



Association de personnes cérébrolésées,
de leurs familles et des aidants

Réunion à Saint Luc le 15 décembre 2007

LE SOMMEIL ET SES TROUBLES

Par le Prof. Geneviève Aubert

Neurologue
Cliniques Universitaires Saint-Luc

Publié et distribué gratuitement par l'A.S.B.L. « ReVivre »

Avec nos remerciements à Geneviève Aubert.



Association de personnes cérébrolésées, de leurs familles et des aidants

Adresse de contact :

ReVivre asbl

Chez Brigitte et Jacques Ruhl

Rue Bourgmestre Gilisquet 43 à 1457 Walhain-Saint-Paul

Site internet : revivreasbl.be

Nous passons un tiers de notre vie à dormir et les 2 autres tiers à être éveillé. Notre vie est faite d'une alternance entre éveil et sommeil, et l'on ne peut pas parler du sommeil (et de ses troubles) en oubliant ce qui se passe pendant les 2 autres tiers de notre vie. Le sommeil se prépare pendant la période de veille.

Cet état particulier du fonctionnement cérébral est fortement dépendant de tout ce qui peut caractériser ou affecter le fonctionnement normal ou altéré à l'état de veille. Ceci est bien sûr particulièrement vrai chez les personnes cérébrolésées.

PARTIE 1 : LE SOMMEIL NORMAL

CRITÈRES DE DÉFINITION DU SOMMEIL

On peut définir le sommeil par plusieurs critères comportementaux:

- L'inactivité physique : avec persistance d'une activité motrice limitée.
- Une posture spécifique : une attitude générale du corps, propre à chaque espèce animale (par exemple, nous ne dormons pas dans la même position qu'un lion ou un flamant rose).
- Un seuil de réactivité : le stimulus (bruit, contact) doit être plus élevé qu'à l'état de veille pour faire réagir le dormeur. Le coma profond que beaucoup de personnes cérébrolésées ont vécu, lui, se caractérise par l'absence de réactivité.
- La réversibilité spontanée : un retour à l'état de veille même en l'absence de stimulus.
- Un lieu, un environnement spécifique dédié au sommeil : l'être humain dort préférentiellement dans une chambre à coucher et dans un lit, dans une ambiance qui y invite.
- Un moment spécifique dans la journée dédié au sommeil : la majorité des êtres humains (contrairement à certains animaux) vit la journée et dort la nuit : c'est l'organisation nyctémère qui repose sur l'alternance jour/nuit.

ORGANISATION CIRCADIENTE

L'organisation circadienne est complexe : il existe des rythmes « endogènes » et nous possédons dans notre cerveau, une réelle horloge biologique.

Rythmes circadiens endogènes :

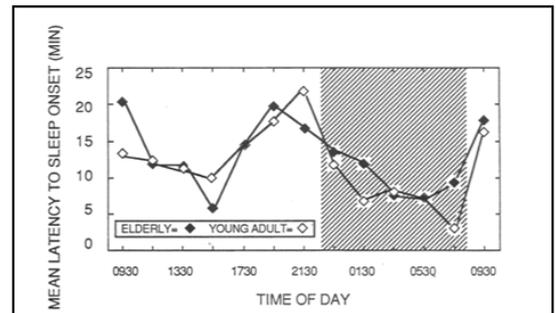
Une horloge biologique interne au niveau d'un petit noyau du cerveau détermine un rythme circadien endogène. Des expériences sur des sujets isolés dans des grottes pendant une longue période (privés de toute lumière du jour ainsi que d'horloge, de radio et de TV) montrent qu'ils présentent spontanément un rythme d'alternance d'activité et de repos basé sur environ 24 heures.

Cette horloge rythme diverses choses :

- alternance veille-sommeil
- température corporelle qui fluctue au cours des 24 h
- excrétion urinaire de calcium et de potassium,...
- modification cyclique de certaines hormones : cortisol, hormone de croissance, ...

Mais notre horloge interne a une période qui n'est pas exactement de 24 heures mais généralement un peu davantage. Donc tous les jours, nous devons remettre notre horloge à l'heure, ce que l'on appelle l'entraînement des rythmes circadiens.

Cycle circadien
de la tendance à s'endormir



Elderly : 60-83 yrs; young adults : 19-23 yrs
Carskadon & Dement, 1987

Entraînement des rythmes circadiens par les « zeitgebers » (« donneurs de temps »)

Notre horloge biologique doit donc être régulièrement remise à l'heure. C'est le rôle des « zeitgebers » ou « synchroniseurs » qui sont :

- L'alternance lumière-obscurité :

même dans notre civilisation de l'électricité et de la lumière artificielle, la lumière reste un élément primordial pour donner le signal à notre horloge biologique et rythmer notre cycle sur 24 h.

