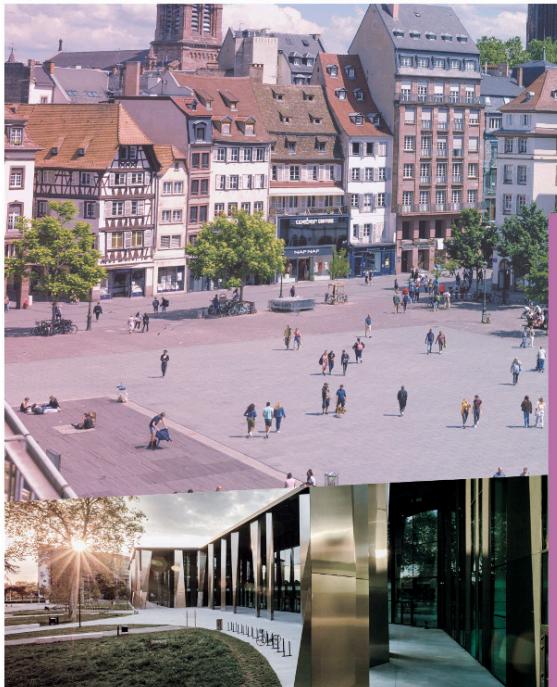




LE CONGRÈS  
DU SOMMEIL®



STRASBOURG  
2025 | PALAIS  
DES CONGRÈS

19-20-21  
NOVEMBRE 2025

[www.lecongresdusommeil.com](http://www.lecongresdusommeil.com)

SFRMS   
Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil

SPLF  
Société de Pneumologie  
de Langue Française

## INFORMATION PRESSE 2025

### Diagnostic et traitement des pathologies du sommeil, un enjeu de santé publique

Avec la contribution de :

**Docteur Isabelle Lambert**  
Neurologue  
Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

**Professeur Claire Launois**  
Secrétaire générale adjointe de la SFRMS, pneumologue  
CHU de Reims

**Professeur Jean-Arthur Micoulaud Franchi**  
Psychiatre  
CHU de Bordeaux

**Nous contacter**  
[communication@sfrms.org](mailto:communication@sfrms.org)

# Le sommeil, nouvel enjeu majeur de santé publique

Pr. Jean-Arthur Micoulaud Franchi

Psychiatre  
Bordeaux

Le sommeil, bien plus qu'un simple repos, est désormais reconnu comme une dimension essentielle de la promotion de la santé au niveau national. La science du sommeil, par nature pluridisciplinaire, touche à la santé, au travail, au logement, à l'éducation, et même aux rythmes scolaires. Face à la dégradation des indicateurs de sommeil en France, les troubles du sommeil sont passés du statut de problème individuel à celui d'un véritable enjeu de santé publique.

## Une approche transversale face à l'altération du sommeil

Les Français dorment en moyenne 7 heures par nuit en semaine, mais un sur cinq dort moins de 6 heures. Surtout, 45% des Français déclarent au moins un trouble du sommeil. Ce déclin n'est pas une fatalité. Il exige une approche multisectorielle et transversale combinant différents ministères et acteurs de la santé.

C'est en réponse à ce constat alarmant que le gouvernement français a élaboré et publié **la Feuille de route interministérielle en faveur d'un sommeil de qualité 2025-2026**. Ce document qui mobilise notamment la SFRMS aux côtés d'autres acteurs majeurs provenant de différents secteurs, a pour objectif de concevoir et mettre en place des actions concrètes afin de placer la question du sommeil au centre de différentes politiques publiques : santé, travail, logement, éducation, enseignement supérieur, culture...

Ainsi, la feuille de route s'inscrit en cohérence avec le *position paper* du chercheur canadien Charles Morin qui insiste sur la nécessité de prioriser l'insomnie dans les agendas de santé publique, la qualifiant de « *wakeup call* ». L'insomnie est mise en avant comme un facteur de risque de troubles dépressifs et, plus généralement, d'altération de la santé mentale.

La feuille de route se structure autour de cinq engagements (Informer, Favoriser une bonne hygiène de sommeil chez les enfants et les jeunes, Agir pour un environnement plus favorable, Améliorer le repérage des troubles, Renforcer les connaissances), qui se concrétisent autour d'une politique de santé en trois niveaux : l'information, l'environnement, et les filières de soin.

