



Exploration des pratiques des médecins généralistes, du Var et des Alpes-Maritimes, dans la prise en charge du syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil

Coralie Dufour

► To cite this version:

Coralie Dufour. Exploration des pratiques des médecins généralistes, du Var et des Alpes-Maritimes, dans la prise en charge du syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01630360

HAL Id: dumas-01630360

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01630360>

Submitted on 7 Nov 2017

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 NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE

Pour l'obtention du
Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Par Coralie DUFOUR
Née le 14 février 1988

Exploration des pratiques des médecins généralistes, du Var et des Alpes-Maritimes, dans la prise en charge du syndrome d'apnées / hypopnées obstructives du sommeil.

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice
Le 06 octobre 2017

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Olivier Guérin

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jean-Luc Baldin

Monsieur le Professeur Pierre Gibelin

Monsieur le Professeur Dominique Pringuey

Invitée du jury :

Madame le Docteur Anne-Marie Barisic

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Alain Ganassi

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

LISTE DES PROFESSEURS AU 1^{ER} SEPTEMBRE 2016
A LA FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. ALBERTINI Marc	M. GRIMAUD Dominique
M. BALAS Daniel	M. HARTER Michel
M. BATT Michel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BLAIVE Bruno	M. JOURDAN Jacques
M. BOQUET Patrice	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOURGEON André	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAZDUNSKI Michel
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LEFEBVRE Jean-Claude
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE BAS Pierre
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GILLET Jean-Yves	M VAN OBERGHEN Emmanuel
M. GRELLIER Patrick	M. ZIEGLER Gérard
M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine
M.C.U. Honoraires	

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire
M.GIRARD-PIPAU Fernand	

Professeurs classe exceptionnelle

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Professeurs première classe

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)

M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Professeurs deuxième classe

M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Professeur des universités

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)
----------------------	---------------------------

Maitre de conférences des universités

M. DARMON David	Médecine Générale (53.03)
-----------------	---------------------------

Professeurs agrégés

Mme LANDI Rebecca	Anglais
Mme ROSE Patricia	Anglais

Maitres de conférences des universités

-

Praticiens hospitaliers

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)

Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Praticien hospitalier universitaire

M. DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
--------------------	------------------

Professeurs associés

M. GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
M. GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)
M. WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

Maitres de conférences associés

M. BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

Professeurs conventionnés de l'université

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Olivier Guérin,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Votre présence était pour moi indispensable afin de soumettre les résultats de cette étude à votre jugement aguerri.

A Monsieur le Professeur Pierre Gibelin,

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse. Merci également pour votre confiance et votre disponibilité.

A Monsieur le Professeur Dominique Pringuey,

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Jean-Luc Baldin,

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse. Merci également pour vos conseils, votre disponibilité et l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Madame le Docteur Anne-Marie Barisic,

Je vous remercie d'avoir eu la gentillesse d'accepter d'être mon invitée à ce jury. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail et du temps que vous m'accordez.

Directeur de thèse

A Monsieur le Docteur Alain Ganassi,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir apporté votre soutien pendant ces années. Sans vous, cette thèse n'aurait pu voir le jour et être menée à bien. Merci pour vos précieux conseils et l'attention que vous avez portée à mon travail. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale et d'avoir partagé votre expérience.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude

Merci pour le temps que vous m'avez accordé.

A ma famille et à mes amis

A ma mère : merci pour ton soutien incommensurable depuis le début, pour ta présence permanente à mes côtés, pour m'avoir aidée à rédiger cette thèse et à retranscrire les entretiens. Sans toi, je ne serais pas là ce soir. Merci pour tout le temps que tu m'as consacré. Tu as toujours cru en moi. A mon tour de te le rendre. Je t'aime très fort.

A mon père : merci de m'avoir soutenue pendant ces longues années d'études. Même si tu es loin, j'ai toujours pu compter sur toi. Merci d'être là ce soir. Je n'imaginais pas cette soirée sans toi. Je t'aime très fort.

A ma sœur Marion : merci d'être là quand j'en ai besoin et merci pour ces longues heures téléphoniques où tu me rassures. Je peux toujours compter sur toi. Je suis fière de toi et de ton projet futur. Je t'aime très fort.

A mes grands-parents : merci pour votre amour et votre soutien depuis toujours.

Papy : merci d'avoir cru en moi et de m'avoir permis de réussir cette première année de médecine, je n'y serais pas arrivée sans vous. Je vous dois beaucoup.

Mamy : tu me manques tellement. Merci de m'avoir fait réviser pendant toutes ces années et d'avoir toujours été si fière de moi. Je suis triste que tu ne sois pas avec moi ce soir, cette soirée, elle est pour toi.

Je vous aime fort.

Mamylène : cela me touche beaucoup que tu sois là, ce soir, pour partager ce grand moment avec moi. Une pensée pour **Papy Jean**.

A Yves : merci de m'avoir considérée comme ta fille, de m'avoir toujours soutenue, de m'avoir fait confiance et permis de trouver mon futur lieu de travail.

A Valerian et Johan : merci d'être là ce soir. Vous comptez beaucoup pour moi.

A Clément : merci de m'avoir soutenue pour ce moment important. A notre avenir et à nos projets futurs.

A Julie : Merci d'avoir été à mes côtés depuis si longtemps. On s'est toujours soutenues dans les bons comme dans les mauvais moments. On se connaît maintenant depuis neuf ans. Neuf ans de confidences, de travail, de révisions, de soirées (beaucoup de soirées !!) et surtout d'amitié fidèle. Je serai toujours là pour toi. Je t'aime.

A Flore : pour tous ces moments passés ensemble depuis la première année de médecine où notre seul temps de pause était « Plus belle la vie ». Merci d'avoir toujours été là pour moi depuis dix ans. Même la distance n'arrive pas à nous éloigner. Je t'aime.

A Romain et sa famille : merci d'avoir été là pour moi depuis toutes ces années et d'être présents ce soir. J'espère qu'on pourra continuer à compter l'un sur l'autre encore longtemps.

A Laureen, Pauline : les copines !!! Merci pour tous ces moments passés ensemble, pour votre soutien dans les périodes de doute mais aussi pour votre bonne humeur et toutes les soirées folles.

A Camille, Melissa, Thibaut, les Flos et ma Laura : pour tous ces bons moments et apéros partagés. Merci d'être là pour moi.

L'Allianz est présente ce soir !

A Anne, mon infirmière préférée.

A Richard : Pour m'avoir confortée dans mon choix de la médecine générale et de m'avoir fait confiance et accueillie dans votre cabinet. Pour votre amitié.

A Franck, Claude, Quentin : Pour m'avoir donné votre confiance et m'avoir mise à l'aise dans votre cabinet. A notre future collaboration.

Aux secrétaires Sandrine, Laetitia, Valérie et Murielle : merci pour votre bonne humeur et votre gentillesse. C'est toujours un plaisir de travailler avec vous.

A Christine, sans qui je n'aurais pas pu réaliser ces entretiens. Merci pour ta confiance et ton amitié.

ABREVIATIONS

BPCO :	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CPT :	Capacité Pulmonaire Totale
ECG :	Electrocardiogramme
EFR :	Epreuve Fonctionnelle Respiratoire
ETP :	Education Thérapeutique du patient
FMC :	Formation Médicale Continue
HAS :	Haute Autorité de Santé
HTA :	Hypertension Artérielle
IAH :	Index d'Apnées/Hypopnées
IMC :	Indice de Masse Corporelle
MG :	Médecin Généraliste
OAM :	Orthèse d'Avancée Mandibulaire
OGDPC :	Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
ORL :	Oto-Rhino-Laryngologiste
PACA :	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PPC :	Pression Positive Continue
PSG :	Polysomnographie
SAHOS :	Syndrome d'Apnées/Hypopnées Obstructives du Sommeil
SPLF :	Société de Pneumologie de Langue Française
TILE :	Test Itératif de Latence à l'Endormissement
TME :	Test de Maintien d'Eveil

Table des matières

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE : Généralités	11
I. Définition	11
II. Diagnostic	11
A. Examen clinique	11
B. Examens complémentaires	12
1- La polysomnographie.....	12
2- La polygraphie respiratoire	13
III. Complications.....	15
IV. Prise en charge thérapeutique	16
A. Bilan pré-thérapeutique.....	16
B. Ventilation nasale par pression positive continue.....	17
C. Orthèse d'avancée mandibulaire.....	17
D. Traitement chirurgical.....	18
DEUXIEME PARTIE : Matériel et méthode.....	20
I. Choix de la méthode	20
A. Etude qualitative	20
B. Par entretiens individuels semi-dirigés	20
II. Sélection de l'échantillon	21
A. Caractéristiques de l'échantillon.....	21
B. Recrutement	21
C. Taille de l'échantillon	22
III. L'entretien	22
A. Guide d'entretien	22
1- Elaboration.....	22
2- Validation.....	23
B. Organisation des entretiens	23
C. Analyse des données	23
TROISIEME PARTIE : Résultats	25
I. Résultats quantitatifs	25
A. Entretiens	25
B. Description de l'échantillon	25
1- Etat civil	25
2- Lieu d'exercice.....	25
3- Maître de stage	25
4- Nombre de patients par jour.....	25
5- Nombre de patients présentant un SAHOS.....	25
6- Pratique de la polygraphie ventilatoire	26
II. Résultats qualitatifs	26
A. Description de la prise en charge du SAHOS par les médecins généralistes : de la suspicion clinique au suivi	26
1- Suspicion clinique.....	26
a) Réponse au cas clinique	26

b) Types de patients	26
c) Contexte clinique	27
d) Répercussions du SAHOS sur les patients	29
2- Attitude diagnostique	31
a) Envoi au pneumologue	31
b) Diagnostic par le médecin généraliste	31
c) Difficultés diagnostiques rencontrées	32
3- Attitude thérapeutique	33
a) Prise en charge par les spécialistes	34
b) Prise en charge par le médecin généraliste	34
c) Retours des patients sur le traitement	35
d) Difficultés à la mise en place du traitement	36
4- Suivi	38
a) Par le médecin généraliste	38
b) Par le pneumologue seul	39
c) Collaboration avec le spécialiste	40
d) Paramètres surveillés	40
e) Difficultés rencontrées	42
B. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du SAHOS	42
1- Rôle primordial	43
2- Dépistage	43
3- Orientation	43
4- Règles hygiéno-diététiques	44
5- Accompagnement et suivi	44
6- Observance	44
7- Prévention	44
8- Prise en charge globale	44
C. Formation du médecin sur le SAHOS	45
1- Aucune formation	45
2- Formation universitaire	45
3- Formation médicale continue	45
4- Groupe de pairs	46
5- Formation personnelle	46
D. Place de la polygraphie ventilatoire en médecine générale	46
1- Bénéfices	46
a) Pour les médecins ne pratiquant pas la polygraphie ventilatoire	46
b) Pour les médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire	47
2- Freins	49
a) Pour les médecins ne pratiquant pas la polygraphie ventilatoire	49
b) Pour les médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire	51
E. Quelles sont les pistes pour améliorer la prise en charge du SAHOS ?	52
1- Pistes pour améliorer la pratique	52
2- Pistes pour améliorer l'observance	54