- Les repères sociaux

les obligations de notre vie sociale ou professionnelle rythment aussi notre horloge biologique et aident à entraîner notre rythme circadien.

Mais les personnes qui ne sont pas liées à des obligations d'horaire ont tendance à décaler progressivement leur temps de sommeil, à se lever et à aller dormir de plus en plus tard (influencé par la TV, internet, ... et le fait que notre horloge est basée sur un peu plus de 24 h). Ceci peut les amener à être déphasées par rapport au reste de la famille et de la société.

Il existe aussi un cycle circadien de la tendance à s'endormir : l'être humain dort en général entre 22 h et 8 h du matin. Mais il existe un deuxième pic de sommeil, un creux de vigilance, physiologique, en début d'après-midi, avec une tendance normale à la sieste (la moitié de la population du globe répartit son sommeil entre la nuit et une sieste « institutionnalisée »). Le fait que nos pays développés ne favorisent pas la sieste est donc « contre nature ».

COMMENT APPREHENDER LE SOMMEIL ?

Anamnèse et questionnaires

Ils concernent le patient mais aussi le partenaire de lit qui peut donner des informations sur l'attitude du sujet endormi.

Points importants de l'interrogatoire :

- L'anamnèse générale
 - Les conditions familiales, l'activité professionnelle, les horaires
 - Le rythme de vie, les repas, l'activité physique
 - Les antécédents médicaux (notamment les atteintes cérébrales) et chirurgicaux
 - Les problèmes de douleur physique
 - Le contexte psychologique, la fatigue, la dépression (selon le cas, la personne déprimée va dormir soit beaucoup plus soit très peu (si elle est anxieuse))
 - Le traitement médicamenteux : la plupart des médicaments, surtout à usage neurologique, influent sur la qualité du sommeil. Par exemple, la plupart des médicaments anti-épileptiques ont un impact qui augmente le sommeil et la somnolence (sauf le Lamictal qui a tendance à éveiller les gens et à générer des insomnies au début du traitement). C'est aussi le cas pour les médicaments destinés à soigner la maladie de Parkinson, la tension artérielle, les migraines, ...
 - La prise d'alcool a un impact considérable sur la qualité du sommeil, sur la quantité de sommeil et sur la vigilance.

- L'anamnèse du sommeil et de son retentissement sur l'éveil
 - Le sommeil : ronflements, apnées (arrêt momentané de la respiration), mouvements corporels, rêves
 - L'éveil : fatigue, somnolence diurne (c'est-à-dire dans la journée), problèmes de mémoire et de concentration

- L'échelle de somnolence d'Epworth

Elle évalue la tendance à la somnolence pendant la journée et donne une indication sur la qualité réparatrice de la nuit de sommeil en général. Le sujet doit répondre à 8 questions, correspondant à des situations de la vie quotidienne. On considère qu'un score dépassant 10/24 indique une somnolence anormale.

| <u>Echelle de somnolence d'Epworth</u> | |
|--|--|
| Quelle est la probabilité pour que vous vous assoupissiez ou que vous vous endormiez - non pas que vous sentiez simplement fatigué - dans les conditions suivantes ? Pensez à votre façon de vivre habituelle. Même si vous ne vous êtes pas récemment trouvé dans de telles circonstances, imaginez votre réaction. Utilisez l'échelle. | 0 = pas de risque de s'assoupir 1 = petite chance de s'assoupir 2 = possibilité moyenne de s'assoupir 3 = grande chance de s'assoupir |
| | SCORE |
| <i>Assis en lisant</i> | |
| <i>En regardant la télévision</i> | |
| <i>Assis inactif en public (par exemple au théâtre ou lors d'une réunion)</i> | |
| <i>Comme passager en voiture pendant une heure sans arrêt</i> | |
| <i>En s'allongeant pour faire la sieste l'après-midi si les circonstances le permettent</i> | |
| <i>Assis et en discutant avec quelqu'un</i> | |
| <i>Assis tranquillement après un repas sans alcool</i> | |
| <i>Au volant, après quelques minutes d'arrêt lors d'un embouteillage</i> | |

Agenda de sommeil

Le sujet consigne chaque jour pendant deux à quatre semaines, les heures d'endormissement et de réveil, les périodes où il a l'impression de dormir, mais aussi tout autre aspect marquant (stress, activité physique, jour de travail ou de repos, ...). Ceci donne une bonne idée de la variabilité des paramètres de sommeil, ainsi que de l'organisation nyctémérale du sommeil.