## Informer et promouvoir le sommeil comme déterminant de santé

Une politique de prévention ambitieuse commence par **l'information du grand public et des acteurs éducatifs**. L'objectif est de rendre disponible une information fiable et harmonisée et de promouvoir l'importance du sommeil au même titre que l'alimentation et l'activité physique.

### Actions de sensibilisation

L'Axe 1 de la feuille de route vise à informer et promouvoir le sommeil comme déterminant de la santé globale.

- Le site de prévention « Manger bouger » va renforcer les contenus dédiés au sommeil.
- Des campagnes de sensibilisation seront déployées pour le grand public, notamment sur le lien entre sommeil et santé mentale.
- Les informations sur les durées de sommeil recommandées à chaque âge seront diffusées sur les sites institutionnels comme [sante.gouv.fr](http://sante.gouv.fr) et [ameli.fr](http://ameli.fr).

## Focus sur les enfants et les jeunes

L'Axe 2 est dédié à favoriser **une bonne hygiène de sommeil chez les enfants et les jeunes**. Cette attention est cruciale, car les jeunes sont plus sensibles au manque de sommeil.

- Des nouvelles questions sur le sommeil ont été intégrées dans le carnet de santé de l'enfant depuis janvier 2025, incitant les médecins (généralistes et pédiatres) à échanger avec les parents sur ce sujet majeur.
- La promotion d'un rituel au moment du coucher (lecture, chant) est encouragée, notamment via le dispositif « Premières pages », pour instaurer de bonnes habitudes dès le plus jeune âge.
- Le ministère de l'Éducation nationale est mobilisé pour renforcer la sensibilisation des enseignants et des élèves, et pour paramétrier les espaces numériques de travail afin d'instituer des plages de déconnexion le soir et le week-end, luttant ainsi contre l'impact des écrans sur le sommeil.

## Un environnement propice à l'endormissement

Pour garantir un sommeil de qualité, il est nécessaire d'agir sur les facteurs environnementaux et sociaux. Cela passe par **une politique architecturale et urbaine visant à préserver l'endormissement**.

L'Axe 3 se concentre sur Agir pour un environnement plus favorable au sommeil.

- Lutte contre les nuisances sonores : Les rénovations de logements seront encouragées pour améliorer les qualités acoustiques des habitations, car une mauvaise isolation peut retarder l'endormissement et provoquer des réveils intempestifs. Cette action comprend la réalisation d'un guide de recommandations.
- Déploiement des espaces calmes : Le label « QUIET » vise à créer des lieux publics ressourçants par leur tranquillité sonore, contribuant au bien-être et au repos.
- Monde du travail : Les acteurs de l'entreprise (employeurs, salariés) seront mieux informés des risques liés au travail de nuit et aux horaires atypiques (facteurs favorisants de l'insomnie) sur la santé et le sommeil, et des outils de prévention seront fournis.

## Restructuration et Optimisation des Filières de Soin

Enfin, la feuille de route s'attaque à la problématique du diagnostic et de la prise en charge comportementale de l'insomnie. Il est crucial de **former les professionnels au dépistage** et d'optimiser les filières de soin pour guider les patients.

L'Axe 4 vise à améliorer le repérage des troubles du sommeil.

- Formation des professionnels de santé : Une sensibilisation et une formation accrue des professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens) sont prévues pour le repérage précoce et l'application des mesures comportementales de base de l'insomnie en soins primaires.
- Amélioration de la prise en charge : Le déploiement du dispositif Mon Bilan Prévention permettra d'aborder la question du sommeil avec son professionnel de santé et d'être orienté si nécessaire.
- Promotion des TCC-I : L'accès à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour l'insomnie est mis en avant comme un levier d'amélioration du sommeil et de réduction du risque de dépression. Les filières de soin seront optimisées pour que les patients chez qui les mesures de base ne fonctionnent pas puissent être dirigés vers des professionnels formés, notamment via le parcours MonPsy.
- Outils numériques : L'application gratuite Jardin Mental est mise à disposition pour permettre aux usagers de suivre leur sommeil et faciliter le dialogue avec les professionnels.

La Feuille de route interministérielle 2025-2026 marque un changement de paradigme, faisant du sommeil un déterminant de santé publique de premier plan. En coordonnant l'information, l'environnement et les filières de soin, l'action publique ambitionne de lutter contre l'altération du sommeil et de ses conséquences sur la santé physique et mentale des Français.



