



**HAL**  
open science

# Prévalence du haut risque de syndrome d'apnées obstructives du sommeil : étude en médecine générale dans une population âgée de 18 à 65 ans à Grenoble

Stéphane Rambaud

► **To cite this version:**

Stéphane Rambaud. Prévalence du haut risque de syndrome d'apnées obstructives du sommeil : étude en médecine générale dans une population âgée de 18 à 65 ans à Grenoble. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00619189

**HAL Id: dumas-00619189**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00619189v1>**

Submitted on 17 May 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE  
ANNEE 2011

Thèse de : Stéphane RAMBAUD

Présenté devant le jury composé par :

Président du jury :

Mr le Professeur LEVY.P

Membres du jury :

Mr le Professeur PEPIN.JL

Mr le Professeur IMBERT.P

Mr le Professeur PISON.C

NOM	PRENOM	ADRESSE 1	ADRESSE 2
ALBALADEJO	Pierre	CLINIQUE D'ANESTHESIE PÔLE 2 ANESTHESIE - REANIMATIONS	CHU
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
BACONNIER	Pierre	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE PAVILLON D POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
BAGUET	Jean-Philippe	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE PÔLE 5 CANCEROLOGIE	CHU
BARRET	Luc	CLINIQUE MEDECINE LEGALE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE	CHU
BAUDAIN	Philippe	CLINIQUE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE	CHU
BEANI	Jean-Claude	CLINIQUE DERMATOLOGIE- VENEREOLOGIE- PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE	CHU
BENHAMOU	Pierre Yves	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE/ DIABETOLOGIE - POLE 6 DIGIDUNE	CHU
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE	CHU
BLIN	Dominique	CLINIQUE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
BOLLA	Michel	CENTRE COORD. CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE	CHU
BONAZ	Bruno	CLINIQUE HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
BOSSON	Jean-Luc	DPT DE METHODOLOGIE DE L'INFORMATION DE SANTE POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE	PAVILLON D. VILLARS CHU
BRAMBILLA	Elisabeth	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE	CHU
BRAMBILLA	Christian	CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE	CHU
BRICHON	Pierre-Yves	CLINIQUE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
BRIX	Muriel	CLINIQUE CHIR. MAXILLO- FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE POLE 5 CANCEROLOGIE	CHU
CARPENTIER	Patrick	CLINIQUE MEDECINE VASCULAIRE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE	CHU
CARPENTIER	Françoise	CLINIQUE URGENCE POLE 1 SAMU SMUR	CHU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE	J. ROGET FACULTE DE MEDECINE

CHABARDES	Stephan	Clinique de Neurochirurgie	CHU
CHABRE	Olivier	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE / ENDOCRINOLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
CHAFFANJON	Philippe	CLINIQUE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE	CHU
CHAVANON	Olivier	CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
CHIQUET	Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
CHIROSSEL	Jean-Paul	ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	FACULTE
CINQUIN	Philippe	DPT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES- POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise) - rémunération universitaire conservée	
COUTURIER	Pascal	CLINIQUE MEDECINE GERIATRIQUE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE	CHU
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
DE GAUDEMARIS	Régis	DPT MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
DEBILLON	Thierry	CLINIQUE REA. & MEDECINE NEONATALE POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
DEMATTEIS	Maurice	Clinique de Médecine légale	CHU
DEMONGEOT	Jacques	BIostatistiques ET INFORMATIQUE MEDICALE POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
DESCOTES	Jean-Luc	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences	BAT Edmond SAFRA
FAGRET	Daniel	CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE POLE 13 IMAGERIE	CHU
FAUCHERON	Jean-Luc	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
FAVROT	Marie Christine	DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
FERRETTI	Gilbert	CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE	CHU
FEUERSTEIN	Claude	GIN	BAT Edmond SAFRA
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE	CHU
FRANCOIS	Patrice	DPT DE VEILLE SANITAIRE POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
GARNIER	Philippe		
GAUDIN	Philippe	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE	CHU
GAY	Emmanuel	CLINIQUE NEUROCHIRURGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile	CHU
HALIMI	Serge	CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO- NUTRITION POLE 6 DIGIDUNE	CHU



CHABARDES	Stephan	Clinique de Neurochirurgie	CHU
CHABRE	Olivier	CLINIQUE ENDOCRINO DIABETO NUTRITION EDUCATION THERAPEUTIQUE / ENDOCRINOLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
CHAFFANJON	Philippe	CLINIQUE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE	CHU
CHAVANON	Olivier	CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
CHIQUET	Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	FACULTE
CINQUIN	Philippe	DPT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES- POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise) - rémunération universitaire conservée	
COUTURIER	Pascal	CLINIQUE MEDECINE GERIATRIQUE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE	CHU
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
DE GAUDEMARIS	Régis	DPT MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
DEBILLON	Thierry	CLINIQUE REA. & MEDECINE NEONATALE POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
DEMATTEIS	Maurice	Clinique de Médecine légale	CHU
DEMONGEOT	Jacques	BIostatistiques ET INFORMATIQUE MEDICALE POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
DESCOTES	Jean-Luc	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences	BAT Edmond SAFRA
FAGRET	Daniel	CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE POLE 13 IMAGERIE	CHU
FAUCHERON	Jean-Luc	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
FAVROT	Marie Christine	DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
FERRETTI	Gilbert	CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE	CHU
FEUERSTEIN	Claude	GIN	BAT Edmond SAFRA
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE	CHU
FRANCOIS	Patrice	DPT DE VEILLE SANITAIRE POLE 17 SANTE PUBLIQUE	CHU
GARNIER	Philippe		
GAUDIN	Philippe	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE	CHU
GAY	Emmanuel	CLINIQUE NEUROCHIRURGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile	CHU
HALIMI	Serge	CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO- NUTRITION POLE 6 DIGIDUNE	CHU

MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE.	CHU
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION POLE 2 ANESTHESIE- REANIMATION	CHU
PELLOUX	Hervé	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
PEPIN	Jean-Louis	CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE - POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE	CHU
PERENNOU	Dominique	CLINIQUE MPR POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE	CHU
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE- POLE PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE - POLE 8	CHU
PIOLAT	Christian	Clinique de chirurgie infantile	CHU
PISON	Christophe	CLINIQUE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE	CHU
PLANTAZ	Dominique	CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
POLACK	Benoît	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE	CHU
PONS	Jean-Claude	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
RAMBEAUD	J Jacques	CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
REYT	Emile	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
RIGHINI	Christian	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
ROMANET	J. Paul	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
SARAGAGLIA	Dominique	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE	HOPITAL SUD
SCHAAL	Jean-Patrick	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
SCHMERBER	Sébastien	CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE	CHU
SEIGNEURIN	Daniel	DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE	CHU
SELE	Bernard	DPT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT	CHU
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
STAHL	Jean-Paul	CLINIQUE INFECTIOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE	CHU

TIMSIT	Jean-François	CLINIQUE REANIMATION MEDICALE POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE	CHU
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE	CHU
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE POLE 14 BIOLOGIE	CHU
VANZETTO	Gérald	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE	CHU
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
ZAOUI	Philippe	CLINIQUE NEPHROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU
ZARSKI	Jean-Pierre	CLINIQUE HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE	CHU

BLIN	Dominique		CHU
BOLLA	Michel		CHU
GARNIER	Philippe		CHU
MOREL	Françoise		CHU
SEIGNEURIN	Jean-Marie		CHU



NOM	PRENOM	LOCALISATION HOSPITALIERE		ADRESSE 1	ADRESSE 2
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	CHU	Laboratoire de bioénergétique INSERM U884	BP 53 38041 GRENOBLE CEDEX 9
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie	CHU
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	CHU	Département des agents infectieux Parasitologie Mycologie Pôle 14: Biologie	CHU
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	CHU	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie	CHU
BRIOT	Raphaël	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	CHU	Pôle Urgence SAMU	CHU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique	IAB	Génétique	IAB
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	CHU	Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie	CHU
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	UFR BIOLOGIE	GIN Equipe 9	Bâtiment E. SAFRA
DETANTE	Olivier	Cancérologie et hématologie - Pôle 5 : Cancérologie	CHU	Clinique de Neurologie	CHU
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie SUD	CHU	Immunologie	Bâtiment J.ROGET
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	CHU	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	CHU
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	CHU	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
FAURE	Julien			Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU



GARBAN	Frédéric	Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie	CHU	Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie	CHU
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine interne gériatrique - Pôle 8 : pôle pluridisciplinaire de Médecine	CHU	Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine	CHU
GILLOIS	Pierre	Information et informatique Médicale	CHU	Laboratoire TIMC	CHU
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	CHU	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie	CHU
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	CHU	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	CHU	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant	CHU
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	CHU	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations	CHU
LABARERE	José	Dpt de veille sanitaire	CHU	Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique	CHU
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie	CHU
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzymologie - 6ème étage	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie	CHU
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU	Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie	CHU

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	CHU	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E	CHU
MAUBON	Danièle	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	CHU	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	CHU
MOREAU-GAUDRY	Alexandre		CHU	Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique	CHU
MOUCHET	Patrick	Physiologie	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie	CHU
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	CHU	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirurgie réparatrice	CHU
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie	CHU	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie	CHU
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	CHU	Centre d'innovation biologique	CHU
PAYSANT	François			Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	CHU

RAY	Pierre	Génétique.BDR	CHU	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie	CHU
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	CHU	Laboratoire TIMC	La Tronche
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	CHU	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant	CHU
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	CHU	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
STASIA	Marie-Josée	UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie	CHU	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie	CHU
TAMISIER	Renaud	Physiologie	CHU	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie	CHU
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	CHU	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique	CHU



**A notre Maître et président de thèse, Mr le Professeur LEVY,**

Vous nous faites l'honneur de présider le jury,

Nous vous remercions, Monsieur le professeur, pour votre accueil au sein du laboratoire du sommeil où nous avons pu profiter de votre expérience sur le SAOS. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir été présent depuis le début de ce projet de recherche et de nous avoir guidés par vos précieux conseils.