BASIC Mini-Motionlogger Features

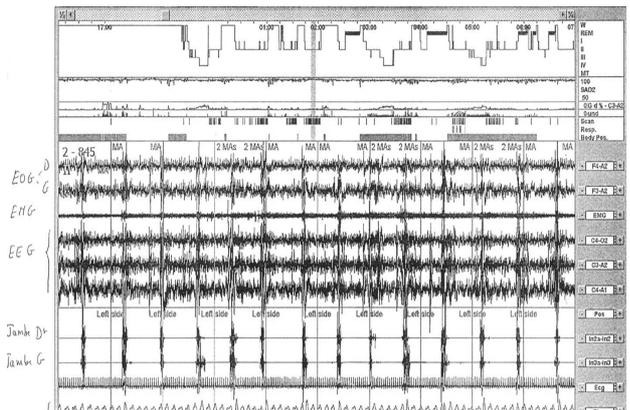
Actigraphie

Grâce à un capteur de mouvement du format d'une montre, porté par le patient en continu, elle enregistre en permanence les mouvements. Cet enregistrement du rythme activité-repos est un bon reflet du rythme veille-sommeil.

Polysomnographie

Elle enregistre 3 données de base :

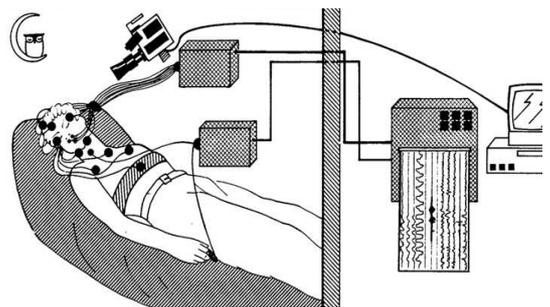
- EEG : l'électroencéphalogramme, c'ad, l'activité électrique du cerveau, qui varie en fonction des stades de sommeil
- EOG : électrooculogramme, qui révèle les mouvements oculaires notamment pendant la phase de sommeil paradoxal (les yeux font des mouvements rapides lors de cette phase de rêve)
- EMG : électromyogramme, pour l'activité musculaire.



Elle peut se faire à l'hôpital en laboratoire de sommeil ou en ambulatoire :

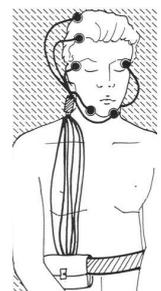
- En laboratoire de sommeil :

A l'avantage de permettre l'enregistrement simultané de nombreuses données supplémentaires (flux respiratoires, mouvements respiratoires, ronflements, oxymétrie, rythme cardiaque, mouvement des jambes, ...) sous contrôle vidéo éventuellement ; les conditions d'environnement et les horaires sont très différents de la situation habituelle et le coût est élevé.



- En ambulatoire :

Est plus proche de la réalité du patient mais reste chère.



LE SOMMEIL NORMAL

L'architecture du sommeil ou hypnogramme

□ Les stades du sommeil :

On distingue deux grands types de sommeil : le sommeil NREM (Non Rapid Eye Movement) et le sommeil REM (Rapid Eye Movement) aussi appelé en français sommeil paradoxal. Le sommeil NREM est lui-même divisé en 4 stades, de plus en plus profonds ; en sommeil NREM, il persiste un certain tonus musculaire et il n'y a quasi pas de mouvements oculaires.

• **Stade 1 : Somnolence ou stade de l'endormissement :**

Il est caractérisé par une réduction de la vigilance, du tonus musculaire et de la fréquence cardiaque.