QUATRIEME PARTIE : Discussion 58

I. Validité interne de l'étude	58
A. Qualité méthodologique	58
B. Biais	59
II. Validité externe de l'étude	60

A. Prise en charge du SAHOS en médecine générale, de la suspicion clinique au suivi	60
1- Suspicion clinique	60
2- Attitude diagnostique	61
3- Attitude thérapeutique	63
4- Suivi	64
B. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du SAHOS	65
C. Place de la polygraphie ventilatoire ambulatoire en médecine générale	66
D. Pistes pour améliorer la prise en charge du SAHOS	68
1- Formation	68
2- Polygraphie ventilatoire en médecine générale	69
3- Collaboration avec les spécialistes.....	69
4- Information aux patients	70
5- Amélioration de la tolérance de l'appareil.....	72
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE.....	76
Annexe 1 – Guide d’entretien qualitatif	83
Annexe 2 – Formulaire d’information et de consentement.....	86
SERMENT D’HIPPOCRATE	87
RESUME	88

INTRODUCTION

Le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) toucherait 2 à 5 % de la population adulte (soit 1 à 3 millions de patients en France). ^[1]

Non traité, le SAHOS sévère (au moins 20 à 30 apnées ou hypopnées par heure de sommeil) entraîne des perturbations importantes de la qualité de vie, une augmentation de l'incidence des maladies cardio-vasculaires et une majoration du risque accidentel liée aux troubles de l'attention. Le SAHOS est également associé à des perturbations métaboliques contribuant au risque cardio-vasculaire de ces patients. ^[2] Il est donc la cause d'une surmortalité dont l'origine cardio-vasculaire évoquée depuis plusieurs années a été confirmée par les données récentes de suivi des cohortes épidémiologiques qui montrent une mortalité accrue notamment par l'augmentation des incidents coronariens et vasculaires cérébraux en particulier chez les hommes de moins de 70 ans. ^[3]

De par ses conséquences médicales et sa prévalence, le SAHOS est une problématique de santé publique.

Les enjeux entourant le SAHOS sont multiples. Il s'agit en premier lieu d'améliorer l'accès au diagnostic pour une maladie trop souvent méconnue. Les symptômes du SAHOS sont non spécifiques, souvent banalisés et inconstants, et peuvent passer inaperçus. La confirmation du diagnostic requiert un enregistrement au cours du sommeil dont la forme la plus complète, la polysomnographie, est d'accès limité. La polygraphie ventilatoire, plus simple et réalisable en ambulatoire, est recommandée en première intention en cas de forte présomption clinique de SAHOS. ^[2]

La ventilation nasale par pression positive continue (PPC) est considérée comme le traitement de référence du SAHOS. Près de 490 000 patients ont bénéficié d'une ventilation nasale par PPC en 2012 en France, soit le double du nombre de patients traités depuis 2006. Le bénéfice du traitement du SAHOS par ventilation nasale par PPC est formellement démontré en ce qui concerne les symptômes de la maladie et la qualité de vie. ^[4]

Ce traitement a l'avantage d'être peu invasif mais reste une thérapeutique contraignante, d'où un abandon précoce par certains patients ou une mauvaise observance avec une utilisation de la ventilation nasale par PPC parfois aléatoire. L'observance moyenne au traitement est comprise généralement entre 65 % et 85 % à un an ou plus. L'abandon du traitement se fait dans les 6 premiers mois et le plus souvent dans les 3 mois suivant l'instauration. Bien qu'aucune étude contrôlée n'ait été réalisée sur l'élaboration d'une

méthode de suivi optimal, il est donc conseillé un suivi rapproché les 3 premiers mois, puis à 6 mois et ensuite, annuel. [5]

Afin d'éviter les répercussions du SAHOS, une prise en charge en amont semble essentielle. Le médecin généraliste étant placé au premier rang de la prise en charge globale des patients, il nous a donc semblé évident de laisser la parole aux médecins pour exprimer leur ressenti sur la pathologie avec les difficultés rencontrées et les solutions possibles pour y remédier.

Plusieurs études quantitatives se sont portées sur les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge du syndrome d'apnée du sommeil en France. Elles ont permis de mettre en évidence un manque global d'implication des médecins auprès de leurs patients apnéiques. [6] Bien que les connaissances sur le SAHOS par les médecins généralistes s'améliorent, une grande majorité d'entre eux ne se sent, soit pas concernée, soit incapable de gérer ces patients à certaines étapes de leur prise en charge. [7] [8] [9]

Le médecin traitant n'est donc que peu impliqué dans cette gestion du SAHOS. Or, dans le système de soins français, il est au cœur du suivi du patient et devrait pouvoir réaliser la synthèse des symptômes et des différents traitements. [8]

A notre connaissance, aucune de ces études n'a été réalisée avec la méthode qualitative. Cette méthode permet d'explorer les habitudes, les sentiments, les expériences personnelles des médecins et contribue à une meilleure compréhension de leur fonctionnement. Elle serait donc complémentaire et apporterait un éclairage sur les précédentes études quantitatives déjà réalisées sur le SAHOS, par une approche différente.

L'objectif principal de notre travail est de décrire, à l'aide d'une étude qualitative, la prise en charge des patients atteints du SAHOS en cabinet de médecine générale, à chacune des différentes étapes. Par son approche compréhensive, la recherche qualitative s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des médecins généralistes et permettra ainsi de comprendre la réalité de leur pratique quotidienne.

Elle permettra aussi, dans un second temps, de mettre en avant les difficultés rencontrées dans cette prise en charge, de faire émerger les suggestions pour y remédier et de faire le point sur la place de la polygraphie ventilatoire ambulatoire en soin primaire.

Question : Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil : à quel moment les médecins y pensent-ils et que font-ils ?

PREMIERE PARTIE : Généralités

I. Définition

Le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil se caractérise par la survenue, pendant le sommeil, d'épisodes anormalement fréquents d'interruptions de la ventilation (apnées), ou de réductions significatives de la ventilation (hypopnées). Il est lié à un collapsus répété des voies aériennes supérieures au cours du sommeil. Les épisodes d'apnées et d'hypopnées entraînent une hypoxémie et des micro-réveils. ^[4]

Le SAHOS est défini selon la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF), à partir des critères de l'American Academy of Sleep Medicine, par la présence des critères A ou B et du critère C : ^{[5] [10]}

Critère A : Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs.

Critère B : Deux, au moins, des critères suivants non expliqués par d'autres facteurs :

- Ronflements sévères et quotidiens
- Sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil
- Sommeil non réparateur
- Fatigue diurne
- Difficultés de concentration
- Nycturie (plus d'une miction par nuit)

Critère C : Critère polysomnographique ou polygraphique :

Index d'Apnées-Hypopnées (IAH) ≥ 5 par heure de sommeil.

La sévérité du SAHOS comprend deux composantes : l'IAH et la somnolence diurne.

II. Diagnostic

A. Examen clinique

L'exploration de la qualité du sommeil et de la vigilance se fait tout d'abord par l'entretien clinique : la présence et/ou la fréquence de survenue des principaux signes évocateurs de SAHOS permettent de déterminer la probabilité clinique.

Ensuite, on peut s'aider des techniques subjectives pour évaluer la qualité du sommeil

(appréciations du patient et de son entourage) et des techniques objectives (techniques de laboratoire).^[11]

→ Les techniques subjectives reposent sur l'utilisation de questionnaires, d'échelles (Berlin, Epworth, Pichot, Beck, etc.) et d'agendas du sommeil.

→ D'autres techniques, dites objectives, permettent d'évaluer la sévérité de la somnolence diurne, comme les tests de vigilance :

- le test itératif de latence à l'endormissement (TILE) est une procédure lourde et coûteuse, dont la valeur normale est > à 8 min. Il donne, en plus de la rapidité d'endormissement, une indication sur le type de sommeil réalisé.

- le test de maintien de l'éveil (TME) est l'examen de choix pour mesurer la vigilance des conducteurs professionnels après ventilation nasale par PPC. Il explore l'aptitude à rester éveillé. La norme est > à 19 min.

- le test d'Osler évalue l'aptitude des patients à rester éveillés dans une pièce sombre (quatre tests de 40 min). Ce test remplace parfois le test de maintien de l'éveil.

Dans la mesure où le diagnostic final repose sur un enregistrement des paramètres cardio-respiratoires pendant le sommeil, l'objectif de cette étape diagnostique sera d'aider à choisir les candidats prioritaires à un enregistrement en fonction de :

- la sévérité de la somnolence diurne ;

- la présence de comorbidités cardio-vasculaires (cardiopathie, antécédents neuro-vasculaires, HTA réfractaire) et/ou respiratoires (insuffisance respiratoire avec hypercapnie) ;

- le risque professionnel en termes de sécurité pour soi et pour les autres.