**A nos maîtres et juges :**

**Mr le Professeur PEPIN,**

Nous vous sommes très reconnaissants, Monsieur le professeur, pour vos remarques avisées durant le développement de ce travail. Merci de nous avoir permis de profiter de des moyens matériels et humains du laboratoire du sommeil.

Puissiez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.

**Mr le Professeur IMBERT,**

Nous vous sommes très reconnaissant, Monsieur le professeur, d'avoir accepté d'être Maître de thèse et d'avoir jugé ce travail. En tant que Professeur en médecine générale, nous avons apprécié au cours de notre internat, la qualité et l'innovation de votre enseignement. Bien des années se sont écoulées depuis nos premiers GAC à l'internat de Bourgoin. Puissent nos destins se croiser à nouveau pour développer d'autres projets de recherche en soins primaires, qui, j'en suis persuadé, seront de plus en plus nombreux. En tant que confrère, j'espère profiter encore longtemps de votre vision et de vos conseils éclairés sur la pratique si particulière de notre profession.

**Mr le Professeur PISON,**

Nous sommes très sensibles au grand honneur que vous nous faites, de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

**Mr le Docteur LEPAULLE,**

Nous vous remercions d'avoir initié ce travail, et d'avoir trouvé les mots pour nous convaincre de nous lancer dans un tel projet. Ce sera toujours avec plaisir que nous profiterons de vos conseils avisés dans le cadre des formations en soins primaires.

**Mme le Docteur LAUNOIS-ROLLINAT,**

Nous vous remercions pour votre participation au développement de notre étude.

Nous sommes très honorés d'avoir pu travailler avec la structure ambulatoire du Centre Santé Sommeil de Grenoble. Veuillez agréer, Docteur, l'expression de notre profonde reconnaissance pour toute votre aide.

**Mr le Professeur GAVAZZI,**

Félicitations pour votre ta nouvelle nomination de Professeur en Gériatrie. Cela a été une immense fierté et surtout un très grand plaisir d'avoir pu travailler avec toi. Mon passage au pavillon Elysée-Chatain restera une période forte et intense dans ma formation médicale.

Merci de nous avoir transmis ton savoir et tes compétences dans une ambiance toujours confraternelle, en nous laissant une grande liberté dans nos pratiques. J'espère que tu continueras à défendre la gériatrie avec toujours autant d'enthousiasme et que tes nombreux projets aboutiront.

**A tous mes maîtres de médecine générale,**

**Mr le Docteur PIELLARD à Frangy (74), Mr le Docteur DE LA HERONNIERE à Rumilly (74), Mr le Docteur BAL à Rumilly (74),**

Comment vous remerciez de m'avoir permis de faire mes premiers pas en médecine générale. Je vous suis extrêmement reconnaissant de m'avoir enseigné les bases de la pratique médicale en soins primaires. Tous les moments partagés lors des visites à domicile et autres repas conviviaux ont été un réel plaisir et resteront d'excellents souvenirs pleins de nostalgie.

**Mr le Docteur DUMOULIN à St Georges de Commiers (38), Mr le Docteur ROUSSET à St Georges de Commiers (38), Mr le Docteur JOUET-PASTRE Echirolles (38),**

Je vous remercie pour votre accueil chaleureux et confraternel au sein de votre cabinet. Vous m'avez confié vos patients en toute confiance et cela été pour moi une très grande fierté. Sachez que je vous serai éternellement reconnaissant pour votre enseignement de qualité.

**Mme le Docteur DAVID-LICHTENSTEIN à Grenoble (38) et le Docteur GONTHIER à Grenoble (38),**

C'est avec un plaisir non dissimulé que je travaille avec vous depuis maintenant deux ans et demi. Nos échanges passionnés et votre bonne humeur me manqueront, tout comme vos patients auxquels je me suis attaché. Je vous souhaite Dr GONTHIER de profiter de cette retraite bien méritée !



Qui diis memorem laudes, repetámque fideles  
 Ingenij dotes, Hippocratisque decus.  
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,  
 Certius an quis te tradidit artis opes?

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*  
*je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*



# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME.....</b>	<b>19</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>20</b>
<b>MATERIELS ET METHODES.....</b>	<b>21</b>
<b>Outil de dépistage.....</b>	<b>22</b>
<b>Population étudiée.....</b>	<b>22</b>
<b>Déroulement de l'étude.....</b>	<b>22</b>
<b>Critères-qualité de l'étude.....</b>	<b>23</b>
<b>Analyses statistiques.....</b>	<b>23</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>24</b>
<b>Statistiques descriptives.....</b>	<b>24</b>
<b>En modèle uni-varié.....</b>	<b>24</b>
<b>En modèle multi-varié.....</b>	<b>29</b>
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>29</b>
<b>Prévalence du haut risque de SAOS.....</b>	<b>29</b>
<b>Critères de dépistage du SAOS.....</b>	<b>30</b>
<b>Les limites.....</b>	<b>31</b>
<b>Particularité d'une étude en médecine générale.....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>39</b>

# **Prévalence du haut risque de syndrome d'apnées obstructives du sommeil : étude en médecine générale dans une population âgée de 18 à 65 ans à Grenoble.**

S.Rambaud, P.Imbert, B.Lepaulle, G.Gavazzi, S.Launois, M.L.Besson-Engels, F.Carniaux, P.Cesar, J.Giraudon, M.Gonthier, S.Seiter-Moreau, J.M.Vaillant, J.Wolga, J.L.Pepin, P.Levy.

---

## **RESUME :**

**Introduction :** le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est un problème de santé publique par ses conséquences médico-socio-professionnelles. Sa prévalence est estimée à 2% chez la femme et 4% chez l'homme, mais seulement 20% des patients concernés seraient diagnostiqués en médecine générale.

**Objectifs :** Etudier la prévalence du haut risque de SAOS dans une population âgée de 18 à 65 ans dans le cadre des soins primaires ambulatoires et identifier la population à haut risque de SAOS.

**Matériels et Méthodes :** étude descriptive, ayant inclus 425 patients durant l'année 2010, dans 8 cabinets de médecine générale de la ville de Grenoble. Les médecins généralistes investigateurs ont recruté sur une période d'une semaine, tous les patients de 18 à 65 ans consultant à leur cabinet, quelque soit leur motif de consultation. L'outil de dépistage du SAOS était l'auto-questionnaire de Berlin.

**Résultats :** La prévalence de haut risque de SAOS était de 20,92% (n=86). Les facteurs significativement associés à un haut risque de SAOS étaient l'âge supérieur à 35 ans (OR = 2.155), et un index de masse corporel supérieur à 23,5 kg/m<sup>2</sup> (OR = 7.536).

**Conclusion :** Cette étude montre qu'il existe une forte prévalence du haut risque de SAOS dans la population d'âge moyen. Compte tenu de la valeur prédictive positive du Score de Berlin, il semblerait que la prévalence du SAOS soit sous estimée. Ceci devrait encourager à élargir le dépistage du SAOS en médecine générale.

**Mots clés :** prévalence - apnée – score de Berlin - médecine générale

---

## Introduction

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est une pathologie dont la prévalence est estimée par l'HAS à 2% chez la femme et 4% chez l'homme dans la population générale [1,5].

Les facteurs de risques de SAOS sont multiples [2,3] : le risque augmente avec le poids, l'âge, le sexe masculin, les ronflements, la consommation de tabac, d'alcool et d'hypnotiques, l'origine africaine, la ménopause, certaines pathologies endocriniennes (diabète de type 2, hypothyroïdie, Cushing) et les prédispositions morphologiques à l'obstruction des voies aériennes supérieures (micrognathie, rétrognathie, hypertrophie de la base de la langue, hypertrophie amygdalienne).

La somnolence diurne excessive est considérée comme le principal signe d'appel du SAOS [4]. Le SAOS est responsable de 20% des accidents de la circulation en France [5], risque multiplié par 6,3 fois par rapport à la population générale [6]. D'autres symptômes à l'interrogatoire [7] attirent l'attention sur un possible SAOS, tels qu'une mauvaise impression de qualité du sommeil, un ronflement, des apnées nocturnes constatées par le conjoint, une nycturie, des sueurs nocturnes ou encore des céphalées matinales. Cependant le SAOS peut être également responsable d'autres motifs de consultation beaucoup moins spécifiques : trouble de la libido, troubles de la fonction érectile, syndrome anxio-dépressif [9, 10, 11] ou encore des troubles des fonctions supérieures pouvant aller jusqu'à de véritables troubles cognitifs [11, 12].

