'horaires à respecter
- * On peut finalement dire que **le sommeil se traite la journée**: éloigner les soucis par les techniques de relaxation , aider à la compréhension du sommeil, penser son sommeil comme la suite de la journée qui le prépare.

L'éducation thérapeutique comme aide au sevrage

Plus le patient a de connaissances et de compréhension du fonctionnement de son sommeil, et plus c'est lui qui se soigne dans le respect de la physiologie du sommeil

L'éducation thérapeutique des patients permet de donner au patient qui se plaint de son sommeil une compréhension de ce qui lui arrive pendant son sommeil :

Le sommeil cesse d'être une boîte noire seulement sujette à interprétation après coup. Grâce à des connaissances sur ce qui se passe dans le sommeil, le patient n'est plus impuissant face à ce qui lui arrive dans son sommeil et il n'est alors plus autant demandeur d'une « solution » impérative et passivement subie.

Par exemple, le patient acceptera plus facilement de savoir attendre les quelques jours de récupération d'un stade du sommeil si on lui apprend comment se fait cette récupération sur plusieurs nuits de suite, ou qu'il fait fausse route à vouloir dormir le matin qui n'est pas propice au sommeil, mais que dans son cas, une sieste peut être très utile pour passer un cap, etc

L'éducation thérapeutique comme aide au sevrage

- * Avec les informations décrites précédemment, il est souvent possible en échangeant avec le patient de **trouver l'explication la plus probable** à son insatisfaction pour l'aider à prendre patience, à avoir prise sur son sommeil, lequel lui semblera moins mystérieux et imprévisible.
- * **En s'informant plus sur le sommeil**, même s'il existe encore beaucoup d'inconnus à son sujet, **il est possible de trouver de nouvelles pistes pour aider les patients**, et sans médicament. A titre d'exemple, on peut ajouter ces deux informations rassurantes :
- * En cas de manque important de sommeil, il faut plusieurs jours pour récupérer du sommeil et **c'est le SLP qui se récupère prioritairement dès les premières nuits** : confiant dans le fait que ce mécanisme va avoir lieu, le patient acceptera plus facilement de ne pas prendre de benzodiazépine qui bloquerait le SLP.
- * En cas de manque important de sommeil il n'est pas adapté de vouloir dormir le matin car il y a à ce moment une activation très forte des fonctions physiologiques dédiées à l'éveil, alors qu'une sieste en début d'après-midi va permettre de passer le cap, **car la sieste, c'est du SLP**.

CONCLUSION

- * Le cerveau ne dort jamais et le sommeil est la face cachée de notre vie physique et mentale. Il se passe quelque-chose « dans notre dos » et l'approche psychanalytique avance en ce sens qu'il s'agit de notre vie inconsciente. Chacun s'accorde pour dire que dans le sommeil, notre volonté n'y règne pas.
- * L'éducation thérapeutique du sommeil donne des interprétations objectives à propos de ce qui se passe dans le sommeil, là où le patient n'arrive pas à se représenter tout seul ce qui lui arrive pendant qu'il dort.
- * La prise en charge des troubles du sommeil, notamment pour traverser la période du sevrage tabagique, a lieu dans la veille, avec un patient conscient qui anticipe anxieusement les nuits qui viennent et qui va trouver ainsi de l'aide dans sa capacité à décrypter lui-même les anomalies cachées de son sommeil et leurs conséquences visibles la journée.

Ressources bibliographiques

Handbook of sleep disorders. Michael J.Thorpy. Marcel Dekker, Inc. New York. 1990.

ICSD – R International Classification of Sleep Disorders, revised. American sleep disorders association. Chicago, 2001.

ICSD-3 Classification internationale des pathologies du sommeil. SFRMS, 2014.

Le sommeil humain. Bases expérimentales, physiologiques et physiopathologiques. O.Benoit, J.Foret. Masson. 1992.

DSM V- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson. 2015.

Nicotine et troubles neuropsychiatriques. Henri-Jean Aubin. Masson. 1997.

Principles and practice of sleep medicine. Third edition. Kryger, Roth, Dement. W.B Saunders Company. Philadelphia. 2000.

Sleep medicine. Teofilo L.Chiong, Michael J.Sateia, Mary A. Carskadon. Hanley and Belfus, Inc./ Philadelphia. 2002.

Cigarette smoking and nocturnal sleep architecture. Lin Zhang et al. American J Epidemiol, 2006 ;164:529-537.

Tabagisme et troubles du sommeil. M. Underner , J. Paquereau , J.-C. Meurice. Rev. des Maladies Resp.Vol 23, N° SUP3 - juin 2006 pp. 677-

Sommeil et Addictions [http, Jean Vignau, 2008, http://www.splf.org/s/IMG/pdf/Vignau-sommeil_addiction.pdf](http://www.splf.org/s/IMG/pdf/Vignau-sommeil_addiction.pdf)

Sommeil et médecine générale: <http://sommeil-mg.net/spip/-Accueil->

Effects of nicotine on sleep during consumption, withdrawal and replacement therapy. Jaehne A et al. Sleep Med Rev. 2009 Oct;13(5):363-77

Le sommeil normal. J. Paquereau, http://www.sfrms-sommeil.org/IMG/pdf/DIU2007-TC1-Paquereau-sommeil_normal_.pdf

Psychotropes et sommeil. V. Viot- Blanc, http://www.sfrms-sommeil.org/documents/DIU2008/DIU2008_NP-VVB_Psychotropes_sommeil.pdf