B. Examens complémentaires

1- La polysomnographie

La polysomnographie au laboratoire de sommeil est l'examen de référence pour le diagnostic de SAHOS. Elle permet l'enregistrement simultané de plusieurs paramètres

physiologiques permettant de reconnaître le sommeil et ses différents stades. [12]

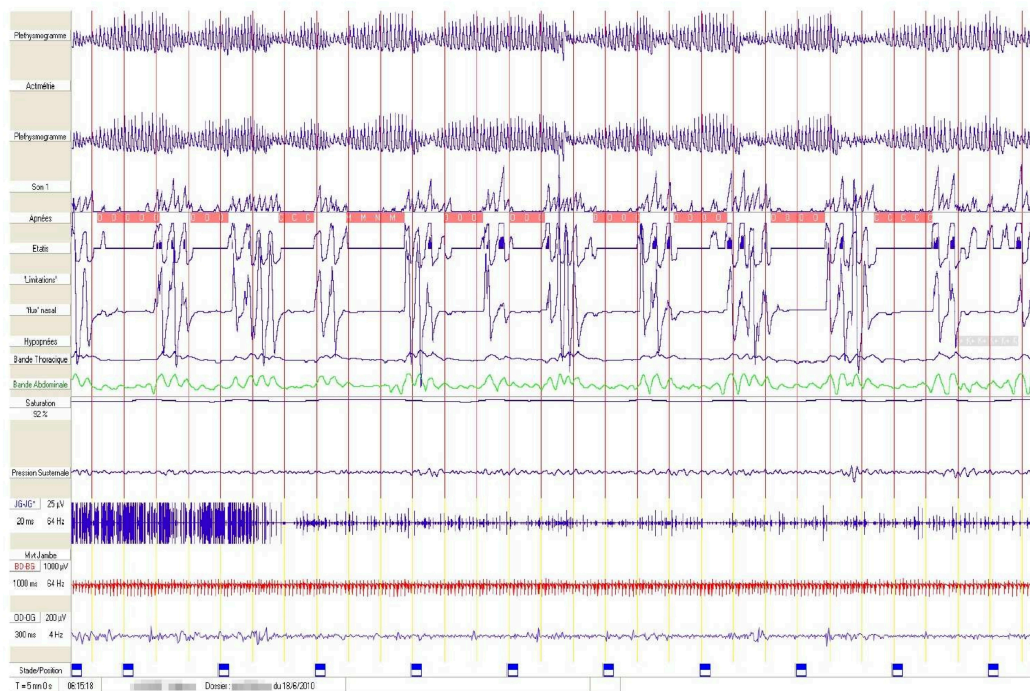
Cependant, il s'agit d'un examen coûteux et consommateur de temps.

Il est possible d'utiliser la polygraphie respiratoire ambulatoire en présence d'une présomption clinique élevée de SAHOS, en présence d'un sommeil habituellement non fractionné (c'est-à-dire sans éveil) et en l'absence d'autres troubles du sommeil associés. [11]

Les performances diagnostiques de la polygraphie ventilatoire de type III ont été comparées à la polysomnographie de type I. [13] [14] [15]

Les résultats de ces études montrent qu'un résultat positif d'une polygraphie ventilatoire chez un patient avec présomption clinique permet de confirmer le diagnostic de SAHOS avec une bonne spécificité.

Le résultat discordant d'une polygraphie ventilatoire avec l'impression clinique doit conduire à la réalisation d'une polysomnographie.



Exemple d'enregistrement polysomnographique

2- La polygraphie respiratoire

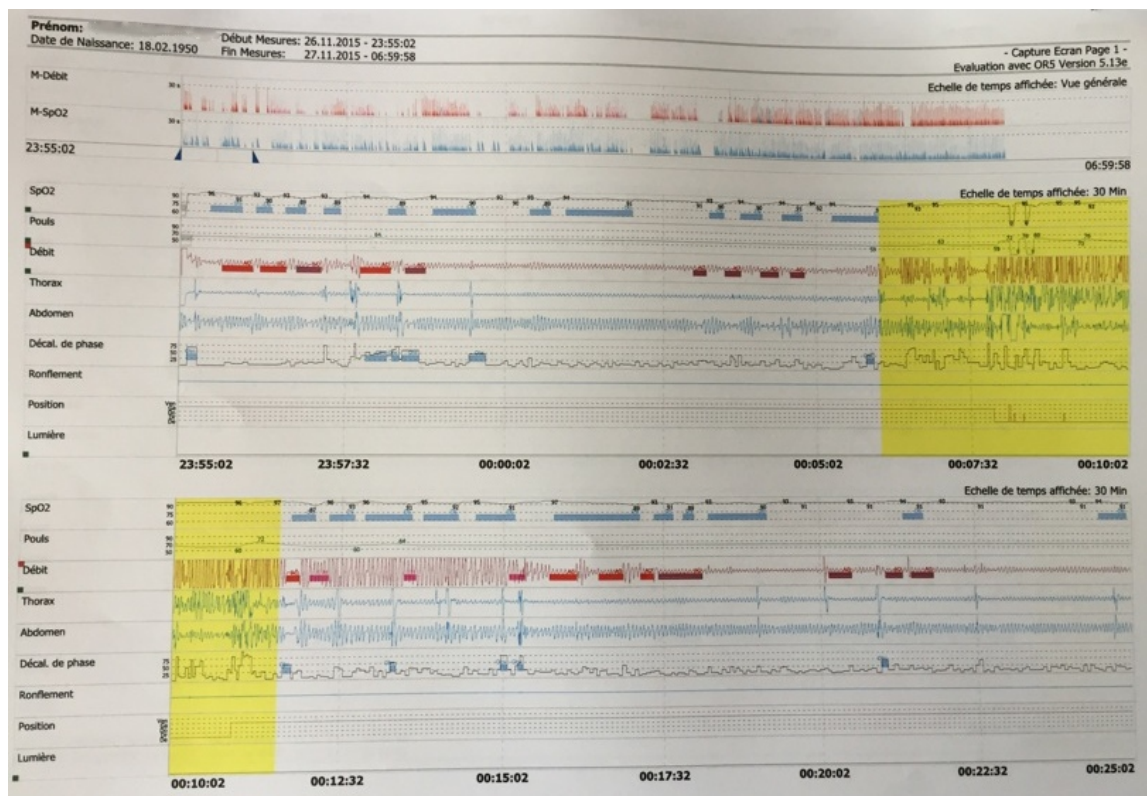
Elle est définie dans la plupart des cas comme étant une polysomnographie simplifiée comprenant un moins grand nombre de signaux mesurés. Elle peut se pratiquer au domicile du patient.

En France, la définition usitée est celle de l'Assurance maladie ^[16] : « la polygraphie respiratoire nocturne inclut la réalisation simultanée des examens suivants : mesure de la saturation sanguine en oxygène par oxymétrie et flux aérien naso-buccal, et/ou quantification des ronflements avec enregistrement des bruits trachéaux, et/ou détection des efforts respiratoires, et/ou analyse de la position corporelle, sur une période nocturne d'au moins 6 heures ».

Les indications de la polygraphie respiratoire sont ^[16] :

- la confirmation du diagnostic du SAHOS chez les patients présentant une probabilité clinique modérée à élevée de cette maladie, sans comorbidité ou autres troubles du sommeil associés ;
- le contrôle de l'efficacité du traitement du SAHOS (orthèse d'avancée mandibulaire, traitement vélo-amygdalien, chirurgie) ;
- l'évaluation de l'effet à court terme de la réduction pondérale sur le SAHOS ;
- l'évaluation de l'efficacité du traitement (chirurgical ou dentaire) chez des patients présentant des troubles respiratoires liés au sommeil et qui avaient eu une bonne réponse initiale au traitement ;
- l'évaluation de l'efficacité du traitement chez des patients qui restent symptomatiques pour des troubles du sommeil, lorsque le diagnostic initial a été réalisé avec une polysomnographie.

L'interprétation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire ne peut reposer uniquement sur une analyse automatisée. Cette analyse automatisée peut constituer une première étape pour aider à l'analyse finale des examens. Elle ne dispense pas d'une analyse systématique manuelle à partir des données brutes de tous les paramètres par un médecin ayant une compétence en médecine du sommeil. ^[16]



Exemple d'enregistrement polygraphique

III. Complications

Plusieurs études récentes ont confirmé des données anciennes sur l'implication du syndrome d'apnées dans une surmortalité. [17][18][19]

Une étude rétrospective a montré que les malades avec un indice d'apnée supérieur à 20 avaient une surmortalité plus importante (13% à 5 ans) par rapport à ceux dont l'indice d'apnée était inférieur ou égal à 20 (4% à 5 ans). [20]

Les apnées et hypopnées pendant le sommeil sont responsables de micro-éveils et d'hypoxémie. À court terme, celles-ci se traduisent par une somnolence diurne avec baisse de vigilance, difficulté à conduire et à exécuter des tâches (augmentation du risque d'accident de la route et d'accident du travail), problèmes de mémoire et de concentration, troubles de l'humeur. Ces perturbations entraînent une altération de la qualité de vie. [2]

À long terme, un SAHOS sévère (IAH > 30 apnées/hypopnées par heure) augmente la mortalité et la morbidité cardio-vasculaire.

Les complications cardio-vasculaires ont été les premières à être décrites : le SAHOS a été démontré comme un facteur de risque indépendant de l'hypertension artérielle [21][22], de la

maladie coronarienne, d'insuffisance cardiaque, d'arythmie cardiaque ^{[23] [24]}, d'accident cérébro-vasculaire ^{[25] [26] [27]}, d'intolérance du glucose et de diabète sucré type 2. ^{[28] [29]}

On voit bien que le SAHOS impacte potentiellement toutes les composantes du syndrome métabolique. L'existence d'un SAHOS multiplie par 9 le risque de présenter un syndrome métabolique (niveau de preuve 3) qui constitue un facteur de risque vasculaire (niveau de preuve 1). ^[11]

IV. Prise en charge thérapeutique

A. Bilan pré-thérapeutique ^[11]

Il est recommandé :

- de proposer une exploration fonctionnelle respiratoire à tout patient ayant un SAHOS s'il est fumeur ou ex-fumeur et/ou obèse avec un indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m² (grade B) et/ou s'il présente des symptômes respiratoires, notamment une dyspnée d'effort.
- de réaliser une gazométrie artérielle à tout patient ayant un SAHOS et présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) associée, même modérée (grade B) et/ou une obésité avec IMC > 35 kg/m² et/ou une saturation artérielle en oxygène (SaO₂) d'éveil < 94 % et/ou un trouble ventilatoire restrictif (capacité pulmonaire totale (CPT) < 85 %).
- de réaliser un examen clinique comprenant la mesure du poids, de la taille, du périmètre abdominal, une auscultation cardiaque et des gros axes vasculaires, une mesure de la pression artérielle aux deux bras en position allongée ou semi-assise après 5 minutes de repos (grade B).
- de pratiquer un examen des voies aériennes supérieures (VAS) chez tout patient atteint d'un SAHOS.
- de donner des conseils alimentaires à tout patient porteur d'un SAHOS pour obtenir une réduction pondérale (grade B), de donner une information sur les médicaments et substances à éviter (grade B), de dépister et traiter les comorbidités (accord professionnel) et de traiter une obstruction nasale (accord professionnel).