Le SAOS est reconnu comme un véritable facteur de risque cardio-vasculaire [13]. Indépendamment d'autres facteurs de risque, le SAOS est responsable d'une surmortalité essentiellement de cause cardio-vasculaire (11% à 5 ans [14,], RR à 10ans = 2,87 [15]) dont les pathologies impliquées sont les suivantes : hypertension artérielle (HTA) [16], notamment l'HTA réfractaire [17], coronaropathies [18], accidents vasculaires cérébraux [19], syndrome métabolique [20], hypertension artérielle pulmonaire pouvant associer insuffisance cardiaque droite [21, 22], mais aussi des troubles du rythme et de la conduction cardiaque responsables de mort subite au cours du sommeil [23]. De plus, les conséquences socio-professionnelles et familiales, liées notamment aux somnolences diurnes excessives, sont importantes : changements plus fréquents d'emplois, chômage de plus longue durée, désintégration de la cellule familiale avec divorces plus fréquents. Ces bouleversements finissent par retentir sur



la personnalité des patients pouvant engendrer ou aggraver des troubles névrotiques et/ou dépressifs [25] qui compliquent la prise en charge thérapeutique.

Au regard de ces nombreuses complications, il a été démontré que le traitement efficace d'un SOAS permet de gommer les risques de surmortalité [24]. Ceci justifie un dépistage systématique du SAOS devant toute hypertension artérielle (notamment réfractaire), ainsi que devant tout accident vasculaire.

Pourtant, de nombreuses études montrent que l'estimation de la prévalence du SAOS est sous-évaluée [26, 27]. Les chiffres varient en fonction des études du fait des divergences méthodologiques ainsi que de la différence des populations étudiées et des critères diagnostiques utilisés. En 2002, une méta-analyse [2] de 3 études incluant plus de 2700 patients diagnostiqués, concluait qu'au moins 1 patient sur 15 serait concerné par un SAOS modéré pouvant aller jusqu'à 1 patient sur 5 pour un SAOS léger. Aux Etats-Unis, Young et Al ont montré que 93 % des femmes et 82 % des hommes porteurs d'un syndrome d'apnées du sommeil moyen à sévère n'avaient pas été cliniquement diagnostiqués [28]. Ainsi, seulement 20% des patients symptomatiques d'un SOAS seraient diagnostiqués en soins primaires de médecine générale [29].

Bien que le dépistage du SOAS repose sur un simple auto-questionnaire (score de Berlin, score d'Epworth) lors d'une consultation de médecine générale, il serait plus adapté de favoriser le dépistage du SAOS dans les pratiques de soins primaires, en identifiant une population cible ; la définition de cette population à haut risque pourrait être évaluée grâce au Score de Berlin.

L'objectif principal de notre étude était de déterminer la prévalence du haut risque du SAOS à l'auto-questionnaire de Berlin dans une population âgée de 18 à 65 ans, en cabinet de médecine générale, à Grenoble et d'identifier la population à haut risque de SAOS en fonction de l'âge et de l'index de masse corporelle (IMC).

## **Matériels et Méthodes**

Cette étude descriptive, s'est déroulée durant toute l'année 2010 dans le cadre des soins courants selon les Recommandations pour la Pratique Clinique (RCP) de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). Le protocole d'étude a été validé par la

commission du CECIC de novembre 2009 et une déclaration normale à la CNIL a été réalisée en janvier 2010.

### *Outil de dépistage*

Il a été convenu d'utiliser l'auto-questionnaire de Berlin (annexe n°1) comme outil de dépistage du SAOS. Ce questionnaire, apparu en 1996, est largement utilisé dans les études sur le plan international. Pour un IAH  $\geq 5$  (Index Apnées Hypopnées / par heure), il présente une sensibilité variant entre 69 et 86%, une spécificité variant entre 56% et 77% et une valeur prédictive positive variant de 78 à de 89% [30,31].

Le score de Berlin inclus 11 questions, organisées en 3 catégories. Il évalue ainsi le risque de SAOS en fonction de la sévérité du ronflement, de l'intensité de la somnolence diurne excessive, et des antécédents connus d'hypertension artérielle et d'obésité.

### *Population étudiée*

L'échantillon de population était constitué par des patients âgés de 18 à 65 ans, vivant à Grenoble (156 659 habitants dont 61% âgés de 20 à 65 ans recensés en 2008 selon l'INSEE).

Les critères d'inclusion se limitaient à l'âge pour l'ensemble des patients recrutés. Cette catégorie d'âge représente la population d'âge moyen. Les patients présentant un antécédent de SAOS connu, ont été inclus dans l'étude mais ne se sont pas vus proposer de polygraphie du sommeil. Les critères de non-inclusion étaient les suivants : antécédents personnels favorisant un syndrome d'apnées du sommeil d'origine centrale (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique sévère, accident vasculaire cérébral, démence, et syndrome parkinsonien), refus de participation et personnes dites protégées.

### *Déroulement de l'étude*

Après randomisation, 8 médecins généralistes de la ville de Grenoble ont été recrutés par zone géographique (nord/centre-ville ; ouest ; est ; sud), soit 2 médecins par zone. Les médecins généralistes investigateurs ont été chargés de recruter tous les patients âgés de 18 à 65 ans, quelque soit leur motif de consultation, dans leur cabinet de médecine générale, durant une période d'une semaine.

Cette étude s'est déroulée en deux phases : une première phase de dépistage du SAOS par l'auto-questionnaire de Berlin, en cabinet de médecine générale, ayant permis de recruter 534 patients ; une seconde phase de diagnostic du SAOS par polygraphie ventilatoire du sommeil

à domicile, dans le cadre d'un suivi spécialisé ambulatoire, pour tout patient présentant un haut risque de SAOS.

Lors de la phase de dépistage en cabinet de médecine générale, chaque patient était invité à remplir un document d'information comportant l'auto-questionnaire de BERLIN (annexe n°1). Chaque patient devait remplir ce questionnaire seul, et avant le temps de consultation. Grâce à ce document d'information, les patients étaient informés des conséquences médico-socio-professionnelles du SAOS, ainsi que du caractère volontaire et anonyme de leur participation à cette étude. L'interprétation du questionnaire de BERLIN a été réalisée par chaque médecin investigateur (annexe n°2) durant le temps de consultation.

Secondairement, le diagnostic du SAOS a été proposé pour tout patient présentant un haut risque de SAOS. Un formulaire d'information et de consentement (annexe n°4) était prévu à cet effet. Toujours dans le cadre des soins courants, ces patients ont été adressés au Centre Santé Sommeil de Grenoble afin d'être pris en charge par un spécialiste du sommeil et réaliser une polygraphie ventilatoire du sommeil à domicile. Cependant, le médecin investigateur gardait la liberté d'adresser le patient vers le spécialiste de son choix ou de celui du patient.

#### *Critères-qualité de l'étude*

Le médecin investigateur était chargé de remplir un questionnaire d'inclusion (annexe n°3) pour chaque patient recruté. Toutes les interprétations des questionnaires de BERLIN ont été secondairement vérifiées par le médecin coordonnateur. Cependant, l'ensemble des antécédents des patients (notamment ceux des critères de non-inclusion, antécédent connu de SAOS et d'hypertension artérielle) n'a pu être vérifié par le médecin coordonnateur.

Chaque médecin investigateur a communiqué au médecin coordonnateur, la liste de l'ensemble des patients (nom, prénom et date de naissance), vus en consultation durant la période de recrutement, quelque soit leur âge. Ceci a ainsi permis d'identifier les patients perdus de vue et de limiter les biais de recrutement. L'ensemble des auto-questionnaires et des questionnaires d'inclusion peuvent être consultés sur demande auprès des auteurs.

#### *Analyses statistiques*

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé par les biostatisticiens du laboratoire du sommeil du CHU de Grenoble (logiciel SAS 9.1).

Les résultats ont été analysés, avec un intervalle de confiance de 95%, selon un modèle uni-varié puis multi-varié incluant l'âge, le sexe, l'IMC, les antécédents connus d'hypertension artérielle et l'origine ethnique.

Le tableau de flux des patients est représenté dans la figure n°1 : au total, sur 534 patients recrutés, 425 patients ont été inclus (soit 79,6% des patients recrutés dont 58% de sexe féminin).

## Résultats

L'ensemble des analyses statistiques s'est porté sur l'échantillon de patients inclus sans antécédent connu de SAOS (n = 411).

Dans cet échantillon, 79,08% des patients (n = 325) ont présenté un bas risque de SAOS et 20,92% des patients (n = 86) un haut risque de SAOS.

Parmi les patients à haut risque de SAOS, 32,6% des patients (n = 28) présentaient des antécédents connus d'hypertension artérielle, 50 % (n = 43) une obésité, et 31,4% (n = 27) une origine africaine.

A noter que 3,3% des patients présentaient un antécédent connu de SAOS (n = 14) ce qui est concordant avec les estimations actuelles [1]. L'âge moyen était de 50,42 ans et 35,7% de ces patients (n = 5) étaient d'origine africaine. Aucun patient de moins de 30 ans ne présentait de SAOS connu.