• **Stade 2 : Sommeil léger :**

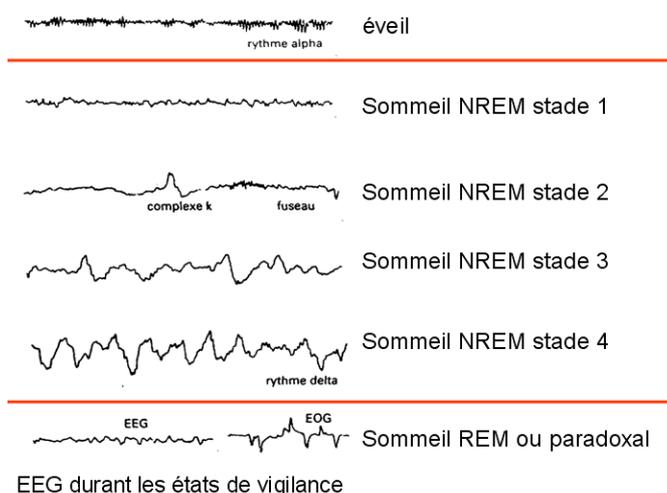
Le sujet est assoupi, mais il est encore très sensible aux stimuli extérieurs

• **Stade 3 et 4 : Sommeil profond :**

Les signes vitaux se ralentissent tout en devenant parfaitement réguliers.

• **Sommeil paradoxal :**

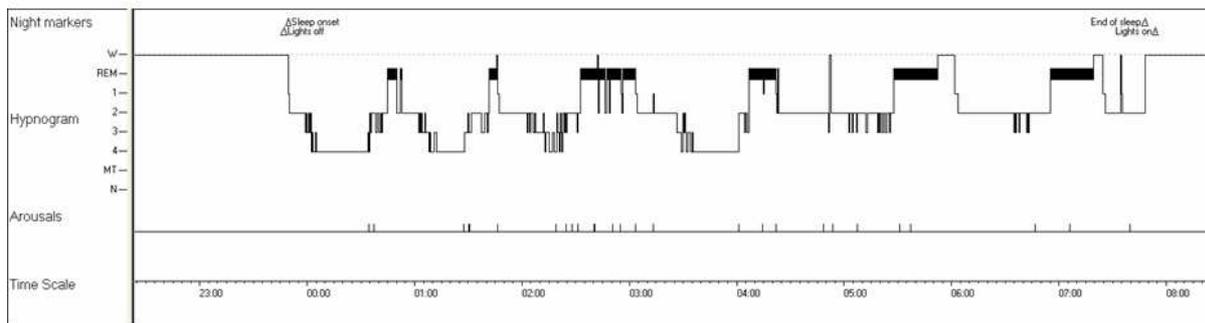
L'activité électrique du cerveau est proche de celle de l'éveil. Dans ce stade, on observe des mouvements oculaires rapides qui surviennent par bouffées, d'où son nom de sommeil REM pour Rapid Eye Movements. La respiration est irrégulière. Le cœur accélère ou ralentit. Lorsque l'on réveille un dormeur dans cette phase, il raconte généralement un rêve souvent élaboré ; en sommeil NREM, il peut y avoir une certaine activité onirique (càd avec rêve) mais elle est généralement beaucoup plus simple.



□ **L'évolution du sommeil au cours de la nuit**

Les stades se succèdent en cycles au fil de la nuit. Les phases de sommeil profond (3 & 4) prédominent en début de nuit. La première phase de sommeil paradoxal apparaît une à deux heures après l'endormissement ; les phases de sommeil paradoxal se répètent toutes les 90 minutes environ, et leur durée s'allonge avec la succession des cycles du sommeil, pour devenir maximale en fin de nuit.

Sujet normal



Le sommeil en fonction de l'âge

Le sujet âgé dort un peu moins que le sujet jeune, et cette diminution se fait aux dépens des stades 3-4. La proportion de sommeil REM et de stades 1-2 se modifie peu.

Evolution du sommeil

| | TST h | Stades 1-2 % | Stades 3-4 % | Stade REM % |
|------------------|----------|--------------------|--------------------|-------------------|
| Adulte | 6-9 | 45-60 | 15-25 | 15-25 |
| Personne âgée | 5-8 | 50-80 | 5-15 | 15-25 |

Ce que l'on ignore encore

On ignore la vraie fonction du sommeil, de ses différents stades et pourquoi il est nécessaire. On ne connaît pas sa quantité minimale vitale, ni le rapport entre sa qualité, subjectivement appréciée, et les proportions des différents stades.

Outre son rôle dans la restauration métabolique, le sommeil est certainement nécessaire dans les processus de mémorisation. Des recherches récentes menées à l'Université de Liège ont montré que la qualité de la mémorisation (que l'on attribuait auparavant surtout à la phase REM) dépend en réalité d'une bonne qualité de chacune des phases.

Qu'est-ce qu'un dormeur normal ?