B. Ventilation nasale par pression positive continue

L'objectif du traitement par la ventilation nasale par PPC est de maintenir ouvertes les voies aériennes supérieures du patient afin d'éliminer les événements obstructifs de type apnée ou hypopnée.

Les sociétés savantes se fondent sur la valeur de l'indice d'apnées hypopnées et/ou sur la symptomatologie clinique pour établir leurs recommandations sur l'utilisation de la ventilation nasale par PPC. [4]

Certaines sociétés savantes prennent également en compte la présence d'une comorbidité cardio-vasculaire.

Dans le SAHOS sévère, caractérisé par un indice d'apnées hypopnées supérieur à 30 événements par heure ou par une somnolence diurne excessive, la ventilation nasale par PPC est recommandée de façon unanime en première intention. (American Academy of Sleep Medicine, National Institute for Clinical Excellence, Société de pneumologie de langue française, Société canadienne de thoracologie, American college of physicians).

Dans le SAHOS léger à modéré, les recommandations sur l'utilisation de la ventilation nasale par PPC diffèrent selon différents critères : prise en compte de la symptomatologie, de la comorbidité cardio-vasculaire, fixation d'une valeur seuil minimale pour l'IAH.

Près de 490 000 patients ont bénéficié d'une ventilation nasale par PPC en 2012 en France (doublement du nombre de patients traités depuis 2006), et près de 530 000 patients en 2013.

Le bénéfice du traitement du SAHOS par la ventilation nasale par PPC est formellement démontré en ce qui concerne les symptômes de la maladie et la qualité de vie. [4]

Cependant, l'effet bénéfique de la ventilation nasale par PPC sur la morbi-mortalité cardio-vasculaire n'a été observé que pour les patients dont l'observance était au moins égale à 4 heures par nuit.

Ce traitement reste une thérapeutique contraignante, d'où un abandon précoce par certains patients ou une mauvaise observance avec une utilisation de la PPC parfois aléatoire.

C. Orthèse d'avancée mandibulaire

Le principe mécanique de l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) est de dégager le carrefour aéro-pharyngé en maintenant une propulsion forcée de la mandibule pendant le

sommeil, prenant appui sur les structures maxillaires. ^[30]

Les données de la littérature montrent la supériorité des OAM par rapport à l'absence de traitement. Les OAM diminuent les troubles respiratoires du sommeil et la somnolence diurne. Les méta-analyses ayant comparé les OAM à la PPC ^{[31] [32] [33]}, montrent la supériorité de la PPC sur la réduction de l'indice d'apnées hypopnées. Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre la ventilation nasale par PPC et les OAM sur la réduction de la somnolence diurne.

Les recommandations des sociétés savantes sont discordantes quant à la place des OAM par rapport à la ventilation nasale par PPC dans la prise en charge du SAHOS. ^[4]

Dans le SAHOS sévère, les OAM sont proposées en cas d'échec de la ventilation nasale par PPC. En effet, la persistance d'apnées sous OAM, contrairement au traitement par ventilation, peut impacter la morbidité et la survie.

D. Traitement chirurgical

L'analyse globale de la littérature concernant la chirurgie du SAHOS démontre une efficacité moindre par rapport à l'OAM et à la ventilation nasale par PPC, à compliance égale. ^[34]

La chirurgie peut être proposée pour le traitement du SAHOS dans les trois situations suivantes :

- en intention initiale de guérir,
- en aide à la compliance à la ventilation nasale par PPC ou à l'OAM,
- en solution de recours en cas d'échec des autres traitements.

Les indications de la chirurgie doivent prendre en compte les anomalies anatomiques observées au cours de l'examen clinique ORL, l'index d'apnée/hypopnée et les autres paramètres de l'enregistrement du sommeil, la qualité de vie du patient et les facteurs de comorbidité.

Pour un SAHOS sévère ^[11] :

- La chirurgie vélo-amygdalienne n'est recommandée qu'en cas d'hypertrophie amygdalienne majeure, en l'absence d'obésité et de comorbidité sévère (accord professionnel).

- La chirurgie d'avancée des maxillaires est recommandée chez les patients refusant ou ne tolérant pas la ventilation nasale par PPC et l'OAM, en l'absence d'obésité et de comorbidité sévère (accord professionnel).

Pour un SAHOS modéré à léger :

- La chirurgie vélaire ou linguale, selon le site obstructif, n'est recommandée que chez les patients refusant ou ne tolérant pas la ventilation nasale par PPC et l'OAM, en l'absence d'obésité et de comorbidité sévère (accord professionnel).

DEUXIEME PARTIE : Matériel et méthode

I. Choix de la méthode

A. Etude qualitative

La méthode que nous avons choisie est celle de l'étude qualitative et descriptive.

Plusieurs études ont été menées en France, ces dernières années, sur la pratique des médecins généralistes dans la prise en charge du SAHOS : toutes étaient quantitatives. Le but de notre étude qualitative est de fournir un éventail d'idées, d'expériences ou de réactions personnelles sur le sujet. Il ne s'agit pas d'explorer uniquement ce qui se passe mais aussi de savoir pourquoi.

En effet, l'étude qualitative ne sert pas à quantifier mais consiste plutôt à décrire, à comprendre et à expliquer des phénomènes particuliers. Elle répond à des questions telles que « qu'est-ce qui se passe ? », « pourquoi ? » et « comment ? », et non pas « combien ? » ou « à quelle fréquence ? », comme c'est le cas dans les recherches quantitatives. ^[35]

La recherche qualitative permet donc « d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur ». ^[36]

C'est une méthode principalement basée sur l'observation et sur l'écoute, mettant en valeur et décrivant le discours mais aussi les attitudes des personnes interrogées. L'enquêteur doit s'efforcer d'intervenir au minimum pour ne pas influencer les données recueillies.

B. Par entretiens individuels semi-dirigés

Nous avons opté pour la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés, conduits auprès de médecins généralistes de la région PACA, et plus particulièrement du Var et des Alpes-Maritimes.

L'entretien semi-dirigé est une méthode de recherche qualitative. Il sert à l'étude des représentations ainsi qu'à l'étude des comportements ^[37].

L'entretien est partiellement structuré et utilise une grille préétablie de questions ouvertes appelée « guide d'entretien ». Ce guide sert de fil conducteur qui reprend la liste des thèmes à aborder. Son plan reste souple et l'enquêteur peut l'adapter, au cours de

l'interview, selon les personnes et le déroulement de la séance.

Il existe aussi des sous-questions, dites « de relance », qui permettent d'amener les points importants si le médecin ne les a pas développés spontanément. [38] [39]

Notre guide d'entretien est composé de questions ouvertes, ce qui permet aux médecins interrogés d'avoir plus de liberté dans leurs réponses. Ils peuvent partager leur vécu, leurs attitudes, leurs comportements, leurs opinions sur le syndrome d'apnée du sommeil et sa prise en charge en cabinet. Ils ne sont pas limités dans leur discours comme dans une enquête par questionnaire.

Les outils quantitatifs de l'épidémiologie et des essais randomisés sont connus et bien décrits. Cependant, ils ne permettent pas de répondre à la totalité des questions soulevées par l'exercice quotidien. La recherche qualitative peut aider à combler ce manque. [40]

II. Sélection de l'échantillon

A. Caractéristiques de l'échantillon

Pour obtenir un échantillon riche, les critères d'inclusion ont été larges. Les médecins retenus pour participer à cette étude devaient être titulaires du doctorat de médecine générale et installés en cabinet de ville dans le Var ou les Alpes-Maritimes.

L'échantillon de médecins devait être diversifié, sans chercher à être représentatif, afin de regrouper des approches et des points de vue différents sur le sujet. En effet, l'échantillonnage en étude qualitative n'a pas pour but la représentativité statistique. [37]

Les critères qui ont guidé le recrutement étaient : l'âge, le sexe, le milieu d'exercice (rural/urbain), la pratique, ou non, de la polygraphie ventilatoire ambulatoire.

Ces critères étaient considérés comme des variables susceptibles d'influencer les résultats.

B. Recrutement

Les médecins ont été contactés de plusieurs manières :

- Au hasard, à partir d'une recherche dans l'annuaire des Pages Jaunes, en fonction des critères définis ci-dessus.
- Dans l'entourage professionnel de l'enquêteur.
- Par la technique de proche en proche, consistant à demander aux médecins interrogés le

nom d'autres médecins susceptibles d'accepter l'étude.

Pour la pratique de la polygraphie ventilatoire, nous avons essayé de contacter les médecins généralistes la pratiquant, à l'aide de deux organismes spécialisés dans l'oxygène à domicile. Ces organismes n'ont pas accepté de révéler les noms de ces médecins. Nous avons donc opté pour la technique de proche en proche.

Les médecins ont été recrutés lors d'un entretien téléphonique, avec une présentation très brève du thème de l'enquête, à savoir l'étude sur une pathologie du sommeil. Le sujet central de l'étude n'était pas précisé avant les rencontres afin de permettre un entretien spontané et sans réflexion au préalable et de limiter ainsi certains biais.

C. Taille de l'échantillon

Le nombre de médecins inclus dans l'échantillonnage n'a pas été établi à l'avance.

En recherche qualitative, les échantillons sont composés de moins de trente individus. Ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais la qualité. ^[41] La taille de l'échantillon est déterminée au cours de la réalisation de l'étude elle-même. En effet, l'analyse des données se fait au fur et à mesure des entretiens. Lorsque celle-ci n'apporte plus de nouveaux éléments, on considère que l'on est face à une saturation des données et le recueil s'arrête.

III. L'entretien

A. Guide d'entretien

1- Elaboration

Les données de la littérature portant sur le syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil et sa prise en charge par les médecins généralistes ont été recueillies et analysées. Ces données ont fait ressortir une liste de thèmes pertinents. Ces thèmes ont été ensuite regroupés en plusieurs parties, qui constituent la trame du canevas d'entretien (annexe 1).