### *Statistiques descriptives (tableau n°1)*

Les caractéristiques significatives ( $p < 0,05$ ) du patient type à haut risque de SAOS sont les suivantes : individu sans distinction de sexe, âgé de 43,24 ans ( $\pm 13,84$ ) avec un IMC moyen 29,06 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 5,42$ ).

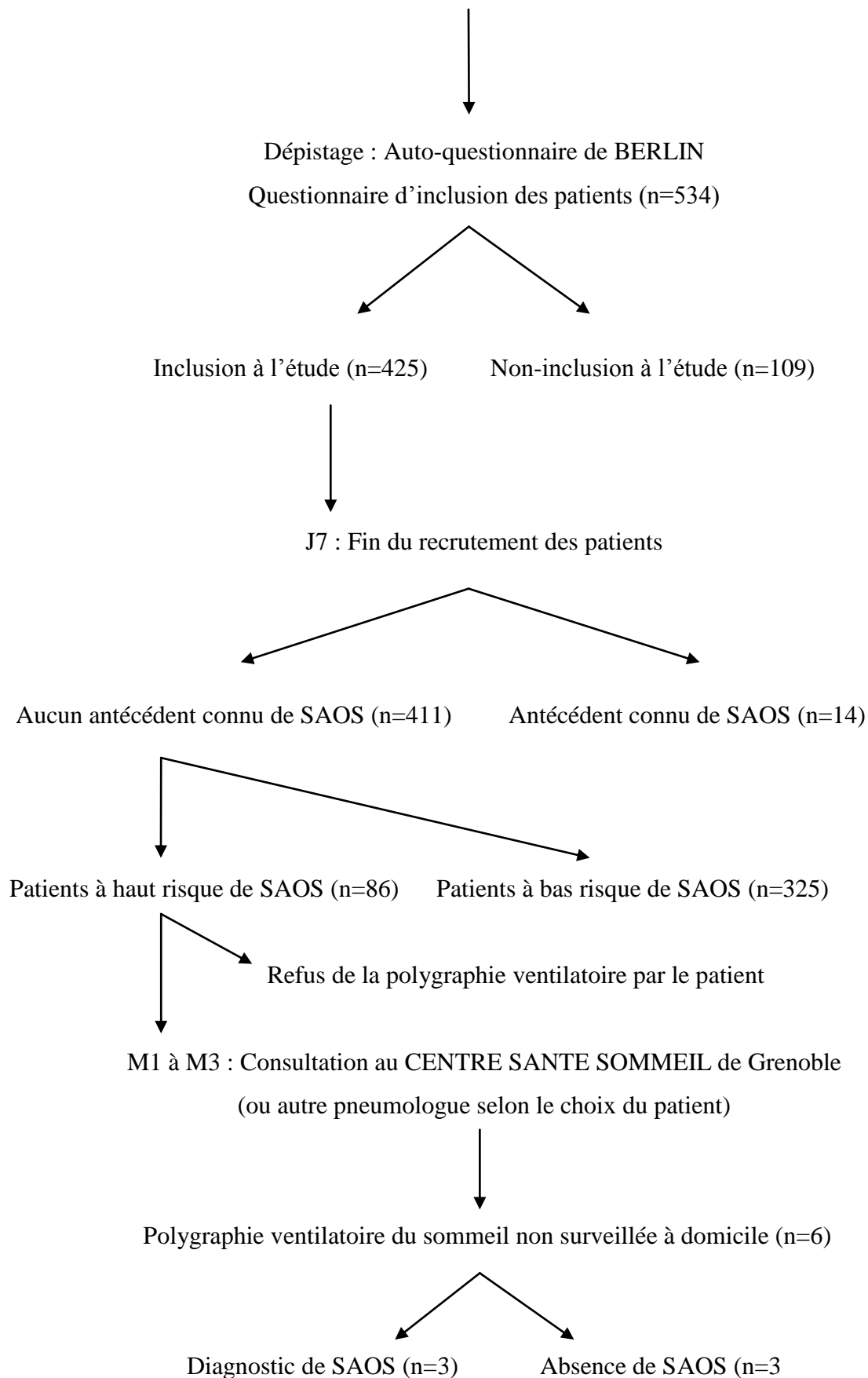
### *En modèle uni-varié (tableau n°2)*

Les facteurs significativement associés ( $p < 0,05$ ) à un haut risque de SAOS sont représentés par un âge supérieur à 35 ans (OR = 2,544 ;  $p < 0,0003$ ), et un index de masse corporel supérieur à 23,5 kg/m<sup>2</sup> (OR = 8,902 ;  $p < 0,0001$ ).



## Figure n°1 : Flow chart - Tableau de flux des patients

JO : Recrutement des patients en cabinet de médecine générale : patients âgés de 18 à 65 ans.



**Tableau n°1 : Statistiques descriptives des 411 patients inclus n'ayant aucun antécédent de SAOS connu, lors de la première phase de dépistage par l'auto-questionnaire de BERLIN (\* Intervalle de confiance = 95%)**

Variables	Haut risque (n=86)	Bas risque (n=325)	P-valeur
Age (années)	43.24 (± 13.84)*	36.24 (± 12.62)*	<0.0001
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	29.06 (± 5.42)*	23.21 (± 3.82)*	<0.0001
Sexe (femme)	50%	60.6%	0.0757
Origine africaine	31.4%	19.1%	0.0136
Antécédent d'HTA connu	32.6%	4.3%	<0.0001
Age > 35 ans	28.4 %	71.6 %	
Age ≤ 35 ans	13.5 %	86.5 %	
IMC ≥ 23.5 kg/m <sup>2</sup>	35.7%	64.3%	
IMC < 23.5 kg/m <sup>2</sup>	5.9%	94.1%	
IMC ≥ 25 kg/m <sup>2</sup>	42.4%	57.6%	
IMC < 25 kg/m <sup>2</sup>	8.5%	91.5%	
IMC ≥ 30	72.9%	27.1%	
Femme (n=240)	17.9%	82.1%	
Homme (n=171)	25.1%	74.9%	
IMC ≥ 30 et antécédent connu d'HTA	93.3%	6.7%	
Aucun antécédent connu d'HTA ni d'obésité	18.2%	78.8%	
Origine africaine	30.3%	69.7%	
Autre origine ethnique	18.3%	81.7%	

**Tableau n°2 : Résultats statistiques en modèle uni-varié du haut risque de SAOS selon l'âge, l'index de masse corporelle, le sexe et l'origine africaine.**

Variables	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	P-valeur
Age > 35 ans vs. Age ≤ 35 ans	2.540	1.539 ; 4.192	0.0003
IMC ≥ 23.5 vs. IMC < 23.5 kg/m <sup>2</sup>	8.902	4.565 ; 17.032	<0.0001
IMC ≥ 25 vs. IMC < 25 kg/m <sup>2</sup>	7.958	4.623 ; 13.698	<0.0001
Femme vs. Homme	0.650	0.403 ; 1.048	0.0768
Origine africaine vs. autre origine	1.941	1.139 ; 3.307	0.0147
Classe 2 vs. Classe 1	1.107	0.546 ; 2.245	0.7783
Classe 3 vs. Classe 1	2.406	1.134 ; 5.105	0.0221
Classe 4 vs. Classe 1	3.021	1.498 ; 6.093	0.0020
Classe 5 vs. Classe 1	3.789	1.597 ; 8.990	0.0025
<b>Classe d'âge</b>			
(% : pourcentage de patients parmi les 411 patients étudiés)			
Classe n°1 : entre 18 et 29 ans (n=139 ; 33,8%)			
Classe n°2 : entre 30 et 39 ans (n=114 ; 27,7%)			
Classe n°3 : entre 40 et 49 ans (n=58 ; 14,1%)			
Classe n°4 : entre 50 et 59 ans (n=68 ; 16,5%)			
Classe n°5 : entre 60 et 65 ans (n=32 ; 7,8%)			
		<b>Haut risque</b>	<b>Bas risque</b>
		13.7%	86.3%
		14.9%	85.1%
		27.6%	72.4%
		32.4%	67.6%
		37.5%	62.5%

Tableau n°3 : Résultats statistiques en modèle multi-varié du haut risque de SAOS selon l'âge, l'index de masse corporelle, le sexe et l'origine africaine.