## Bibliographie

- **Feuille de Route Interministérielle En Faveur d'un Sommeil de Qualité 2025-2026.** Ministère de la Santé; 2025. <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiques-de-presse/article/promouvoir-un-sommeil-de-qualite-pour-tous-une-feuille-de-route>
- Palagini L, Arango C, Bassetti CLA, et al. The need to prioritize "insomnia disorder" in public health agendas: "a wake-up call" position paper from European and Canadian experts in sleep and mental health. *Sleep Medicine*. 2025;135:106763. doi:10.1016/j.sleep.2025.106763
- Institut National du Sommeil et de la Vigilance. Sommeil, Somnolence et Santé Mentale :Un Lien à Ne plus Sous-Estimer Pour La Santé et La Vigilance.; 2025. <https://institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2020/02/Dias-ConfPresse-INSV-JS-2025-vdef.pdf>
- Trozman I, Ivanenko A. Classification and Epidemiology of Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2021;30(1):47-64. doi:10.1016/j.chc.2020.08.002
- St-Onge MP, Grandner MA, Brown D, et al. Sleep Duration and Quality: Impact on Lifestyle Behaviors and Cardiometabolic Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016;134(18):e367-e386. doi:10.1161/CIR.0000000000000444



La Feuille de route interministérielle en faveur d'un sommeil de qualité 2025-2026 est disponible dans son intégralité sur [sante.gouv.fr](https://sante.gouv.fr)



## Approfondir le sujet lors du Congrès en replay

### Présentation de la feuille de route interministérielle pour un sommeil de qualité

Par Ingrid Boinet, Attachée principale d'administration de l'Etat au Ministère de la Santé et de la Prévention

### Nouvelles tendances avec les approches numériques de TCC dans la prise en charge de l'insomnie

### Update dans la recherche sur les grandes pathologies du sommeil : collaboration franco-qubécoise

### Impact de la nutrition sur le sommeil : de l'assiette à l'oreiller et vice-versa

**Vous êtes journaliste et souhaitez visionner le replay d'une session du Congrès du Sommeil ?**

Écrivez-nous !

communication@sfrms.org

# Fatigue ou somnolence ? Une différence qui a du sens

Dr. Isabelle Lambert

Neurologue  
Marseille

## Non-spécificité de la fatigue en consultation

La fatigue est un symptôme fréquemment rencontré en consultation de médecine du sommeil, constituant souvent une porte d'entrée majeure. Elle est définie comme une perte de force et d'énergie nécessitant du repos, et non forcément du sommeil. Dans le milieu médical, elle peut être désignée sous le terme d'asthénie, renvoyant étymologiquement au manque de vigueur. Bien souvent, elle découle d'une pathologie liée au sommeil comme l'insomnie ou le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS). Cependant, il est essentiel de reconnaître que **la fatigue n'est pas nécessairement liée au sommeil**, surtout si celle-ci est au premier plan de la plainte du patient. Aujourd'hui, il n'existe pas d'outils pour déterminer si une plainte de fatigue est effectivement secondaire ou non à une pathologie du sommeil.

La fatigue peut découler de multiples déterminants au-delà de la sphère du sommeil, incluant des troubles de l'humeur, des maladies inflammatoires ou des pathologies néoplasiques. Dans ces contextes, le sommeil peut être un cofacteur, mais la fatigue ne résulte pas forcément d'une insuffisance quantitative de sommeil. Au-delà de la fatigue classique, certains patients présentent une plainte de fatigabilité excessive. Dans ces cas, il y a une dimension dynamique et des efforts normalement anodins fatiguent excessivement l'individu, comme dans le cas du syndrome de fatigue chronique également appelé encéphalomyélite myalgique.

## L'hypersomnolence, un marqueur d'altération du sommeil

Une problématique classique en médecine du sommeil réside dans la confusion entre fatigue et hypersomnolence. L'hypersomnolence est un ensemble de symptômes bien plus spécifiques d'une altération qualitative ou quantitative du sommeil. Ce syndrome associe plusieurs dimensions : la somnolence diurne excessive (la propension à s'endormir dans la journée), le besoin excessif de sommeil empiétant sur la qualité de vie, et l'inertie du sommeil, qui est la difficulté pour un patient à passer d'un état de sommeil à l'état de veille. Des outils cliniques (questionnaires), neuropsychologiques et électrophysiologiques ont été développés pour mesurer des dimensions d'hypersomnolence.