Le bon dormeur est surtout celui qui ne se plaint pas de son sommeil et ne présente pas de symptômes diurnes, ni de problèmes organiques ou psychologiques qui puissent être mis en rapport avec une mauvaise qualité de son sommeil. Il a un horaire de coucher et de lever réguliers. Il ne fait pas usage de médicaments ou de substances susceptibles de modifier le sommeil. Le temps de sommeil normal est très variable d'une personne à l'autre.

Conditions « idéales » pour un bon sommeil

La qualité du sommeil dépend:

- de la durée de la période de veille qui précède
- du moment du coucher : si on va se coucher plus tard que son heure habituelle, même si la période de veille a été plus longue, notre horloge biologique a tendance à nous réveiller à l'heure habituelle
- de la régularité de l'horaire de sommeil
- de l'activité physique exercée durant la journée et de l'état psychologique ; un état de détente mentale facilite le sommeil
- parfois quelques habitudes et rituels avant de se mettre au lit préparent au sommeil.

PARTIE 2 : LES TROUBLES DU SOMMEIL ET DE L'ÉVEIL

L'INSOMNIE

Présentation de l'insomnie

L'insomnie n'est pas une maladie mais une plainte exprimée par le sujet. Elle peut porter sur la durée totale du sommeil, sur la survenue de réveils nocturnes, sur un éveil matinal précoce, sur la profondeur du sommeil, ...

Elle s'accompagne de répercussions sur la vigilance diurne (fatigue, irritabilité, difficulté de concentration, somnolence, trouble de l'humeur, ...).

Classification de l'insomnie

- Aiguë : transitoire, de quelques jours à quelques semaines, souvent à l'occasion d'un stress (deuil, travail, rupture, ...)

- Chronique : lorsqu'elle dure plus d'un mois.

On distingue aussi des insomnies :

- primaires : sans facteur causal identifié

- secondaires : quand il existe une cause reconnue (par exemple, atteinte cérébrale, ...).

Causes de l'insomnie

Insomnies primaires

- De cause inconnue, persistant depuis l'enfance
- L'insomnie paradoxale : où le patient a une perception erronée de son sommeil (par exemple, il signale être réveillé plusieurs fois la nuit) qui n'est pas confirmée par l'enregistrement polysomnographique.

Insomnies secondaires

- Facteurs de stress
- Mauvaise hygiène de vie
- Facteurs médicaux : douleurs chroniques, difficultés respiratoires, ...
- Prise de substance : médicaments, drogues, alcool, caféine

Taux de caféine dans les produits de grande consommation

| | | |
|-------------------------|--------|-----------|
| Café | 0.3 L | 10-200 mg |
| Infusion de thé | 0.3 L | 20-100 mg |
| Iced Tea | 0.33 L | 10-55 mg |
| Coca-Cola | 0.33 L | 30 mg |
| Red Bull | 0.25 L | 80 mg |
| Boisson à base de cacao | 0.33 L | 4-35 mg |
| Chocolat au lait | 10 g | ~5 mg |
| Chocolat noir | 10 g | ~12 mg |

La caféine

La caféine est le psychostimulant le plus utilisé au monde. On la trouve dans le café, le cacao, le coca-cola, le thé, le chocolat, les soft drinks (« red bull »), les baies de guarana, ...

Mise au point de l'insomnie

- Consultation médicale approfondie
 - les indications de l'examen polysomnographique sont limitées en cas d'insomnie : on aura recours à cet examen seulement en cas de suspicion de phénomènes moteurs (la personne bouge beaucoup pendant la nuit, donne des coups de pied, ...) ou d'anomalies respiratoires (apnées ou arrêts respiratoires).

Traitement de l'insomnie

- Pharmacologique :

- Les benzodiazépines (BZD)
- Les agents non-BZD agissant sur le récepteur BZD
- Certains antidépresseurs sédatifs ou neuroleptiques

- Non pharmacologique :

Approche cognitivo-comportementale à l'aide d'un psycho-thérapeute qui permet de ré-apprendre à dormir, agit sur les perceptions et interprétations mentales défavorables au sommeil comme les attentes irréalistes, les fausses idées, l'anxiété de performance, ... Ces approches sont plus longues (une dizaine de séances) mais semblent les plus efficaces à long terme (elles permettent d'arrêter les médicaments dont on devient vite dépendants).

LA SOMNOLENCE EXCESSIVE

Elle touche la qualité de vie personnelle et professionnelle. Elle revêt aussi un aspect médico-légal (par exemple sur l'aptitude à conduire, son implication dans les accidents, ...)

Il est important de distinguer :

- l'hypersomnolence qui désigne la tendance à s'endormir involontairement, à des moments inappropriés.