Variables	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	P-valeur
Origine africaine vs. autre origine	1.524	0.850 ; 2.733	0.1572
IMC $\geq$ 23.5 kg/m <sup>2</sup> vs. IMC < 23.5 kg/m <sup>2</sup>	7.536	3.880 ; 14.635	< 0.0001
Age > 35 ans vs. Age $\leq$ 35 ans	2.155	1.259 ; 3.689	<b>0.0051</b>
Femme vs. Homme	0.818	0.484 ; 1.384	0.4545
Origine africaine vs. autre origine	1.461	0.804 ; 2.654	0.2133
IMC $\geq$ 25 kg/m <sup>2</sup> vs. IMC < 25 kg/m <sup>2</sup>	6.678	3.820 ; 11.672	< 0.0001
Age > 35 ans vs. Age $\leq$ 35 ans	2.011	1.166 ; 3.467	<b>0.0120</b>
Femme vs. Homme	0.750	0.441 ; 1.276	0.2889
Origine africaine vs. autre origine	1.844	0.993 ; 3.425	0.0528
IMC > 23.5 kg/m <sup>2</sup> vs. IMC < 23.5 kg/m <sup>2</sup>	6.463	3.253 ; 12.840	<b>&lt; 0.0001</b>
Femme vs. Homme	0.953	0.544 ; 1.670	0.8663
HTA vs. pas d'HTA	5.814	2.591 ; 13.044	<b>&lt; 0.0001</b>
Classe 2 (30-39 ans) vs. classe 1 (18-29 ans)	0.640	0.297 ; 1.379	0.2546
Classe 3 (40-49 ans) vs. classe 1 (18-29 ans)	1.492	0.629 ; 3.542	0.3641
Classe 4 (50-59 ans) vs. classe 1 (18-29 ans)	1.332	0.576 ; 3.077	0.5025
Classe 5 (60-65 ans) vs. classe 1 (18-29 ans)	1.323	0.470 ; 3.722	0.5961

Les résultats confirment également que l'origine africaine du patient représente un facteur associé à un haut risque de SAOS (OR = 1.941 ; p = 0,0147).

La prévalence du haut risque de SAOS, chez la population de référence âgée de 18 à 29 ans, est la plus faible, mais reste non négligeable, puisqu'elle atteint 13,7%. L'augmentation de la prévalence en fonction de l'âge devient significative qu'à partir de la classe d'âge 40-49ans (OR = 2.406) pour atteindre son maximum pour l'échantillon de population la plus âgée (60-65 ans, OR = 3,789) avec une prévalence atteignant 37,5%.

*En modèle multi-varié (tableau n°3)*

Les résultats sont peu modifiés, que ce soit vis-à-vis de l'âge (OR = 2.155 pour un âge > à 35 ans), de l'IMC (OR = 7.536 pour un IMC  $\geq$  23.5 kg/m<sup>2</sup>) ou de l'origine africaine (OR = 1.844 avec p limite = 0.0528). Par contre, la différence de la prévalence en fonction de la catégorie d'âge devient non significative.

Bien qu'il ait été démontré une plus forte prévalence du SAOS chez l'homme [2, 27, 32], il n'existe pas de différence significative selon le sexe dans notre étude (OR = 0.953 ; p = 0.8663).

Devant la faible participation à la seconde phase de diagnostic (7% des patients n = 6 dont 3 patients diagnostiqués), aucune statistique n'a pu être réalisée à ce niveau.

## **Discussion**

*Prévalence du haut risque de SAOS*

Cette étude démontre qu'il existe une forte prévalence du haut risque de SAOS en soins primaires de médecine générale dans la population âgée de 18 à 65 ans (20,92%).

En 2003, Netzer et Al [32] ont mené une étude multicentrique en soins primaires, utilisant le questionnaire de Berlin comme outil de dépistage dans une population de plus de 15 ans. Ils avaient alors montré une prévalence du haut risque de SAOS plus élevée aux Etats Unis (35,8% ; 3915 patients ; 26 sites) qu'en Europe (26,3% ; 2308 patients ; 8 sites en Espagne ; 6 sites en Allemagne). La prévalence du haut risque de SAOS est plus élevée en Europe que dans notre population. Ceci peut s'expliquer par l'absence de critère de sélection limitant l'âge (échantillon de 15 à 98 ans). Bixler et Al ont montré que la prévalence du SAOS



pourrait doubler chez la population âgée par rapport à la population d'âge moyen, tandis que selon Duran et Al, elle atteindrait plus de 50% pour un SAOS modéré, jusqu'à 80% pour un SAOS léger après 70 ans [33, 35].

### *Estimation de la prévalence du SAOS*

Bien que les différentes données statistiques du questionnaire de Berlin ne permettent pas une estimation réelle de la prévalence du SAOS, il semblerait qu'elle soit sous estimée. En 2001, Duran et Al estimaient la prévalence du SAOS léger à 26,2% chez l'homme et à 28% chez la femme, dans une population espagnole de 2261 patients âgée de 30 à 70 ans [27]. Selon la valeur prédictive positive du score de Berlin variant de 78 à 89% pour un IAH  $\geq 5$  et de 50 à 97% pour un IAH  $\geq 15$  [30,31], la prévalence du SAOS non-diagnostiqué dans notre échantillon atteindrait au moins 10% pour un SAOS modéré et au moins 16% pour un SAOS léger. Ceci pourrait être concordant avec les conclusions de Young en 2002 [2] qui estime que le SAOS léger concernerait un patient sur cinq pour un SAOS modéré et un patient sur quinze pour un SAOS léger.

### *Critères de dépistage du SAOS*

Le dépistage consiste à démasquer une pathologie dans une population apparemment saine. La réalisation d'un dépistage individuel repose sur la décision du médecin suspectant une pathologie face à un faisceau d'arguments cliniques. Cependant, la gestion du temps étant omniprésente en soins primaires, cette contrainte de temps impose au médecin de mener un interrogatoire précis et efficace. En pratique, le dépistage individuel doit donc cibler au préalable une population à risque par certains critères cliniques.

Un âge croissant, l'obésité, l'hypertension artérielle et l'origine ethnique africaine sont des facteurs de risque de SAOS déjà identifiés et démontrés dans de nombreuses études [1, 2, 7, 13, 32]. Pourtant, en pratique clinique, il est plus difficile de cibler le dépistage du SAOS chez les patients sans antécédent d'HTA ni d'obésité. D'ailleurs, 18,2% des patients à un haut risque de SAOS, ne présentaient ni obésité ni antécédent d'hypertension artérielle. Dans ce cas, le dépistage du SAOS doit avant tout se baser sur la symptomatologie relevée à l'interrogatoire et rechercher une somnolence diurne excessive qui est souvent non exprimée et confondue avec une asthénie par le patient.

Notre étude montre qu'un âge supérieur à 35 ans et un IMC supérieur ou égal à 23,5 kg/m<sup>2</sup> sont des facteurs significativement associés à un haut risque de SAOS au questionnaire de Berlin. Concernant le facteur de risque lié à l'âge, le résultat peut paraître surprenant. L'âge

moyen du patient à haut risque de SAOS ( $43,24 \pm 13,84$  ; IC à 95%) est nettement moins élevé que dans la plupart des études menées sur le SAOS [27, 31, 32]. Cependant, notre critère d'inclusion limitait l'âge à 65 ans. D'autre part, il faut souligner que la population ayant le plus consulté était représentée par les adultes de moins de 30 ans (33,8%). Les classes d'âge n°1 (18-29 ans) et n°2 (30-39 ans) constituent à elles seules plus de 61,5% de notre échantillon. A noter que l'INSEE estime à 23,5% la population âgée de 15 à 29 ans dans l'agglomération urbaine de Grenoble (vs 60,5% population âgée de 20 à 64 ans) expliquant ce recrutement particulièrement jeune. Concernant le facteur de risque lié au poids, il existe un risque significatif de SAOS pour un IMC supérieur ou égal à  $23,5 \text{ kg/m}^2$  (OD = 7,536), bien que les valeurs moyennes du patient à haut risque tendent vers l'obésité ( $29,06 \pm 5,42$  ; IC à 95%). Pourtant, un IMC à  $23,5 \text{ kg/m}^2$  correspond à un poids dans les normes. Ainsi, il semblerait que le surpoids ou l'obésité ne devrait pas être considéré comme un critère de sélection nécessaire et obligatoire au dépistage du SAOS.

Les données de cette étude pourraient donc permettre de définir de nouveaux critères de sélection dans le cadre du dépistage du SAOS par l'auto-questionnaire de Berlin chez la population d'âge moyen. L'immense proportion de patients sous-diagnostiqués et les conséquences médico-socio-professionnelles du SAOS justifie un dépistage beaucoup plus large. Notre étude pourrait aider à modifier les pratiques médicales et encourager les médecins généralistes à étendre le dépistage du SAOS en ciblant cette population à risque.

#### *Les limites*

Par contre, il existerait un risque à limiter le dépistage d'un SAOS à une population à risque âgée de plus de 35 ans. En effet les adultes de moins 30 ans représentent la majeure partie des patients inclus (33,8%). Pourtant, les études de prévalence du SAOS concernant cette population sont rares. Aucun patient de cette classe d'âge n'avait été diagnostiqué auparavant alors que la prévalence d'un haut risque de SAOS est relativement importante (13,7%) dans notre étude. Ainsi, l'intérêt du dépistage du SAOS chez les adultes de moins de 30 ans paraîtrait non négligeable. Chez cette population habituellement sans facteur de risque associé à un SAOS, il paraît avant tout nécessaire de rester vigilant devant toute symptomatologie évoquant un SAOS.

Le dépistage du SAOS par l'auto-questionnaire de Berlin présente une autre limite : il ne prend pas en compte certains signes cliniques liés au SAOS pouvant représenter un motif de consultation en soins primaires. Citons par exemple, le syndrome anxio-dépressif, qui est

présent chez 20% des patients diagnostiqués [9] et vice versa. Face à cette pathologie, il serait intéressant de dépister secondairement un SAOS.