L'élaboration du guide d'entretien s'est donc articulée autour de quatre parties :

- La description de la prise en charge du SAHOS, de la suspicion clinique jusqu'au suivi et la mise en avant du rôle du médecin généraliste dans cette pathologie ;
- Les difficultés rencontrées à chaque étape ;
- La place de la polygraphie ventilatoire ambulatoire en médecine générale ;

- Les pistes pour améliorer la pratique et les connaissances.

Une dernière partie s'intéresse aux caractéristiques des médecins interrogés. Il s'agit d'un questionnaire quantitatif qui permet de décrire l'échantillon de l'étude.

2- Validation

Ce guide d'entretien a été soumis à deux médecins généralistes faisant partie du département de Médecine générale de Nice, lors d'une cellule qualitative. Des modifications ont été apportées pour que certaines questions soient plus ouvertes et neutres.

B. Organisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de février 2016 à octobre 2016. Ils ont tous été réalisés aux cabinets médicaux des participants, sauf un entretien qui a eu lieu lors d'un déjeuner à l'extérieur.

Au début de chaque entretien, une fiche d'information et de consentement a été remise aux médecins, leur expliquant les différentes étapes de l'enquête et le caractère anonyme de celle-ci. Le consentement des participants a donc été recueilli, à la fois par oral et par écrit, via ce formulaire. A ce stade, le sujet précis de l'étude n'était toujours pas mentionné afin de pouvoir débiter l'entretien par un cas clinique.

Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique ainsi que d'un téléphone portable, puis retranscrits mot à mot, sans modification ni reformulation. Cette retranscription s'est faite dans les jours qui ont suivi l'entretien.

Après les trois premiers entretiens, le questionnaire a légèrement été modifié, certaines questions ont été reformulées et des questions de relance ont été rajoutées.

C. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée, au fur et à mesure, après chaque entretien, à l'aide du logiciel NVIVO.

Chaque entretien a été analysé individuellement une première fois : il s'agit de l'analyse longitudinale, qui permet de dégager les thèmes.

Puis, le matériel a été analysé dans son intégralité afin de rendre compte de la cohérence thématique inter-entretiens, ce que l'on nomme : analyse transversale.

Ces deux étapes ont permis le codage : chaque mot clé ou groupe de mots ou idée a été répertorié, puis classé et regroupé en formant des thèmes et des sous-thèmes.

À partir de ce codage, une interprétation a pu être réalisée.

TROISIEME PARTIE : Résultats

I. Résultats quantitatifs

A. Entretiens

Nous avons réalisé 17 entretiens individuels semi-dirigés de février à octobre 2016. La durée moyenne des entretiens a été de 17 minutes, le plus court étant de 11 minutes et le plus long de 26 minutes.

B. Description de l'échantillon

1- Etat civil

- Sexe :

Onze hommes (64,7 %) et six femmes (35,3%) ont participé à l'étude.

- Age :

L'âge moyen des participants était de 49,7 ans.

Le plus jeune avait 28 ans et le plus âgé 69 ans.

2- Lieu d'exercice

12 médecins exerçaient en milieu urbain et 5 médecins en milieu rural.

3- Maître de stage

Quatre participants étaient maîtres de stage.

4- Nombre de patients par jour

Le nombre moyen de patients par jour pour les médecins était de 27,23, le plus petit nombre étant de 10 patients par jour et le plus grand étant de 45.

5- Nombre de patients présentant un SAHOS

Le nombre moyen de patients présentant un SAHOS dans la patientèle des médecins était de 18, le nombre le plus important étant de 40 et le plus petit étant de 3.

6- Pratique de la polygraphie ventilatoire

Le nombre de médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire ambulatoire en cabinet de médecine générale était de 4.

II. Résultats qualitatifs

A. Description de la prise en charge du SAHOS par les médecins généralistes : de la suspicion clinique au suivi

1- Suspicion clinique

a) Réponse au cas clinique

Seulement deux médecins généralistes ont donné une autre réponse que SAHOS :

« Ça peut être de l'insomnie... » MG 1

« Je dirais un syndrome anxio-dépressif sous-jacent et... Il faut le bilanter, il faut voir un petit peu ça. Le bilan a été fait ou pas ? » MG 6

b) Types de patients

Les médecins décrivent, le plus souvent, des patients de sexe masculin, âgés entre 50 et 70 ans, en surpoids et ayant des comorbidités. Plus rares sont ceux qui mentionnent des femmes, minces.

. Sexe

« Alors, le plus souvent, ce sont des hommes, fréquemment, en surpoids, ... qui sont souvent des fumeurs. » MG 2

« Il n'y a pas de patients types. Bon, le patient type habituel, c'est le sujet enrobé, à cou court, masculin, fumeur, qui ronfle. Mais, on voit ça aussi chez des gens qui ont un morphotype différent : des femmes... Enfin, il n'y a pas de morphotype particulier. » MG 3

« Souvent en surpoids, pour un homme... » MG 9

« Après, on est parfois surpris : c'est-à-dire que... je crois que la dernière que j'ai vue, c'était une femme. » MG 10

. Age

« Non, ce sont des patients d'une cinquantaine d'années, en surpoids, atteints du syndrome métabolique... » MG 15

« Je dirais qu'en gros, c'est le patient un peu pléthorique, entre 50 et 70 ans. » MG 10

. Poids

« Ce sont des patients qui sont assez pléthoriques, grands, costauds, ... ou petits, costauds. » MG 1

« Patients obèses... » MG 11

« Ah bah, s'ils sont gros, ça m'arrange ! Mais comme j'ai déjà eu des diagnostics de gens maigres qui faisaient de l'apnée du sommeil, du coup... » MG 13

« La plupart du temps, des patients en surcharge pondérale, voire vraiment avec une vraie obésité. Essentiellement. Ça, c'est le critère que j'ai retrouvé chez les... quasiment, on va dire 98% des patients. Il y a quelques cas où ce sont des patients minces, mais bon... c'est vraiment très, très rare. » MG 14

. Comorbidités

« Alors, en général, ce sont des patients polypathologiques. » MG 2

« Déjà, il y a tous les patients diabétiques, hypertendus ou avec des maladies cardiovasculaires. Et puis, après, il y a ceux qui sont en surcharge pondérale, ceux qui ont des dépressions, des troubles de dysfonctionnement érectile, des céphalées matinales non expliquées... parfois même, des fois, des problèmes de dépression... » MG 17

« Effectivement, il a souvent une hypertension, un petit syndrome métabolique... » MG 10

c) Contexte clinique

L'hypersomnie diurne, l'asthénie et les ronflements sont les symptômes les plus fréquemment retrouvés par les médecins. Certains symptômes, comme la nycturie, ne sont abordés qu'une seule fois.

. Hypersomnie diurne

« ... mentionnent manifestement une somnolence diurne, enfin, plutôt de l'après-midi, la nécessité de faire une sieste... Et une fatigabilité, enfin, une fatigue. » MG 1

« Systématiquement, c'était une hypersomnie diurne. » MG 4

« L'asthénie diurne. Les gens qui me disent qu'ils sont fatigués tout le temps, quoi. » MG 14

. Asthénie

« ... l'asthénie chronique, énormément. » MG 10

« Ah, tous ceux qui sont fatigués et sur lesquels je ne trouve rien. » MG 13

« Les gens qui me disent qu'ils sont fatigués tout le temps, quoi. » MG 14

. Ronflements

« En général, ce sont les ronflements, les troubles du sommeil... C'est le conjoint qui s'en plaint. » MG 6

« Et puis, il y en a un qui n'avait pas de compagne pour dire qu'il ronflait mais bon, vu le gabarit, on s'en doutait. » MG 11

. Pauses respiratoires

« L'épouse lui disait qu'il faisait des pauses, donc... » MG 15

« Souvent, c'est soit le conjoint qui dit qu'il a beaucoup de ronflements ou de difficultés à respirer la nuit, qu'il fait des pauses respiratoires, soit le patient lui-même, qui dit qu'il est fatigué et que, parfois, il se réveille la nuit avec des grandes inspirations. » MG 2

« Quelques fois, c'est le conjoint qui se plaint d'avoir remarqué des pauses respiratoires pendant la nuit, pendant le sommeil. Ce sont souvent des gens qui ronflent... » MG 8

. Hypertension artérielle rebelle

« Du coup, vu que pour la tension, il y avait plusieurs traitements déjà en route, et que la cardiologue l'avait déjà vu, je m'étais dit : « on va suspecter ça aussi ». MG 11

« Assez souvent, ils ont une hypertension artérielle rebelle... » MG 8

. Céphalées

« ... quand il se plaignait de troubles du sommeil, de céphalées matinales, de fatigue un peu inexpliquée. » MG 9

« ... après une nuit de mauvaise qualité, endormissements postprandiaux, céphalées, ... » MG 7

. Accidents de voiture

« La personne qui me dit qu'elle s'endort au volant, qui s'est endormie d'ailleurs en causant un accident... » MG 12

« ... des accidents de voiture à répétition... » MG 16

« Systématiquement, c'était une hypersomnie diurne. Ou alors, un patient... qui s'endormait au volant. » MG 4

. Nycturie

« ... la polyurie nocturne aussi, la nycturie. » MG 7

d) Répercussions du SAHOS sur les patients

Les médecins sont conscients que le SAHOS a un impact sur la qualité de vie des patients et qu'il représente un risque cardio-vasculaire et neuropsychique.