- la fatigue (ou manque d'énergie) due aussi à d'autres causes médicales (anémie, insuffisance cardiaque, maladie chronique, dépression, ...)

Les causes de la somnolence

- Le manque de sommeil (= la cause la plus fréquente de somnolence dans notre société !)
- Les causes chronobiologiques (travail de nuit, décalage horaire, ...)
- Les causes toxiques (alcool, antidouleurs, antiépileptiques, antiparkinsoniens, antihistaminiques, ...)
- Les problèmes médicaux notamment neurologiques (comme une lésion cérébrale, le syndrome d'apnée du sommeil, la narcolepsie, l'hypersomnie idiopathique, ...)

LE SYNDROME D'APNÉE DU SOMMEIL (SAS)

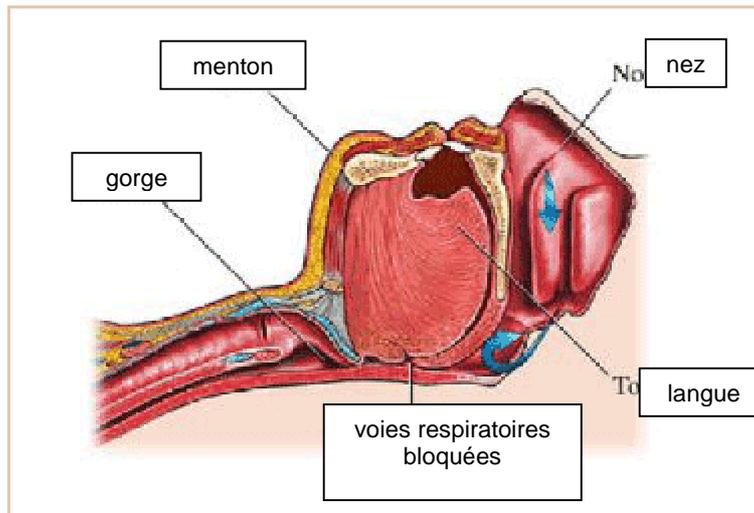
Présentation de l'apnée du sommeil (SAS)

Une apnée du sommeil est une pause respiratoire qui dure plus de 10 secondes – parfois jusqu'à 1 à 2 minutes - et qui se termine par une reprise respiratoire et un ronflement bruyant.

Dans le SAS, les épisodes d'apnée se répètent régulièrement tout au cours de la nuit (entre 5 et 50 fois/heure).

Ces apnées répétées donnent lieu à des hypoxémies nocturnes, suivies par un réveil rapide pour reprendre sa respiration. Le sommeil est donc très fragmenté et reste très superficiel. Il est donc très peu réparateur, ce qui donne une fatigue résiduelle importante au lever et une tendance à la somnolence pendant la journée.

Ce syndrome est le plus généralement dû à l'obstruction temporaire, partielle ou complète de la voie aérienne supérieure, provoquée par le relâchement trop important du tonus de la langue qui tombe. Il est favorisé par la surcharge pondérale.



Il existe aussi des apnées d'origine centrale associées à des problèmes neurologiques ou cardiaques.

Le SAS est une cause majeure d'hypersomnolence diurne (les apnées touchent 2 - 4 % de la population adulte surtout masculine entre 40-60 ans, 30 % des sujets âgés).

Les signes associés de l'apnée du sommeil

Le sujet présente un tableau où s'associent généralement :

- les pauses respiratoires
- un ronflement majeur
- un sommeil agité (à chaque reprise de la respiration, la personne fait de grands gestes ou sursaute dans son lit)
- une somnolence diurne
- un excès pondéral plus ou moins important
- une hypertension artérielle
- une consommation d'alcool ou de médicaments : d'une part, ils favorisent le relâchement des muscles du pharynx et d'autre part, ils dépriment le centre respiratoire et le rendent moins réactif au manque d'oxygène. La pause est donc plus longue avant la reprise respiratoire.

Les conséquences de l'apnée du sommeil

- Neurocognitives et psychologiques : troubles de la mémoire, dépression, risque d'accident automobile nettement multiplié (6 fois plus important)
- Cardiovasculaires : risques accrus d'hypertension, d'arythmies cardiaques, d'accidents cardiovasculaires
- Sociales : qualité de vie personnelle et professionnelle très affectée. Impact sur le conjoint qui est réveillé fréquemment dans la nuit.

L'apnée du sommeil et les accidents vasculaires cérébraux

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont plus fréquents chez les personnes présentant un syndrome d'apnée du sommeil (SAS) : les deux pathologies partagent des facteurs de risque similaires.