Certes, l'auto-questionnaire de Berlin pourrait être amélioré par d'autres items, mais le dépistage se doit d'être simple, rapide, reproductible et acceptable pour le médecin et le patient. Certains ont toutefois proposé un auto-questionnaire de Berlin amélioré, comme Sharma et Al en 2006 [36].

Enfin, notre échantillon de population n'est pas strictement représentatif de la population générale. En effet, le choix du recrutement s'était volontairement porté sur la population d'âge moyen (18-65 ans) et ne prenait en compte que la population urbaine, écartant ainsi les catégories socio-professionnelles du milieu rural.

#### *Particularité d'une étude en médecine générale*

Une étude en soins primaires de médecine générale présente un recrutement particulier : celui d'un échantillon de la population générale. Les patients recrutés sont des patients tout-venant, non sélectionnés au préalable pour un motif médical particulier. Ceci permet ainsi de limiter les biais de recrutement et d'échantillonnage. Les études en soins primaires sont, de ce fait, plus adaptées à l'évaluation épidémiologique d'une prévalence dans la population générale.

Le faible taux de participation à la phase de diagnostic soulève de nombreuses questions : en effet seulement 6 patients parmi les 86 patients à haut risque de SAOS ont réalisé une polygraphie ventilatoire du sommeil à domicile. Pourtant, un réseau de diagnostic ambulatoire spécifique à cette étude avait été mis en place. Chaque patient de cette sous-population avait reçu de la part du médecin investigateur, un document (annexe n°4) les invitant à prendre rendez-vous auprès du centre santé sommeil de Grenoble ou du spécialiste de leur choix. Il avait également été sensibilisé sur l'ensemble des conséquences multiples du SAOS dans la lettre d'information accompagnant le questionnaire de Berlin (annexe n°1). Plusieurs raisons peuvent expliquer cette faible observance : pathologie différente du motif de consultation initial, prescripteur de l'examen différent de leur médecin généraliste, temps insuffisant pour informer le patient sur la nécessité et les modalités de cet examen. Pour remédier à ce problème d'observance, le protocole d'étude aurait pu inclure une seconde consultation à distance. Elle aurait été spécifiquement dédiée au SAOS et réalisée par le médecin traitant qui joue un rôle important dans l'observance du patient.

Le défaut de suivi des patients à haut risque de SAOS met en exergue les difficultés organisationnelles et le manque de moyens logistiques et financiers d'une étude quantitative menée dans le cadre des soins primaires de médecine générale. Pourtant, les médecins généralistes semblent enclins à s'investir dans ce type d'étude. En effet, le taux de

participation des médecins généralistes a été relativement satisfaisant (8 réponses positives sur 18 demandes de participation, soit 44% de réponse positive) malgré un allongement non négligeable du temps de consultation, estimé en moyenne à 3 minutes. De même, l'acceptabilité de cette étude par les patients a été excellente puisqu'au moins 79,6% des patients consultant en cabinet de médecine générale ont accepté de participer à cette étude. Ces chiffres devraient encourager à développer d'autres projets de recherche en médecine générale.

## **Conclusion**

Cette étude montre qu'il existe une forte prévalence du haut risque de SAOS en soins primaires de médecine générale, quelques soient l'âge et les antécédents, contrairement aux idées reçues. Compte tenu de la valeur prédictive positive du Score de Berlin, la prévalence du SAOS paraît actuellement sous estimée. Ceci devrait encourager à élargir le dépistage du SAOS en médecine générale.

Les multiples symptômes et pathologies liés au SAOS peuvent égarer le diagnostic du SAOS en médecine générale. Ce dernier est pourtant essentiel, puisqu'il représente un véritable facteur de risque cardio-vasculaire. Afin d'optimiser le dépistage individuel du SAOS, les données de cette étude pourrait aider à mieux cibler la population à haut risque de SAOS en fonction de âge et de l'IMC.

Devant la grande majorité de patients non diagnostiqués, il semble nécessaire d'améliorer les pratiques en soins primaires. Ceci pourrait passer par une meilleure information et sensibilisation des médecins généralistes qui sont au cœur des mesures préventives et de dépistage.

Il se posera alors certainement le problème des capacités d'enregistrement du SAOS, parfois insuffisantes dans certaines régions [7, 37].

THESE SOUTENUE PAR : RAMBAUD Stéphane

TITRE :

Prévalence du haut risque de syndrome d'apnées obstructives du sommeil : étude en médecine générale d'une population âgée de 18 à 65 ans à Grenoble

CONCLUSION :

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est un véritable problème de santé publique, tant pour les pathologies associées que pour ses conséquences socio-professionnelles.

Nous avons mené une étude descriptive durant l'année 2010, dans 8 cabinets de médecine générale répartis dans quatre zones de Grenoble. Les médecins généralistes investigateurs ont été chargés de recruter tous les patients âgés de 18 à 65 ans, quelque soit leur motif de consultation, durant une période d'une semaine.

Parmi 534 patients recrutés, 425 patients ont été inclus. Dans cette population, 86 patients ont présenté un haut risque de SAOS à l'auto-questionnaire de Berlin, soit une prévalence de 20 % quelque soit l'âge et les antécédents.

En outre, les résultats démontrent qu'un âge supérieur à 35 ans, ainsi qu'un index de masse corporel supérieur à 23,5 kg/m<sup>2</sup> sont des facteurs de risque statiquement significatifs d'un haut risque de SAOS.

Seulement 7% des patients à haut risque de SOAS ont réalisé une polygraphie du sommeil à domicile malgré la mise à disposition d'un réseau de diagnostic ambulatoire. Ceci met en exergue les difficultés logistiques d'une étude menée dans le cadre des soins primaires de médecine générale.

Cette étude confirme que cette pathologie reste sous-estimée et que la prévalence du haut risque de SAOS est élevée quelque soient les catégories d'âge. Ceci devrait encourager le dépistage du SAOS en médecine générale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 28 mars 2011

LE DOYEN


B.SELE

LE PRESIDENT DE THESE



PROFESSEUR 



## Bibliographie

1. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S : The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328 : 1230–1235.
2. Young T, Peppard P, and Gottlieb D : Epidemiology of Obstructive Sleep Apnea : A Population Health Perspective. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165 : 1217–1239.
3. Guilleminault C : Benzodiazepines, breathing, and sleep. *Am J Med* 1990; 88 : S25-S28.
4. Sleep-breathing disorders in adults : Recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. The report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. *Sleep* 1999; 22 : 667-89.
5. Xavier Bertrand : programme d'action sur le sommeil du 29 janvier 2007.
6. Young.T and coll. : Sleep disordered breathing and motor vehicle accidents in a population-based sample of employed adults. *Sleep* 1997; 20(8) : 608-613.
7. Meslier N, Vol S, Balkau B, Gagnadoux F, Cailleau M, Petrella A, Racineux J.L, Tichet J : Prévalence des symptômes du syndrome d'apnées du sommeil. Étude dans une population française d'âge moyen. *Rev Mal Respir* 2007; 24 : 305-13.
8. Millman RP, Fogel BS, McNamara ME, Carlisle CC: Depression as a manifestation of obstructive sleep apnea: reversal with nasal continuous positive airway pressure. *J Clin Psychiatry* 1989; 50 : 348-351.
9. Carmen M Schröder and Ruth O'Hara : Depression and Obstructive Sleep Apnea (OSA). *Annals of General Psychiatry* 2005; 4 : 13.
10. Baran AS, Richert AC: Obstructive sleep apnea and depression. *CNS Spectr* 2003 ; 8:128-134.
11. Engleman HM, Kingshott RN, Martin SE, Douglas NJ: Cognitive function in the sleep apnea/hypopnea syndrome (SAHS). *Sleep* 2000; 23 Suppl 4 : S102-8.
12. Scheltens P, Visscher F, Van Keimpema A, et al.: Sleep apnea syndrome presenting with cognitive impairment. *Neurology* 1991; 41:155-156.

13. Bounhoure JP, Galinier M, Didier A, Leophonte P. : Sleep apnea syndromes and cardiovascular disease. *Bull Acad Nat Med.* 2005 Mar; 189(3) : 445-59.
14. Partinen M., Jamieson A., Guilleminault C. Longterm : Outcome for obstructive sleep apnea syndrome patients mortality. *Chest* 1988; 94 : 1200-1204.
15. Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Augusti AG : long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure : an observational study. *Lancet* 2005; 365 : 1046-1053.
16. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J : Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Eng j Med* 2000; 342 : 1378-1384.
17. Logan Ag, Perlokowski SM, Mente A, Tisler A, Tkacova R. : high prevalence of unrecognized sleep apnoea in drug-resistant hypertension. *J.Hypertens* 2001; 19 : 2271-2277.
18. Shahar E, Whitney CW, Redline S, et al, for the Sleep Heart Health Study Research Group : Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease. Cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163 : 19-25.
19. Yaggi HK, Concato J, Kernan WN, Lichtman JH, Brass LM, Mohsenin V. : Obstructive sleep apnea as a risk factor for stroke and death. *N Engl J Med.* 2005; 353 : 2034–2041.
20. Hansel B, Cohen-Aubart F, Dourmap C, Giral P, Bruckerte E, Girerd X : Prévalence et déterminants du syndrome d'apnée du sommeil chez des hommes ayant un syndrome métabolique et une hypertension artérielle contrôlée *Journée de l'hypertension artérielle* 2007; 100 : 637-641.
21. Kessler R, Chaouat A, Weitzenblum E, et al. Pulmonary hypertension in the obstructive sleep apnoea syndrome : Prevalence, causes and therapeutic consequences. *Eur Respir J* 1996; 9 : 787-94.
22. Bady E, Achkar A, Pascal S : Pulmonary arterial hypertension in patients with sleep apnoea syndrome. *Thorax* 2000; 55 : 934-9.
23. Giquello J-A, Jeanneteau J, Treger F, Soltner C, Granry J-C : Trouble de conduction atrioventriculaire paroxystique nocturne révélant un syndrome d'apnée du sommeil. *Annales de Cardiologie et d'Angiologie* 2008 : 385.