Même si la confusion entre fatigue et somnolence diurne est fréquente, de nombreux travaux scientifiques ont établi qu'il pouvait y avoir une discordance entre fatigue et somnolence, témoignant qu'il s'agit bien de deux processus distincts.

## Fatigue non directement liée à un problème de sommeil

La fatigue est un symptôme invalidant de premier plan dans certaines pathologies comme le syndrome de fatigue chronique, le COVID long, la sclérose en plaques, ou la fatigue liée à des cancers. La prise en charge de la fatigue dans ces contextes relève le plus souvent d'**une prise en charge multidisciplinaire** et implique la mise en place de temps de repos spécifiques. La prise en charge d'une altération quantitative (insuffisance de sommeil) ou qualitative (syndrome d'apnées hypopnées du sommeil associé par exemple) peut contribuer à réduire la fatigue mais devra être considéré comme un traitement adjvant, et non comme le traitement primaire de la plainte de fatigue. De même, bien distinguer la plainte de fatigue de la plainte d'hypersomnolence est pertinent car **les traitements éveillants ne sont actuellement pas indiqués pour traiter une plainte de fatigue**. Les processus sous-jacents responsables de la fatigue sont en effet distincts de ceux à l'origine d'une hypersomnolence.

Dans ces situations, le rôle du spécialiste du sommeil est limité à la prise en charge de pathologies du sommeil associées et doit s'intégrer à la prise en charge pluridisciplinaire.

## La nécessité d'une définition sémiologique affinée

Il n'existe actuellement ni algorithme ni recommandation de prise en charge codifiée face à une plainte de fatigue, soulignant l'importance de bien caractériser ses circonstances pour orienter le diagnostic et déterminer le lien éventuel avec le sommeil. L'identification de la cause biologique passe par une définition précise de la fatigue, qui pourrait être par exemple divisée en catégories (physique, cognitive, intellectuelle).

La distinction rigoureuse entre somnolence et fatigue est capitale pour optimiser le traitement et éviter l'escalade thérapeutique. Elle permet de déterminer ce qui relève du somnologue, notamment pour les hypersomnolences centrales dont la prise en charge est codifiée, et ce qui nécessite l'exploration d'autres pathologies. Contrairement à la somnolence, il n'existe pas d'outil électrophysiologique permettant d'évaluer si la fatigue est secondaire à une pathologie du sommeil.

**La séance pour/contre de ce Congrès du Sommeil** a permis une mise en perspective des enjeux liés à la fatigue et à la somnolence, offrant un état des lieux propice à l'établissement d'une feuille de route pour la communauté française du sommeil. Face aux difficultés diagnostiques et thérapeutiques que posent ces symptômes, il est nécessaire d'initier cette discussion pour orienter la recherche future vers l'identification de marqueurs biologiques et cliniques.



## Bibliographie

- Borragán G, Slama H, Bartolomei M, Peigneux P. Cognitive fatigue: A Time-based Resource-sharing account. *Cortex*. 2017;89:71-84. doi:10.1016/j.cortex.2017.01.023
- Borragán G, Guerrero-Mosquera C, Guillaume C, Slama H, Peigneux P. Decreased prefrontal connectivity parallels cognitive fatigue-related performance decline after sleep deprivation. An optical imaging study. *Biol Psychol*. 2019;144:115-124. doi:10.1016/j.biopsych.2019.03.004
- Tomfohr LM, Ancoli-Israel S, Loredo JS, Dimsdale JE. Effects of continuous positive airway pressure on fatigue and sleepiness in patients with obstructive sleep apnea: data from a randomized controlled trial. *Sleep*. 2011;34(1):121-126. doi:10.1093/sleep/34.1.121
- Schumann A, Di Giuliano M, Schulz S, et al. Mapping the brain's fatigue network: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis on functional correlates of mental fatigue. *Brain Commun*. 2025;7(5):fcaf315. doi:10.1093/braincomms/fcaf315
- Peter-Derex L, Micoulaud-Franchi JA, Lopez R, Barateau L. Evaluation of hypersomnolence: From symptoms to diagnosis, a multidimensional approach. *Rev Neurol (Paris)*. 2023;179(7):715-726. doi:10.1016/j.neurol.2023.07.004



## Approfondir le sujet lors du Congrès en replay

### Séance pour/contre

Fatigue : toujours liée à un problème de sommeil ?