Un SAS doit aussi être considéré comme un facteur de risque d'AVC.

D'autre part, les SAS sont plus fréquents chez les victimes d'AVC.

Les deux pathologies sont donc très liées.

Aspect médico-légal de l'apnée du sommeil

L'hypersomnolence consécutive au manque de sommeil réparateur dans le syndrome d'apnée du sommeil rend particulièrement dangereuse la conduite automobile.

Le patient non traité est considéré comme inapte à la conduite. Il ne peut reprendre la conduite que lorsqu'il reçoit un traitement adéquat.

Le traitement de l'apnée du sommeil

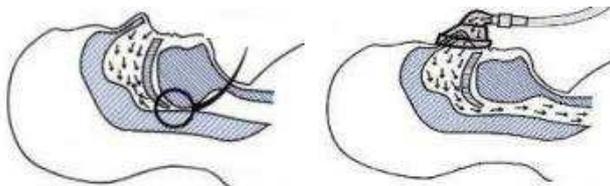
Mesures hygiéno-diététiques

- Perdre du poids
- Eviter l'alcool et les hypnotiques
- Eviter le décubitus dorsal (càd, éviter de dormir sur le dos)
- Diminuer la résistance nasale

On peut aussi maintenir le passage de l'air dans les voies respiratoires par :

- La ventilation par pression continue par voie nasale (CPAP)

Un dispositif génère un flux d'air à une pression de 5-10 cm H₂O, transmis par une tubulure et un masque au niveau du nez, assurant ainsi l'ouverture du pharynx. Il se porte quotidiennement toute la nuit aussi longtemps que nécessaire. Son indication est à réévaluer en cas de modifications telles que : perte de poids importante, arrêt de certains médicaments, ...



Il est très bien toléré par le patient qui voit sa qualité de vie nettement améliorée. C'est le traitement de choix dans les formes graves de syndrome d'apnées du sommeil.

- La prothèse d'avancement mandibulaire

Elle libère mécaniquement les voies respiratoires en avançant la mâchoire inférieure par rapport à la mâchoire supérieure. Ce traitement s'adresse à des patients qui ont une forme modérée du syndrome d'apnées.



LES TROUBLES DU CYCLE VEILLE-SOMMEIL

- Le jet-lag
Perturbation du rythme par changement de fuseaux horaires lors de longs voyages en avion
- Le shift work
Lié au travail à pauses (3 x 8 heures)
- Le syndrome de la phase de sommeil retardée
Certaines personnes ont tendance à se coucher et à se lever de plus en plus tard. Elles éprouvent alors d'importantes difficultés lorsqu'elles doivent se plier à un horaire classique. Il n'existe pas de traitement médicamenteux. Le traitement consiste en une chronothérapie, une remise en rythme, aidée par la luminothérapie (illumination importante de la personne dès son réveil).

LES PARASOMNIES

Les parasomnies du sommeil NREM

Citons :

- Les terreurs nocturnes
- Le somnambulisme
- L'énurésie

Les parasomnies du sommeil paradoxal (REM)

- Les cauchemars :
Ils peuvent être excessifs et motif de consultation.

□ Les « REM Sleep Behavior disorders »

Les rêves se présentent dans la phase REM, où le tonus musculaire est aboli et où n'existe normalement aucune activité motrice. Certaines lésions du tronc cérébral ou une susceptibilité individuelle à certains médicaments antidépresseurs ou l'alcool peut lever cette atonie musculaire de sorte que le patient « vit effectivement » ses rêves. Il peut donc parler, crier, boxer, sauter de son lit, agripper, casser du mobilier, frapper le partenaire de lit, ...

□ Le bruxisme :

ou grincement des dents qui peut avoir des conséquences sévères sur la dentition.

LES MOUVEMENTS PERIODIQUES DU SOMMEIL

Description

Il s'agit du dormeur qui toutes les 20 à 40 secondes donne un coup de pied. Il touche environ 10 % de la population adulte.

Plus précisément :

- Mouvements stéréotypés répétitifs, avec extension des orteils, flexion du pied, du genou et de la hanche
- Durée de 0,5 à 5 secondes
- Survenue toutes les 20 à 40 secondes
- En sommeil NREM

Ces mouvements ont donc un impact négatif sur le partenaire de lit.