24. Chaouat A. : Mortality in treated sleep apnea syndrome Société Française de Recherche sur le Sommeil. Congrès N°17, Strasbourg, 2003; 159 : 6S95-6S97.
25. G Pillar et P Lavie : Psychiatric symptoms in sleep apnea. Effects of gender and respiratory disturbance index. Chest 1998; 114 : 697-703.
26. Bixler E, Vgontzas A, Lin H, Ten Have T, Rein J, Vela-Bueno A, Kales A. Prevalence of sleep-disordered breathing in women. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163 : 608–613.
27. Durán J, Esnaola S, Rubio R, Iztueta A. Obstructive sleep apnea–hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 yr. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163 : 685–689.
28. Young T, Evans L, Finn L, Palta M : Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. Sleep 1997; 20 : 705-6.
29. Larsson LG, Lindberg A, Franklin KA, Lundbäck B : Gender differences in symptoms related to sleep apnea in a general population and in relation to referral to sleep clinic. Chest 2003; 124 : 204-11.
30. Netzer N., Stoohs R., Netzer C., Clark K. and Strohl.K : Using the Berlin questionnaire to identify patients at risk for the Sleep Apnea Syndrome Annals of Internal Medicine. 1999; 131 : 485-49.
31. Chung F , Yegneswaran B, Liao P, Chung S, Vairavanathan S, Islam S, Khajehdehi A, Shapiro C: Validation of the Berlin questionnaire and American Society of Anesthesiologists Checklist as screening tools for Obstructive Sleep Apnea in surgical patients : The American Society of Anesthesiologists 2008; 108 : 822–30.
32. Netzer N, Hoegel J, Loube D, Netzer C, Hay B, Alvarez-Sala R and Strohl P. : Prevalence of Symptoms and Risk of Sleep Apnea in Primary Care. Chest 2003; 124 : 1406-1414.
33. Bixler E, Vgontzas A, Ten Have T, Tyson K, Kales A. Effects of age on sleep apnea in men. Am J Respir Crit Care Med 1998; 157 : 144–148.
34. Bixler E, Vgontzas A, Lin H, Ten Have T, Rein J, Vela-Bueno A, Kales A. Prevalence of sleep-disordered breathing in women. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163 : 608–613.
35. Durán CJ. Prevalence of obstructive sleep apnea–hypopnea and related clinical features in the elderly: a population-based study in the general population aged 71–100. World Conference 2001 Sleep Odyssey, October 21–26, 2001, Montevideo, Uruguay.

36. Sharma SK, Vasudev C, Sinha S, Banga A, Pandey RM, Handa KK: Validation of the modified Berlin questionnaire to identify patients at risk for the obstructive sleep apnoea syndrome. *Indian J Med Res* 2006; 124 : 281–90.
37. Flemons WW, Douglas NJ, Kuna ST, Rodenstein DO, Wheatley J : Access to diagnosis and treatment of patients with suspected sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 169 : 668-72.

## ANNEXE n°1

# ETUDE DE LA FREQUENCE DU SYNDROME D'APNEES DU SOMMEIL

## Document d'information

Médecin coordonnateur : RAMBAUD Stéphane

Madame, monsieur,

Votre médecin généraliste participe à **une étude que je coordonne sur la fréquence du syndrome d'apnées obstructives du sommeil** chez les patients de **18 à 65 ans**.

Le syndrome d'apnée du sommeil, actuellement sous-estimé, concerne plus **de 2,5 millions de français**.

Le principal symptôme de cette maladie est **un endormissement excessif durant la journée**.

Les conséquences sont multiples :

- **médicales** : hypertension artérielle, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, troubles du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque, trouble de l'érection, épilepsie, surmenage physique et psychologique voire dépression nerveuse, accidents de la route (dont 20% sont liés directement à ce syndrome)
- **sociales** : divorce plus fréquent
- **et professionnelles** : troubles de la mémoire et de la concentration, accidents du travail, licenciement et chômage de longue durée plus fréquents

Cette étude, en collaboration avec le centre santé sommeil de Grenoble, s'adresse à **tout(e) patient(e) âgé(e) de 18 à 65 ans, quelque soit votre motif de consultation**. Votre participation est **entièrement volontaire et anonyme**.

Cette étude se déroulera en deux étapes :

- **1° un questionnaire à remplir : le questionnaire de BERLIN (ci-après)**

Le questionnaire, qui se trouve ci-après, est un outil permettant de dépister la somnolence excessive durant la journée.

Merci de le remplir **seul(e)** et **AVANT** le temps de consultation.

- **2° Puis, secondairement, si vous présentez un haut risque d'apnées du sommeil, votre médecin vous proposera un test respiratoire à effectuer à domicile.**

Si vous présentez un risque élevé au questionnaire, cette exploration appelée « polygraphie du sommeil » permettra de réaliser le diagnostic d'un éventuel syndrome d'apnées du sommeil.



Cet examen, simple et sans risque, se réalise à l'aide d'un boîtier et de simples capteurs durant une nuit de sommeil que vous réaliserez chez vous.

Ce matériel vous sera fourni par le pneumologue de votre choix ou par le Centre Santé Sommeil de Grenoble.

En aucun cas, le fait de remplir ce questionnaire ne vous engage à réaliser la polygraphie du sommeil.

Vous pourrez changer de décision à tout moment sans justification. Les données issues de l'étude seront traitées sur un fichier anonymisé validé par la CNIL.

### **QUESTIONNAIRE DE BERLIN : Dépistage par auto-questionnaire du syndrome d'apnées obstructives du sommeil**

Taille (m) \_\_\_\_\_ Poids (kg) \_\_\_\_\_ date de naissance \_\_\_\_\_  
Homme / Femme

**CATÉGORIE 1** NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

#### **1. Ronflez-vous?**

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas

*Si vous ronflez :*

#### **2. Votre ronflement est :**

- a. Légèrement plus fort que la respiration
- b. Fort comme la parole
- c. Plus fort que la parole
- d. Très fort – s'entend d'une pièce voisine

#### **3. Fréquence du ronflement**

- a. Presque tous les jours
- b. 3-4 fois/semaine
- c. 1-2 fois/semaine
- d. 1-2 fois/mois
- e. Jamais ou presque jamais

#### **4. Votre ronflement gêne-t-il les autres?**

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas

**5. Quelqu'un a-t-il remarqué que vous arrêtez de respirer pendant votre sommeil?**

- a. Presque tous les jours
- b. 3-4 fois/semaine
- c. 1-2 fois/semaine
- d. 1-2 fois/mois
- e. Jamais ou presque jamais

**CATÉGORIE 2**

**6. Vous sentez-vous souvent fatigué ou épuisé après avoir dormi (au réveil)?**

- a. Presque tous les jours
- b. 3-4 fois/semaine
- c. 1-2 fois/semaine
- d. 1-2 fois/mois
- e. Jamais ou presque jamais

**7. À l'état éveillé, vous sentez-vous fatigué, épuisé ou pas en forme?**

- a. Presque tous les jours
- b. 3-4 fois/semaine
- c. 1-2 fois/semaine
- d. 1-2 fois/mois
- e. Jamais ou presque jamais

**8. Vous êtes-vous déjà assoupi ou endormi en conduisant un véhicule?**

- a. Oui
- b. Non

*Si oui:* **9. Avec quelle fréquence cela se produit-il?**

- a. Presque tous les jours
- b. 3-4 fois/semaine
- c. 1-2 fois/semaine
- d. 1-2 fois/mois
- e. Jamais ou presque jamais

**CATÉGORIE 3**

**10. Êtes-vous hypertendu? (souffrez-vous d'hypertension artérielle)**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**11 BMI supérieur ou égale à 30 kg/m<sup>2</sup> ? (à remplir par votre médecin)**

- Oui
- Non

## ANNEXE n°2

### Interprétation du questionnaire de Berlin (dépistage du SAOS)

*Adaptée du Tableau 2 de l'étude :*

*Netzer N, Stoohs R, Netzer C, Clark K and Strohl K.*

*Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. Annals of*

*Internal Medicine 1999 Oct 5; 131(7) : 485-91.*

Le questionnaire comprend 3 catégories relatives au risque d'apnée du sommeil.

Les patients seront classés comme à **haut risque** ou à **faible risque** en fonction de leurs réponses à chaque question et au score dans chacune des trois catégories de symptômes.