### Micro-sommeil : un nouveau marqueur objectif de somnolence ?

### Hypersomnolence et conduite automobile, de l'évaluation à la prise en charge auprès des patients

### Update dans la recherche sur les grandes pathologies du sommeil : collaboration franco-qubécoise

Analyse de la micro-architecture du sommeil pour mieux comprendre les mécanismes physiopathologiques de l'hypersomnie idiopathique

# Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS) : Comprendre le Diagnostic et Évaluer la Sévérité

Pr. Claire Launois

Pneumologue  
Reims

Le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) est un trouble respiratoire caractérisé par l'obstruction répétée du pharynx pendant le sommeil. Lorsque l'obstruction du pharynx est complète, empêchant l'air d'atteindre les poumons, cela correspond à l'apnée et lorsque l'obstruction est partielle, cela correspond à l'hypopnée.

Il est difficile d'avoir une estimation précise de la prévalence du SAHOS car celle-ci dépend des critères retenus pour faire le diagnostic de SAHOS, notamment de la définition retenue pour les événements respiratoires liés au sommeil, du type d'enregistrement utilisé, de l'inclusion ou non de symptômes pour porter le diagnostic et du seuil de sévérité retenu. En France, environ 2 millions de personnes bénéficient d'un traitement pour leur SAHOS.

## Conséquences systémiques et stratégies thérapeutiques

Les répercussions du SAHOS sur la santé sont multiples.

Les épisodes d'apnée ou d'hypopnée vont entraîner une baisse du taux d'oxygène dans le sang. L'effort respiratoire accru, généré pour vaincre l'obstruction, peut provoquer des micro-éveils ou des réveils complets, ce qui modifie l'architecture du sommeil. La qualité de vie des patients peut être fortement altérée, se manifestant notamment par une somnolence diurne qui augmente le risque d'accidents. Le SAHOS est également associé à des conséquences cardio-vasculaires, avec un risque accru notamment de développer un accident vasculaire cérébral (AVC), un infarctus du myocarde, de l'insuffisance cardiaque, de la fibrillation auriculaire et de l'hypertension artérielle.

Plusieurs options thérapeutiques peuvent être proposées actuellement en France:

Lorsqu'il y a une cause identifiée à la survenue des apnées durant le sommeil, comme par exemple une hypertrophie des amygdales, celle-ci doit être prise en charge. Les mesures hygiéno-diététiques, visant à améliorer la qualité du sommeil et la prise en charge de l'excès pondéral en cas de surpoids ou d'obésité doivent toujours être proposées.

- **La PPC** (Pression Positive Continue) est le traitement de référence en cas de SAHOS sévère. Un appareil insuffle de l'air sous pression constante dans les voies aériennes supérieures pour les maintenir ouvertes et ainsi empêcher les obstructions du pharynx et donc la survenue d'apnées/hypopnées pendant le sommeil.

- **L'OAM** (Orthèse d'Avancée Mandibulaire) maintient la mâchoire inférieure (mandibule) légèrement avancée pendant le sommeil, ce qui tire la langue et les tissus mous vers l'avant et libère ainsi l'espace au niveau du pharynx pour faciliter le passage de l'air et empêcher l'obstruction du pharynx.

- **La stimulation du nerf hypoglosse** utilise un dispositif implanté pour délivrer une légère impulsion électrique au nerf hypoglosse (nerf crânien XII) de manière synchronisée avec l'inspiration, ce qui tonifie et propulse la base de la langue vers l'avant pour maintenir les voies aériennes ouvertes et prévenir l'obstruction du pharynx.

- **Un traitement médicamenteux éveillant** peut être proposé chez les patients chez qui persiste une somnolence invalidante malgré une prise en charge optimale du SAHOS et après exclusion des autres causes de somnolence, notamment la dette chronique de sommeil.

## L'Indice d'Apnées-Hypopnées (IAH)

Avec l'importance de la somnolence, l'indice d'Apnées-Hypopnées (IAH) est un élément pour évaluer la sévérité du SAHOS.

L'IAH quantifie le nombre d'apnées et d'hypopnées par heure de sommeil. Pour être comptabilisé dans l'Indice d'Apnées-Hypopnées (IAH), chaque événement respiratoire (apnée/hypopnée) doit durer au moins dix secondes.