Associations

Fréquemment associé à d'autres troubles ou pathologies comme :

- Le syndrome des jambes sans repos (Restless legs syndrome)
Besoin irrépressible de bouger les jambes à cause d'un inconfort (fourmillements, picotements, brûlures, ..) ; surtout le soir ou la nuit. Il peut être très difficile de se reposer, de rester assis, de voyager en avion, d'aller au cinéma, etc...
- La grossesse
- L'anémie ferriprive
- Les neuropathies périphériques
- L'insuffisance rénale (20-30 % des personnes avec insuffisance rénale en souffrent)
- Certaines maladies neurologiques (maladie de Parkinson)

CEREBROLESION ET SOMMEIL

La personne cérébrolésée est particulièrement susceptible de présenter des troubles du sommeil. Ils sont à mettre en rapport avec sa lésion neurologique elle-même, mais aussi avec son impact psychologique et les modifications du rythme de vie.

Les médicaments, souvent nombreux, jouent aussi un grand rôle et un ajustement de la médication ou de la posologie peut parfois apporter une amélioration.

Par ailleurs, Il est favorable dans la mesure du possible de maintenir une activité physique régulière (adaptée éventuellement aux problèmes moteurs : gymnastique douce, natation, ...), et d'essayer de conserver des horaires et un rythme de sommeil le plus régulier possible, *a fortiori* si l'on n'y est plus assujéti par les mêmes contraintes socio-professionnelles qu'avant.

QUELQUES CONSEILS...

Préparer son sommeil :

la qualité du sommeil est directement liée à la journée qui le précède.

L'hygiène de vie est donc cruciale :

- des heures de lever et de coucher constantes : cette régularité est impérative. Même le week-end, il convient de ne pas décaler de plus d'une heure son moment de lever. Il est préférable par ailleurs, si on désire récupérer une fatigue le week-end, de se lever à l'heure habituelle (voire une heure de plus), d'éviter de faire une grasse matinée (qui va décaler de façon trop importante le rythme de sommeil) mais plutôt de faire une sieste de 2 heures en début d'après-midi.
- la sieste doit avoir lieu en début d'après-midi (une sieste après 16 heures perturbe le rythme de la nuit suivante)
- un nombre d'heures de sommeil constant
- des horaires de repas constants (en évitant de manger trop, trop peu ou trop tard le soir)

- éviter la prise d'alcool, de café, de thé, de coca-cola, de chocolat, ... à partir de 18 h
- la pratique d'activités « sociales » (loisirs, bénévolat, sport, ...) régule notre rythme de vie et donc de sommeil
- la pratique régulière d'exercice physique modéré (mais attention, pas juste avant de l'heure du coucher)
- en début de soirée, les activités « calmes » : lecture (mais pas études !), TV (mais sans violence ! et pas dans les 30 minutes qui précèdent l'heure du coucher), marche, ...

L'endormissement est favorisé par les « rituels » :

- un environnement agréable : température de la chambre « fraîche » (18°), literie confortable, chambre calme et sombre, ...
- une musique douce et apaisante, à un volume faible
- les tisanes sédatives (mélisse, camomille, tilleul, verveine, fleur d'oranger, ...)
- les produits laitiers (le traditionnel verre de lait mais aussi le fromage, les yaourts, ...)
- un bain ou une douche chauds, afin de détendre la musculature
- faire le vide de son esprit : au lit, ne jamais « travailler », ni planifier sa journée du lendemain, ni faire ses comptes, ...
- la sophrologie permet de diminuer le stress, les ruminations et l'anxiété
- une respiration maîtrisée, calme et profonde



Association de personnes cérébrolésées, de leurs familles et des aidants

- Parce que cela n'arrive pas qu'aux autres ...
- Parce que vous souhaitez vous informer ...
- Parce que nous voulons changer les choses ...

Nous pouvons faire route ensemble ...

Quels sont les objectifs de notre association ?

- **Rassembler** les personnes cérébrolésées, leurs familles et leurs aidants.
- **Faire connaître** la problématique particulière de la cérébrolésion.
- **Lutter** pour mettre en place des structures et des outils adaptés.

Echanger ... Informer ... Agir ...

L'association est un lieu d'écoute, d'échanges, de solidarité, d'initiatives, de mobilisation, de revendications.

Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement.

Vous n'êtes plus seul !

Contactez-nous aujourd'hui !

Adresse de contact : Brigitte et Jacques Ruhl
Rue Bourgmestre Gilisquet 43
1457 Walhain-Saint-Paul

e-mail : revivre@skynet.be

site internet : revivreasbl.be

Banque : compte n° 310-1390172-54