#### **QUESTIONNAIRE DE BERLIN : Dépistage par auto-questionnaire du syndrome d'apnées obstructives du sommeil**

##### CATÉGORIE 1

##### **1. Ronflez-vous?**

- a. Oui      **1 point**
- b. Non
- c. Je ne sais pas

*Si vous ronflez :*

##### **2. Votre ronflement est :**

- a. Légèrement plus fort que la respiration
- b. Fort comme la parole
- c. Plus fort que la parole      **1 point**
- d. Très fort – s'entend d'une pièce voisine      **1 point**

##### **3. Fréquence du ronflement**

- a. Presque tous les jours      **1 point**
- b. 3-4 fois/semaine      **1 point**
- c. 1-2 fois/semaine
- d. 1-2 fois/mois
- e. Jamais ou presque jamais

##### **4. Votre ronflement gêne-t-il les autres?**

- a. Oui      **1 point**
- b. Non
- c. Je ne sais pas

##### **5. Quelqu'un a-t-il remarqué que vous arrêtez de respirer pendant votre sommeil?**

- a. Presque tous les jours      **2 points**
- b. 3-4 fois/semaine      **2 points**
- c. 1-2 fois/semaine
- d. 1-2 fois/mois
- e. Jamais ou presque jamais

**Ajoutez les points. La Catégorie 1 est positive si le score total est de 2 points ou plus.**

## CATÉGORIE 2

### 6. Vous sentez-vous souvent fatigué ou épuisé après avoir dormi?

- a. Presque tous les jours **1 point**
- b. 3-4 fois/semaine **1 point**
- c. 1-2 fois/semaine
- d. 1-2 fois/mois
- e. Jamais ou presque jamais

### 7. À l'état éveillé, vous sentez-vous fatigué, épuisé ou pas en forme?

- a. Presque tous les jours **1 point**
- b. 3-4 fois/semaine **1 point**
- c. 1-2 fois/semaine
- d. 1-2 fois/mois
- e. Jamais ou presque jamais

### 8. Vous êtes-vous déjà assoupi ou endormi en conduisant un véhicule?

- a. Oui **1 point**
- b. Non

La question numéro 9 est notée séparément.

**Ajoutez les points. La Catégorie 2 est positive si le score total est de 2 points ou plus.**

## CATÉGORIE 3

**La Catégorie 3 est positive :**

**Si la réponse à la question 10 (antécédent d'hypertension artérielle) est « Oui »**

**Ou/et**

**Si l'IMC du patient est supérieure à 30 kg/m<sup>2</sup>.**

(L'IMC doit être calculé. Il se définit comme le poids (kg) divisé par la taille (m) au carré (kg/m<sup>2</sup>).

**Au Total : les patients sont considérés comme :**

**À haut risque de SAOS :**

Si 2 Catégories ou plus ont un score positif : polygraphie du sommeil

**À faible risque de SAOS:**

Si 0 ou 1 catégorie a un score positif : pas de polygraphie du sommeil







**Document d'information à la réalisation d'une polygraphie du  
sommeil à domicile**

Madame, monsieur,

**Vous acceptez de participer à l'étude de prévalence du syndrome d'apnées obstructives du sommeil symptomatique en médecine générale dans une population âgée de 18 à 65 ans à Grenoble.**

Comme il était mentionné dans le document d'information joint au questionnaire, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil est un problème de santé publique non seulement sur le plan médical, mais également et surtout, en termes de qualité de vie.

Le test de dépistage par questionnaire (nommé questionnaire de Berlin) a pour but d'évaluer le risque d'un syndrome d'apnées du sommeil.

Le résultat de votre dépistage est un haut risque d'apnées du sommeil.

Pour réaliser le diagnostic, je vous propose de pratiquer durant une nuit de sommeil, une polygraphie du sommeil.

Le Centre Santé Sommeil de Grenoble collabore à cette étude et pourra vous proposer la réalisation de cet examen. Vous pouvez également choisir le pneumologue de votre choix pour la réalisation de cet examen.

Cet examen, sans risque et simple, consiste simplement à porter plusieurs capteurs (sur l'un de vos index, sur la poitrine, au niveau du nez et au dessus du sternum) durant une nuit de sommeil à domicile.

Les résultats vous seront ultérieurement communiqués, ainsi qu'à votre médecin généraliste dans le cadre de la continuité des soins.

Vous serez libre de choisir le pneumologue de votre choix.

**Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.**

Si vous décidez de ne pas y participer, vous n'avez pas besoin de donner une raison particulière ni à mon égard, ni à votre médecin. Il assurera votre surveillance, avec votre accord, comme il jugera que cela sera la meilleure solution pour vous.

Votre décision de ne pas participer ne vous sera en aucun cas préjudiciable, ni dans la considération et le dévouement de votre médecin, ni bien sûr pour les traitements ultérieurs qui pourraient s'avérer nécessaires.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous pourrez à tout moment décider de quitter cette étude. Vous n'aurez pas à expliquer vos raisons et votre décision ne vous sera pas préjudiciable.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées, en prenant contact avec le médecin coordonnateur Mr RAMBAUD Stéphane.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

***Conformément à la Loi de 1988, nous vous demandons maintenant de signer un consentement écrit, pour témoigner que nous vous avons informée et que votre accord est libre. Cela ne dégage en rien la responsabilité de vos médecins ni de tous les autres soignants qui s'occuperont de vous.***

Si vous avez besoin de renseignements complémentaires, je me tiendrai également à votre entière disposition.

Je soussigné Mr/Mme ....., né(e) le.....,

domicilié(e) au .....,

Certifie avoir pris connaissances des informations ci-dessus dans le cadre de l'étude de la prévalence du SOAS symptomatique en médecine générale, dans une population âgée de 18 à 65 ans à Grenoble.

Je reconnais que la nature de l'examen ainsi que ses risques et avantages m'ont été expliqués en termes compréhensibles et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

**Signature du coordinateur de l'étude**

**S.RAMBAUD**

**Signature du patient**

NOM /prénom  
mention « lu et approuvé »

## Comité d’Ethique des Centres d’Investigation Clinique de l’inter-région Rhône-Alpes-Auvergne

**Dr Christian Dualé**  
*Chair*  
Centre de Clermont-Ferrand  
**IRB n°00005891**  
cduale@chu-clermontferrand.fr  
Tél. 04.73.17.84.18  
Fax 04.73.17.84.12

**Dr Jean-Luc Cracowski**  
*Chair*  
Centre de Grenoble  
**IRB n°00005921**  
cic@chu-grenoble.fr  
Tél. 04 76 76 92 60  
Fax 04 76 76 92 62

**Dr Behrouz Kassaï**  
CIC Lyon  
bk@upcl.univ-lyon1.fr  
Tél. 04 72 35 72 31

**Pr Hervé Decousus**  
CIC Saint Etienne  
cic@chu-st-etienne.fr  
Tél. 04 72 12 08 26  
Fax 04 77 12 78 20



Clermont-Ferrand, le 12/11/2009

Cher Monsieur,

Nous vous prions de prendre connaissance de l'évaluation en deuxième lecture de votre projet présenté au Comité Technique du CIC en date du 28/09/2009. Cette décision a été rendue après revue de votre projet selon la loi Française sur la recherche biomédicale [1] et la déclaration de Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale [2].

[1] Chapitre Ier du titre II du livre Ier de la première partie du Code de la Santé Publique relatif aux recherches biomédicales.

[2] Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale. Principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains [<http://www.wma.net/f/policy/b3.htm>].

Avec nos sentiments les meilleurs.

Dr Christian DUALÉ, Médecin Délégué

Pr Claude DUBRAY, Médecin Coordonnateur

Date de la réunion	28/09/2009
N° IRB	5891
Membres du CT présents	Aublet-Cuvelier B, Dualé C, Durando X, Dubray C, Hentz F, Lacarin P, Laclautre L, Ouchchane L.
Membres du CT excusés	Gerbaud L, Grondin MA*, Kanold J, Ughetto S, Woda A (* évaluation préalable).
Titre du projet soumis	Étude de la prévalence du syndrome d'apnées obstructives du sommeil symptomatique en médecine générale, chez le tout-venant d'une population âgée de 18 à 65 ans de Grenoble.
Nom de l'investigateur principal	Rambaud S.
N° de dossier IRB	2009-10
Service	Pneumologie
CHU de rattachement	CHU Grenoble
Autres destinataires du courrier	CECIC

CRITERES D'EVALUATION DU PROJET	Valide	Non valide	Imprécis
<b>Ethique médicale</b>			
Caractère courant du recueil des critères	X		
Utilisation courante des médicaments / dispositifs	X		
Caractère courant des autres pratiques cliniques	X		
Caractère courant des modalités de surveillance	X		
Effectif garantissant un résultat	X		
<b>Autres éléments éthiques concernant le participant</b>			
Formulaire d'information			X
Accord du patient pour l'exploitation des données			X
Procédure d'anonymisation des données	X		
Déclaration nominative CNIL			X
Autres (à préciser)			

<b>Cadre réglementaire de la recherche</b>	
Recherche biomédicale (RBM)	
Recherche sur les soins courants	
Collection biologique	
Recherche observationnelle hors RBM	X

<b>Décision du CECIC</b>	
Validé	X
Réserves de modifications à soumettre au CECIC	
Réserves majeures en termes d'éthique	
Reclassement en RBM ou équivalent	