Le diagnostic de SAHOS repose sur **la combinaison d'une élévation de l'IAH associée à la présence de symptômes cliniques**. Le diagnostic de SAHOS ne peut donc être posé en l'absence de symptôme, y compris si la valeur de l'IAH est supérieure à la normale.

La valeur de l'IAH permet aujourd'hui de grader les différents niveaux de sévérité du SAHOS:

- IAH > 30/h : SAHOS sévère
- IAH entre 15 et 30/h : SAHOS modéré
- IAH entre 5 et 15/h : SAHOS léger
- IAH < 5/h : pas de SAHOS

Il est important de noter que la valeur de l'IAH devrait être interprétée en fonction de l'âge du patient, l'indice ayant tendance à augmenter avec le vieillissement.

Aujourd'hui, l'IAH permet de définir la stratégie thérapeutique la plus adaptée. La PPC est le traitement de choix pour les SAHOS sévères, alors que l'OAM est généralement réservée aux cas modérés ou en cas d'échec ou d'intolérance à la PPC.

## La polygraphie ventilatoire et polysomnographie, deux méthodes robustes de diagnostic

Le processus diagnostique commence par une visite chez un médecin formé à la médecine du sommeil qui va évaluer les symptômes du patient et proposer un enregistrement du sommeil en cas de suspicion de SAHOS.

Deux techniques sont aujourd'hui validées en France pour mesurer l'IAH.

La Polygraphie Ventilatoire (PV) est l'examen le plus disponible en France. Moins coûteuse que la polysomnographie, elle enregistre uniquement des données respiratoires : signal de débit respiratoire, effort respiratoire et saturation en oxygène. La PV est généralement réalisée au domicile du patient.

La Polysomnographie (PSG) est un examen plus complet. Elle intègre les capteurs de la PV, mais ajoute l'analyse des stades de sommeil et des micro-éveils grâce à l'électro-encéphalogramme, l'électro-oculogramme et l'électro-myogramme. La PSG est privilégiée lorsque la PV n'est pas concluante, ou chez les patients souffrant d'insomnie avec suspicion SAHOS, car elle permet de différencier précisément les périodes de veille et de sommeil. Elle peut être réalisée à domicile ou en milieu hospitalier.

L'analyse des tracés respiratoires pour repérer apnées et hypopnées doit actuellement être réalisée de manière manuelle, ce qui représente une tâche chronophage pour les professionnels de santé. Bien que des solutions d'analyse automatique existent, leur fiabilité reste aujourd'hui insuffisante et leur utilisation seule n'est pas recommandée.

## Innovations et recherche sur de nouveaux outils de diagnostic

De nouveaux outils de diagnostic automatisé du SAHOS, intégrant parfois de l'intelligence artificielle, sont en cours de développement. Ces dispositifs incluent par exemple, l'étude des mouvements mandibulaires<sup>1</sup>, ou encore l'utilisation de la tonométrie artérielle de pouls<sup>2</sup>.

La place et la pertinence de ces outils dans le cadre du diagnostic du SAHOS reste à définir, et certains de ces outils doivent encore faire l'objet de validation sur le plan scientifique.

### Limites de l'IAH : exemple du risque cardio-vasculaire

L'IAH s'est révélé être d'**un intérêt limité pour prédire la survenue des complications cardio-vasculaires**. La recherche s'oriente donc vers d'autres biomarqueurs plus performants dans l'évaluation du risque cardio-vasculaire. La plupart de ces nouveaux biomarqueurs peuvent être extraits automatiquement à partir des données de l'oxymétrie.

La charge hypoxique<sup>3</sup> mesure la profondeur et la durée des désaturations en oxygène, associées à chaque apnée/hypopnée. Une charge hypoxique élevée est associée à un risque cardio-vasculaire accru. D'autres biomarqueurs sont liés à l'activation du système nerveux autonome, comme la mesure de l'amplitude de l'augmentation de la fréquence cardiaque ou la chute de l'amplitude de l'onde de pouls<sup>4</sup>, qui font suite aux apnées/hypopnées.