. Répercussions sur leur qualité de vie

« Ils sont somnolents et fatigués dans la journée, donc, ils ne peuvent pas vivre correctement et ça a une incidence personnelle et professionnelle manifeste. » MG 1

« Ça nuit un petit peu à leur confort de vie. » MG 6

« L'apnée du sommeil, c'est vraiment handicapant. Ce sont des gens qui ont donc, une asthénie, un trouble de la concentration, trouble de la mémoire, qui souvent peuvent être un petit peu... pas désocialisés, mais disons que dans la famille, ils finissent par décrocher un peu. Dans la discussion, souvent, ils ont du mal à se concentrer... En fait, ils sont toujours un peu ensuqués. » MG10

« Dans la vie quotidienne, ils sont moins performants, enfin moins performants dans le sens où ils disent : « on arrive moins à... ». Ils n'ont plus d'activité physique souvent. » MG 14

« Ce sont des gens qui ont une fatigue chronique. Donc, c'est vrai que s'ils travaillent, s'ils... ça leur pose des problèmes de confort de vie. » MG 16

. Problèmes cardio-vasculaires

« Le syndrome de l'apnée du sommeil, ça multiplie par... je n'ai plus en tête, mais de l'ordre de 5, les risques cardio-vasculaires. Ça complique les diabètes, ça... Enfin, c'est énorme, c'est énorme. » MG 3

« ... hypertension, risque d'AVC, ... Non, c'est important de le dépister. » MG 4

« ... la prise de poids, hypertension artérielle, complications cardiovasculaires. » MG 8

« Après, il y a des conséquences cardio-vasculaires... » MG 9

« Et puis, il y a toutes les pathologies associées. Il faut penser que ça a un rapport, ça peut être non seulement une hypertension... Mais il y a un rapport avec le diabète, il y a un rapport avec les maladies cardio-vasculaires... » MG 10

« Donc, ça joue sur l'asthénie, sur l'hypertension, sur les troubles parfois du rythme... Donc, prévention des AVC... » MG 12

. Troubles de l'humeur

« ... peut-être, sur le plan de l'humeur, sur le plan de... » MG 5

« ... psychique, ils sont fatigués dans la journée, donc effectivement, ça retentit sur le moral. Ils font moins de choses, ils sont moins actifs... Et donc du coup, un peu déprimés. » MG 4

. Troubles cognitifs

« J'ai lu, il n'y a pas longtemps, que ça favorisait l'apparition des troubles cognitifs... » MG 3

« Pour moi, c'est un ralentissement cérébral qui peut arriver avec des pertes cognitives importantes, jusqu'à aller avec des accidents, des accidents de voiture, des accidents de la vie courante qui vont détériorer sa santé. » MG 5

« ... mais éventuellement quelques petits troubles amnésiques légers... » MG 7

. Risque d'accidents

« Asthénie diurne, qui peut même provoquer des accidents, s'ils s'endorment... A la limite, le pickwick. » MG 8

« J'ai déjà eu le cas, je vous l'ai dit, d'un patient qui a eu un accident de voiture, qui a failli se retrouver dans le ravin, puisqu'il a été arrêté par la barrière de sécurité... » MG 12

2- Attitude diagnostique

La grande majorité des médecins adresse les patients aux spécialistes. Ceux pratiquant la polygraphie ventilatoire font eux-mêmes le diagnostic et en expliquent les modalités. Les difficultés rencontrées sont les symptômes peu spécifiques, le manque de connaissances et de temps.

a) Envoi au pneumologue

« Alors..., on l'adresse directement au pneumologue, pour savoir si on lui fait une polysomnographie ou si on lui fait le test à domicile, si on lui fait le test en milieu hospitalier, spécialisé. » MG3

« Alors, moi, en général, je l'envoie chez le pneumologue qui lui fait les tests d'apnée du sommeil. » MG 9

« J'envoie chez le pneumologue pour avoir confirmation par un enregistrement. » MG 14

« Normalement, je l'adresse à un spécialiste. Donc, classiquement, moi je l'adresse au pneumologue, si c'est moi qui le décide. C'est vrai que les cardios maintenant sont beaucoup plus en alerte, mais moi, c'est plutôt le pneumologue. Donc, il y a une polysomnographie qui est pratiquée, et après, si c'est confirmé, appareillage, et après, souvent, je l'adresse aussi au cardio... » MG 16

b) Diagnostic par le médecin généraliste

« Dès que je suspecte, je leur demande de revenir pour un rendez-vous. Des fois, c'est le soir même. Si je vois dans la journée qu'ils sont libres le soir, ils reviennent le soir. Sinon, on se fixe un rendez-vous rapidement, le lendemain, surlendemain, dans la semaine. Ils viennent avec juste un t-shirt pour dormir et puis, je le leur installe. Le lendemain, ils reviennent avec l'appareil et je leur dis de suite. C'est moi qui fais tout. » MG 12

« C'est une société prestataire qui me loue le matériel et le technicien pour la mise en place, qui vient sur rendez-vous à mon cabinet, où le patient est convoqué à la même heure. On l'équipe ensemble. Je vérifie le montage et il repart chez lui, passe la nuit avec son matériel. Le prestataire récupère le matériel le lendemain et après ça, le... Moi, j'en ai

pour une quinzaine de jours à faire le dépouillement et à pouvoir rendre le dossier au patient avec le diagnostic et indiquer l'appareillage derrière. » MG 7

« Eh bien, j'ai une société qui me loue le matériel. Je fais venir les patients au cabinet, je les équipe, je leur montre comment ça fonctionne. Ils repartent à la maison. Ils utilisent le matériel la nuit et le lendemain matin, la société qui me loue le matériel récupère le matériel et m'envoie les courbes. » MG 8

« Je pose l'appareil au patient le soir. Il vient le soir vers 17h30-18h00. Je lui pose l'appareil, j'enregistre son heure de départ, à quelle heure il est susceptible de dormir, à quelle heure il est susceptible de se réveiller et puis, il a juste deux choses à faire : à mettre la saturométrie et les lunettes dans le nez avant de se coucher. Et le matin, il nous ramène la mallette avec tout l'enregistrement. » MG 17

c) Difficultés diagnostiques rencontrées

« L'apnée du sommeil, c'est délicat. C'est un diagnostic qui n'est pas très facile à faire. » MG 1

. Symptômes non spécifiques

« Comme je l'ai dit, des fois, ce n'est pas forcément évident. Le gars qui arrive en disant : « Oui, je m'endors trois fois par jour. J'en peux plus », on lui fait un bilan sanguin, il est normal... A un moment donné, si on n'y pense pas, c'est qu'on ferme les yeux. Maintenant, la difficulté, elle va être sur des cas qui ne sont pas forcément évidents, de gens qui ne vont pas forcément se plaindre justement de ça... On parlait de l'hypertension, mais quelqu'un qui va avoir une hypertension déséquilibrée, sans forcément d'autres symptômes... c'est pas forcément la première chose qui vient à l'idée... Il y a, je pense, une grosse partie des syndromes d'apnée du sommeil qui ne sont pas invisibles, mais pas loin, et je pense que si on testait tout le monde, on aurait des surprises. » MG 15

« Alors c'est vrai que quand ils disent qu'ils sont fatigués, une fois, deux fois, en fait c'est peut-être au bout de la quatrième fois... que je me dis bon, il y a peut-être autre chose par dessous. Enfin, ce n'est pas le premier diagnostic qui me vient à l'esprit forcément. Oui, d'abord on élimine... d'autres choses. » MG 14

« Souvent, le patient arrête dans la chronologie de la consultation pour le même motif. Donc, du coup, c'est pas que le médecin n'y a pas pensé, mais comme il est venu une fois

pour sa fatigue, sa prise de sang, elle est normale... Souvent, la plupart ne reviennent même pas pour faire voir la prise de sang, alors... Donc, vous imaginez, si à la quatrième consultation, on lui propose un enregistrement du sommeil... Souvent, ils ne vont pas jusqu'à la quatrième... » MG 13

. Compétences et formation requises pour la confirmation diagnostique

« ... enfin, à mon avis, c'est plus du domaine du spé que du domaine du médecin généraliste. Quand on veut tout faire, on ne fait rien de bien. » MG 3

« ... je pense que ce sera beaucoup mieux interprété par le pneumologue et... c'est surtout de passer à côté de certaines choses... Mais bon, je pense qu'avec un peu d'entraînement, ça doit être facile à analyser aussi. Par contre, je suis plus pour que chacun garde un peu son domaine. » MG 11

« Et après, il faut, je pense, quand même, une structure adaptée, avoir le matériel adapté et l'habitude pour le faire bien et avec... une bonne qualité d'examen. » MG 2

« Peut-être que j'aurais peur que la prise en charge ne soit pas complète. Oui voilà, que peut-être on passe finalement à côté, malgré tout, d'autres choses, d'une autre pathologie sous-jacente, qui ne serait pas diagnostiquée, en plus. » MG 14

. Manque de temps

« Après, tout dépend des activités du médecin. Moi, j'ai beaucoup d'activités, donc je n'ai pas vraiment le temps à consacrer à ça. » MG 13

« Les freins, c'est pour nous... c'est du temps en plus à passer avec le patient, pour un bénéfice... aujourd'hui, on n'a pas tellement le besoin dans l'urgence de ce genre de choses. Et on est complètement débordés donc... » MG 15

3- Attitude thérapeutique

La plupart des médecins, en dehors de ceux pratiquant la polygraphie ventilatoire, laissent la partie thérapeutique aux spécialistes. Seulement trois d'entre eux mettent en avant l'importance des règles hygiéno-diététiques. Dans l'ensemble, ils reconnaissent les bienfaits du traitement sur les patients, le problème de tolérance et d'observance. Les difficultés à la mise en place du traitement en médecine générale sont également le manque de connaissances et de temps.

a) Prise en charge par les spécialistes

« Ah oui, c'est lui qui met tout en place. Après, je ne gère plus. Enfin, je délègue, quoi. C'est le pneumologue qui fait tout. » MG 14

« Nous, après, on reste un petit peu..., pas tout à fait en dehors, mais on reçoit les relevés des 2 ou 3 entreprises qui s'occupent de ça, et puis, ensuite, on suit cliniquement l'évolution. Il vaut mieux s'adresser à des gens qui savent faire. » MG 3

« On n'y est pour rien, nous, dans le traitement. On ne va pas y aller, on ne va pas... On n'y comprend rien. Parce qu'en fait, c'est vachement technique. On n'y comprend rien. Ce n'est pas notre métier. » MG 3

« Après, maintenant, parfois, on parle aussi d'orthèses d'avancée mandibulaire, de choses comme ça, donc les gens, dans la pratique, essayent, mais ça marche rarement. Puis, ils finissent souvent par être appareillés quand même. » MG 15

b) Prise en charge par le médecin généraliste

. Règles hygiéno-diététiques

« Donc c'est quand même une aide momentanée. Il faut rappeler les règles hygiéno-diététiques, la perte de poids en général, parce que ça compte beaucoup dans l'existence de l'apnée du sommeil. Donc, ce matin, la personne que j'ai vue, avait 15kg de trop. Pour beaucoup d'ailleurs, quand ils perdent du poids, ça s'améliore très nettement. » MG 1