Ces marqueurs basés sur la saturation en oxygène, la fréquence cardiaque ou l'amplitude de l'onde de pouls (ou leur combinaison) permettent une meilleure estimation du risque cardio-vasculaire que l'IAH. Ils pourraient même aider à **prédir la réponse au traitement par PPC** pour protéger du risque cardiovasculaire. Cependant, le recueil de ces nouveaux biomarqueurs n'est pas encore standardisé pour pouvoir être utilisé sur tous les dispositifs d'enregistrement et il reste à définir les seuils pathologiques pour une utilisation courante en médecine du sommeil.

## Conclusion

En définitive, si l'IAH et les méthodes traditionnelles (PV/PSG) restent essentielles, l'avenir de la gestion du SAHOS s'inscrit sans doute avec l'intégration prudente et validée de ces nouveaux biomarqueurs et technologies. L'objectif ultime est d'offrir à chaque patient un traitement qui minimise non seulement les événements respiratoires nocturnes, mais aussi les conséquences délétères à long terme de cette pathologie.



## Bibliographie

1. Kelly JL, Ben Messaoud R, Joyeux-Faure M, et al. Diagnosis of Sleep Apnoea Using a Mandibular Monitor and Machine Learning Analysis: One-Night Agreement Compared to in-Home Polysomnography. *Front Neurosci*. 2022;16:726880. doi:10.3389/fnins.2022.726880
2. Ioachimescu OC, Allam JS, Samarghandi A, et al. Performance of peripheral arterial tonometry-based testing for the diagnosis of obstructive sleep apnea in a large sleep clinic cohort. *J Clin Sleep Med*. 2020;16(10):1663-1674. doi:10.5664/jcsm.8620
3. Trzepizur W, Blanchard M, Ganem T, et al. Sleep Apnea-Specific Hypoxic Burden, Symptom Subtypes, and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality. *Am J Respir Crit Care Med*. 2022;205(1):108-117. doi:10.1164/rccm.202105-1274OC
4. Solelhac G, Sánchez-de-la-Torre M, Blanchard M, et al. Pulse Wave Amplitude Drops Index: A Biomarker of Cardiovascular Risk in Obstructive Sleep Apnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2023;207(12):1620-1632. doi:10.1164/rccm.202206-1223OC



## Approfondir le sujet lors du Congrès en replay

### Séance pour/contre

SAOS : diagnostic respiratoire tout automatique

### Year in review

Troubles respiratoires

Prise en charge du SAHOS par avancées de l'appareil manducateur

Et si ce n'étaient pas les apnées ? Ce que révèle l'hypoxémie nocturne isolée

Communications Orales 2 - Meilleures Communications en Respiratoire

RENDEZ-VOUS AU  
PROCHAIN CONGRÈS

© Nicolas Robin

**LYON 2026**  
CENTRE DE CONGRÈS

**25-26-27 NOVEMBRE**

[www.lecongresdusommeil.com](http://www.lecongresdusommeil.com)



# LE CONGRÈS DU SOMMEIL®

PRÉSENTIEL & VIRTUEL

## Strasbourg 2025

Le Congrès du Sommeil est organisé par la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil, et le Groupe Sommeil de la Société de Pneumologie de Langue Française. Le programme scientifique aborde essentiellement les troubles respiratoires du sommeil tout en consacrant des sessions aux aspects neurologiques, psychiatriques et chronobiologiques du sommeil.

Ce Congrès est le rendez-vous annuel incontournable d'experts d'horizons disciplinaires variés pour débattre et échanger sur les innovations en matière de recherche sur le sommeil normal et pathologique, de diagnostic, de prise en charge et de thérapeutiques. Hybride, il est disponible en replay plusieurs mois après l'évènement.



### À propos de la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil - SFRMS

Depuis plus de 30 ans, la SFRMS regroupe médecins, chercheurs et professionnels de santé impliqués dans la connaissance des mécanismes du sommeil, de la veille et de leurs troubles.

Elle fédère les acteurs d'une discipline jeune, évolutive et transversale, autour de plusieurs actions :

- Promotion de la recherche, notamment à travers la distribution de nombreuses bourses
- Expertise et agréments de Centres de Sommeil français
- Recommandations relatives à la pratique de la médecine du sommeil et apport son soutien pédagogique à un diplôme interuniversitaire national, le DIU le Sommeil et sa pathologie, qui forme chaque année plus d'une centaine de médecins.
- Coordination de la FST Sommeil (Formation Spécialisée Transversale) qui permet de compléter les connaissances et compétences acquises dans le cadre du DES d'origine, sur les pathologies du sommeil.