« Et puis, il y a l'activité physique, tout ce qui est hygiéno-diététique. » MG 10

« Notre boulot, c'est de leur faire perdre du poids, dans la majorité des cas. » MG 3

. Ventilation par Pression Positive Continue

« Je travaille avec deux prestataires... Je leur envoie un mail en disant qu'il faut appareiller telle personne... Je leur donne les coordonnées, je leur mets dans la pièce jointe le rapport de polygraphie et puis après, dans les trois jours, le prestataire intervient chez la patiente ou chez le patient. » MG 17

« Une fois qu'on a l'IAH supérieur à 22, ... pour la sécu, classiquement, on est entre 25 et 30 pour commencer à les traiter, on indique la pose d'une PPC, pression positive continue

nocturne, avec des réglages standard, entre 4 et 6 de pression respiratoire. Donc, on prescrit, on fait ça sur un bon de prise en charge spécifique, en joignant la polygraphie, qui indique formellement l'indication de l'appareillage et puis, ... et puis, pas de soucis particuliers. » MG 7

« Je les vois une fois en consultation spécifique avec les résultats et je leur explique l'appareillage nocturne. » MG 8

c) Retours des patients sur le traitement

. Diminution de l'asthénie

« En général, il y a quand même des beaux retours, justement, parce qu'ils ne sont plus fatigués la journée. » MG 11

« Ils retrouvent plus de dynamisme, ils sont moins fatigués, il y a moins de plaintes somatiques sur pas mal de points de vue aussi... C'est-à-dire qu'ils sont moins dans la plainte. » MG 14

« Et bien voilà : « Je dors mieux », « Je ne suis pas fatigué la journée », « Je me sens mieux », « Je fais plus de choses », « Je ne m'endors pas au volant ». MG 15

« Alors, en général, ils vont beaucoup mieux parce qu'ils ont beaucoup moins de somnolence diurne. Ça, ils le ressentent tout de suite. Et c'est d'ailleurs là-dessus qu'on arrive à les accrocher, à les appâter. » MG 8

. Amélioration de l'hypertension artérielle

« En plus, quand ça marche bien sur la tension, des fois, on arrive à carrément supprimer les traitements, donc ça veut dire moins de comprimés à prendre. » MG 11

« C'est surtout... toujours sur ce symptôme facile... enfin, l'asthénie. Après, sur le plan cardiaque, il y a beaucoup de bons retours. D'après les cardiologues, ça améliore quand même leur fonction cardiaque, l'hypertension... » MG 16

« C'est vrai que les derniers sont beaucoup plus rayonnants, avec un confort de vie qu'ils verbalisent. La tension se stabilise aussi. » MG 5

. Incidence sur le diabète

« J'ai beaucoup de diabétiques aussi, et sur le diabète, ça a une incidence sur les chiffres. » MG 16

. Bienfaits au niveau du couple

« Ça posait des problèmes dans les couples parce qu'ils ne dormaient plus dans la même chambre parce que la machine faisait extrêmement de bruit, alors que maintenant, finalement, ça fait moins de bruit que quand ils ronflaient, donc... Il y a même un bénéfice au niveau du couple. » MG 11

. Dépendance à l'appareillage

« A 80%, ils sentent les bienfaits directement. Quand ils ne les sentent pas, ils laissent tomber. Par contre, j'ai des patients qui étaient réticents au départ, et qui maintenant, mettent ça dans le slip... dans la valise quand ils partent en voyage, parce qu'ils ne peuvent plus s'en passer. » MG 12

« Maintenant, encore une fois... enfin, j'ai peut-être des patients complaisants, mais tous les patients qui avaient réellement un vrai syndrome d'apnée du sommeil et qui ont commencé à être traités, ne s'arrêtent plus... parce qu'ils sont tellement bien avec le traitement... et des fois, ils me disent : « Je pars une semaine en vacances, je ne prends pas ma machine, quand je reviens, je suis content de l'avoir ». MG 15

« Il y en a qui me disent : « j'ai hâte... je suis parti en Corse, j'ai oublié de prendre mon appareil, je suis rentré aujourd'hui, j'ai hâte de rentrer ce soir et d'aller dormir pour mettre mon appareil ». Ça, c'est un succès pour moi. » MG 1

d) Difficultés à la mise en place du traitement

. Tolérance

« La seule difficulté, je dirais, c'est le fait qu'il ne supporte pas la machine, et qu'on ne sait pas trop quoi dire comme alternative. » MG 1

« La seule chose, au départ, il peut y avoir parfois des petits problèmes de masque, de fuite de masque, de mauvaise... de taille mal adaptée... Il y a souvent aussi une lune de miel, ça veut dire qu'il faut vraiment qu'ils s'adaptent, et tu as quelques fois la compagne qui te

dit : « mais enfin, ça fait du bruit ! Moi, ça me réveille. Et puis une fois que je suis réveillée, je n'arrive plus à m'endormir avec ce bruit ». Ce sont des choses qu'il faut gérer. C'est ça les difficultés, je pense. » MG 10

« ... ils ne supportent pas l'appareil. Je ne sais pas, mais essayez de dormir avec un appareil à pression positive qui vous envoie des coups de bélier dès que vous faites de l'apnée... La tolérance, il faut vraiment que ça soit des grosses apnées pour que le bénéfice... Parce que le type qui va venir vous voir, il ne va pas vous dire : « Docteur, je m'endors pendant les repas ». Celui-ci il va avoir l'appareil, il va être content. Tous les autres, malheureusement, entre « si ça se débranche », « j'ai le nez bouché », « j'ai la gorge sèche », ... « je bouge dans le lit, l'appareil se déplace ». Non, je pense que c'est une tolérance très difficile. Et puis, comme il n'y a pas d'autres alternatives pour l'instant entre cet appareillage et rien du tout... » MG 13

« Souvent ils ne supportent pas trop l'appareil, ça fait du bruit, ça gêne le conjoint... Et puis, y a des fuites... » MG 14

. Observance

« C'est vrai que c'est très long à supporter, à accepter cet appareil... On se donne au moins un mois, un mois et demi à deux mois pour tolérer... Bon, j'ai eu des patients qui ont abandonné, de toute façon. » MG 17

« Il y a un patient sur dix qui envoie tout balader. Ils ne veulent pas le faire parce que pour eux, c'est trop contraignant. On insiste, on leur explique, mais en général, la partie est perdue. Ils ne veulent plus rien savoir. Donc, ils abandonnent tout. » MG 6

« L'observance. » MG 8

. Formation

« Il faut être formé par contre. Moi, avant d'être sensibilisé à ça, j'ai laissé passer beaucoup d'apnées du sommeil, beaucoup de fatigues, d'asthénies... donc, prescription de médicaments, parfois, même pour des apnées du sommeil, pour les faire dormir, pour un tas de choses. Donc, je faisais fausse route. Mais depuis que je suis plus sensibilisé, diagnostic plus précis, moins de fatigue. On arrive à traiter avec ça. » MG 12

« Alors, après..., il faut quand même aussi avoir une compétence. Donc, il faut faire une

formation... on ne peut pas tout faire, on ne peut pas tout garder, parce que c'est un manque de temps, manque de pratique. De toutes les manières, les réglages de machines, tout ça, ça nous échappe. » MG3

4- Suivi

Dans l'ensemble, les médecins n'ont pas de consultations dédiées au SAHOS. Ils laissent le suivi aux spécialistes et revoient les patients lors de consultations pour d'autres pathologies. Quelques-uns seulement, et ceux pratiquant la polygraphie ventilatoire, font un suivi régulier. Les médecins rapportent une difficulté à trouver leur place parmi les spécialistes et un manque de temps.

a) Par le médecin généraliste

. Consultations dans le cadre d'autres pathologies

« C'est exceptionnel qu'ils viennent pour une consultation d'apnée du sommeil. Une fois que le diagnostic est fait, qu'ils sont appareillés, il n'y a aucun souci. Et de temps en temps, c'est toi qui dis : « Dites-moi, et votre appareillage ? ». « Impeccable. Pas de soucis ! ». Mais sinon, presque tu l'aurais oublié dans la consultation parce qu'ils ont autre chose, ils viennent pour autre chose. » MG 10

« Le suivi, je le laisse au pneumo. Je ne vais pas refaire des polygraphies ou autres choses par rapport au suivi de la machine. Non. Je ne fais pas une consultation pour la polygraphie... pour l'apnée, non. Après c'est sûr que s'ils ont un problème, logiquement, ils t'en parlent. De toute façon, on verra très bien qu'il ne fait pas son traitement. » MG 11

« Je les revoie à mon bureau, mais pour d'autres raisons. Donc, on n'évoque plus le sujet. Sauf si je les vois à domicile et qu'ils me disent : « Ah lala, je ne dors pas bien, je suis fatigué, je ne supporte pas la machine... » MG 13

« C'est pas spécifique. Moi, je n'ai pas de consultation spécifique. Alors, des fois, le patient me parle de ça, mais souvent c'est un peu comme les asthmatiques, c'est à la fin d'une consultation pour autre chose. » MG 16

« Alors, en général, ce sont des patients polypathologiques. Alors, donc, ils viennent un peu pour tout : soit pour l'hypertension, pour son suivi de poids, parfois le diabète. La polysomnographie, on en parle pendant la consultation mais, rien de particulier. » MG 2

« Oui, mais au détour du reste. Je ne les vois pas en consultation spécifique pour ça. » MG 8

. Consultations dédiées au SAHOS

« Pour l'instant, l'appareillage, je le fais depuis moins d'un an, donc, je n'ai pas de retour au bout d'un an, c'est-à-dire le suivi des un an, qui devrait commencer à se faire d'ailleurs, qui ne devrait pas trop tarder... » MG 12

« ... pour adapter, et après, il y a une surveillance à J8, J15, et au bout d'un mois et trois mois, et puis voilà... Ça roule après. Et moi, j'ai des relevés de surveillance d'observance et puis, maintenant, j'arrive au stade où je fais les contrôles au bout d'un an de polygraphie. » MG 17

« Oui. S'il y a des patients qui ont maigri entre temps, je leur refais aussi la polygraphie au bout d'un an pour voir s'ils ont toujours besoin de la garder ou non. » MG 17

« Par le pneumo. Et puis, moi, les premiers temps, c'est tous les mois. Et puis, ensuite, c'est tous les trois mois. » MG 6

« A peu près, tous les quatre mois. » MG 7

« La société nous fournit les rapports tous les trois mois. Au début, tous les mois, et après, tous les trois mois. » MG 8

b) Par le pneumologue seul

« ... pneumo et après je n'en entends plus parler. » MG 13

« Il me dit le diagnostic, qu'il va être appareillé, et puis voilà. » MG 14

« Du coup, c'est rare qu'on revoie le patient avec le résultat d'examen. Il voit d'abord le pneumologue avec les résultats, et après, il vient. Nous, on reçoit les comptes rendus en disant qu'il a été appareillé. » MG 2

« Le suivi technique est assuré par des gens dont c'est le métier. » MG 3

« Et après, c'est le pneumologue, une fois dans l'année, qui les voie. » MG 4

« C'est le spécialiste qui gère, nous, on est complètement en dehors de ça. » MG 5

c) Collaboration avec le spécialiste

« C'est sûr que si la pneumo le revoit, j'aurai son compte-rendu donc, de toute façon, je sais toujours où on en est et s'il y avait des changements ou si elle rajoutait des trucs, je serai au courant. Mais, après, c'est vrai que je travaille avec des gens qui, en général, me tiennent au courant. Ça ne me pose pas plus de problème que ça. » MG 11

« Alors, oui, il y a une collaboration dans le sens où, moi, dès qu'il y a quelque chose qui cloche un peu, je renvoie chez eux. Eux, à chaque fois qu'ils voient le patient pour ça, ils nous font un courrier. On communique même si, comme je le disais, la mise en place de la machine et le suivi vraiment pneumologique, ils sont faits par le pneumo, ici. » MG 15

« Oui, bien sûr, on les suit régulièrement. En alternance avec le pneumo. Oui. On a des collaborations étroites. » MG 6

« Donc, il y a un délai d'intervention, et ça veut dire que si c'est le spécialiste, pneumo, cardio, neuro, qui suit l'apnée du sommeil, ça fait une boucle qui va être considérablement allongée alors que l'on doit pouvoir suivre, simplement, en tant que généraliste, si on est formé, pour après ça, alerter le spé. » MG 7

« Si c'est un pneumo qui a prescrit, ou d'ailleurs un ORL, puisque il y a quelques ORL qui le font, effectivement, c'est mieux qu'on communique, pour que moi, je l'aide à améliorer l'observance en discutant. » MG 8

d) Paramètres surveillés

. Tolérance

« Moi, je suis les patients pour autre chose, mais après, évidemment, je m'informe de savoir s'ils supportent bien la machine, si les résultats sont là, c'est à dire : est-ce qu'ils se sentent mieux effectivement dans la journée, moins somnolents ? » MG 1

« Déjà aussi s'ils supportent le masque, s'ils supportent l'appareillage, parce que c'est souvent le problème. C'est souvent qu'ils l'enlèvent au bout d'un moment. Alors est-ce qu'il y a assez d'heures et tout ça ? Ça, le spécialiste le vérifie. Non, moi, je leur demande cliniquement, à l'interrogatoire, et puis après, je les ausculte, comme tout un chacun, mais je ne fais pas spécifique pour ça. » MG 16

« Le matériel, si, au niveau du masque, on essaye de voir un peu comment il le supporte, s'il le supporte. » MG 5

« On pose des questions classiques. Et puis, en général, ça se passe bien. Ils me disent s'ils supportent, s'ils ne supportent pas, s'ils en ont marre, pas marre, s'ils dorment, s'ils ne dorment pas. C'est surtout sur la tolérance. » MG 6

. Observance

« Il faut rappeler les règles hygiéno-diététiques, la perte de poids en général, parce que ça compte beaucoup dans l'existence de l'apnée du sommeil. » MG 1

« ... quand je les revoie en consultation, je leur redemande comment ça se passe et puis, s'ils me disent qu'ils ont abandonné parce que le prestataire n'est pas venu, patati patata, je joins tout de suite le prestataire pour qu'il intervienne. » MG 17

« C'est surtout vérifier que ça marche et qu'ils utilisent leur appareillage. » MG 3

« ... l'observance, le temps passé sous machine, la diminution du SAS, la diminution de la pression quand c'est une hypertension résistante, la baisse du poids quand c'est avec une réduction pondérale résistante, l'amélioration de la qualité du sommeil... » MG 7

. Efficacité

« Déjà, on vérifie toujours s'ils se sentent reposés le matin, s'ils dorment mieux, s'ils ne se sont pas réveillés plusieurs fois dans la nuit, si le conjoint ne se plaint pas qu'il fait encore des apnées ou qu'il ronfle beaucoup. » MG 14

« Je lui demande les symptômes des apnées du sommeil, c'est à dire, si la nuit il fait encore des pauses, s'il est encore fatigué en journée, s'il fait encore des siestes régulières, s'il s'endort... » MG 2

« Le suivi, il est d'abord..., il est à partir des graphes et des graphiques que nous donnent les entreprises qui s'occupent de ça. Donc, on voit tout de suite s'il y a une réduction du nombre d'IAH. C'est surtout sur l'indice d'apnées/hypopnées qu'on voit le résultat. » MG 3

« On vérifie l'action du traitement une fois qu'on l'a mis en place. » MG 7

« On leur demandent s'ils dorment mieux, s'ils ont moins mal à la tête, s'ils sont mieux depuis qu'ils sont appareillés... Ça, oui. Souvent, très souvent, quand je sais qu'ils sont

appareillés, je leur demande tout ça. » MG 9

. Surveillance tensionnelle

« Alors, pour le suivi, c'est vrai que du coup, tout ce qui est tension a pas mal diminué. » MG 11

« ... leur tension... Si elle s'est un peu normalisée... » MG 9

« ... la diminution de la pression quand c'est une hypertension résistante... » MG 7

e) Difficultés rencontrées

. Le Temps

« On est pris par le temps, en consultation. De toute façon, je pense qu'on est tous à peu près pareils. On a tendance aujourd'hui à ne plus avoir trop le temps de gérer le patient dans son ensemble et c'est vrai que, ben, des fois, ... » MG 15

« La difficulté, c'est le temps. On est généraliste, donc c'est vrai qu'on est un petit peu la plaque tournante. Le problème c'est qu'on n'a... Enfin, le temps, on peut toujours le prendre mais c'est... Voilà, pour tout, on n'a pas le temps. C'est pour ça que le temps, (Rire) c'est compliqué à ... on est en semi-rural, hein... » MG 16

« Ça prend du temps. Ce sont des consultations un petit peu chronophages. Parce que ça prend du temps de convaincre les gens. » MG 8

. La collaboration avec le spécialiste

« Après, non, on n'a pas tellement de retours... sur le plan... des résultats. » MG 5

« C'est le spécialiste qui gère, nous, on est complètement en dehors de ça. J'ai eu un ou deux patients qui voulaient que je le renouvelle, mais pour lequel je n'avais aucun bilan, J'ai du coup refusé. Le patient, je ne l'ai plus revu. » MG 5

« Pneumo et après je n'en entends plus parler. » MG 13

B. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du SAHOS

A l'unanimité, ils estiment que leur rôle est primordial. Les rôles de dépistage et d'orientation sont les plus fréquemment retrouvés. Les médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire revendiquent une prise en charge globale.

1- Rôle primordial

« Le généraliste est capital, à mon avis, là-dedans. » MG 10

« Moi, je dirais primordial. » MG 12

« Primordial ! (Rire) Déjà, on est au centre de tout. » MG 17

2- Dépistage

« D'abord, son rôle, c'est d'y penser. » MG 1

« ... de le dépister, déjà. » MG 11

« ... dépistage ! Après, le reste... » MG 13

« Ah bah, le dépistage ! Ça c'est clair ! Puisque c'est quand même nous qui sommes en premier... c'est nous qui avons la plainte du patient. La plupart des patients passent par nous avant d'aller voir un spécialiste, hormis certains, mais sinon... Donc, vraiment, nous, dans le dépistage, on est là... » MG 14

« Surtout, du dépistage, je pense. Puisque c'est lui qui voit le patient plus souvent, plus fréquemment, même dans une consultation pour un tout autre motif, il peut être amené à suspecter un syndrome d'apnée du sommeil. » MG 2

« On est en première ligne... C'est important de poser des questions, d'aller... parce que le patient ne va pas toujours nous le dire. Donc, devant le patient qui s'endort, qui est fatigué, il faut toujours lui poser la question. Je suis beaucoup dans le dépistage, au cabinet. Comme pour tout d'ailleurs, pas que pour ça. » MG 4

3- Orientation

« Et ensuite, si vraiment tout se concentre autour de cette hypothèse de diagnostic, c'est de l'envoyer au pneumologue pour qu'il puisse avoir son interprétation et éventuellement, poser l'appareil. » MG 1

« Le médecin généraliste, il doit y penser. Il doit l'évoquer. Et ensuite, passer la main aux gens dont c'est le métier. » MG 3

« En fait, le boulot du médecin généraliste, ce qui se perd, c'est de diriger..., être le chef

d'orchestre..., dire : « Tiens, ça, je pense que c'est ça », « Tiens, ça, je pense que c'est ça ». C'est plus intelligent que de vouloir tout faire. Et quand on fait tout, on ne fait rien. » MG 3

4- Règles hygiéno-diététiques

« ... surtout le rôle dans l'hygiène de vie, les règles hygiéno-diététiques. » MG 5

5- Accompagnement et suivi

« Et après, dans le suivi, c'est de voir, je dirais, régulièrement le patient, pour voir s'il supporte son appareil, s'il se sent mieux avec. Enfin, c'est un accompagnement du patient. » MG 1

« ... pour la surveillance, après, du traitement. » MG 2

« J'ai pas trop de rôle, à part... plus pour le suivi habituel, en fait, voir si ça va mieux. » MG 9

6- Observance

« Parce que généralement, quand ils ont essayé, après, ils ne reviennent pas en arrière. Mais il faut réussir à les convaincre parce que, moi, je vois, j'ai des patients qui reviennent de chez le pneumologue en disant : « Il veut m'appareiller. Je ne veux pas ». Voilà, nous, notre rôle, c'est d'arriver à les convaincre que leur qualité de vie va être bien meilleure avec l'appareillage que sans. » MG 15

« Donc, arriver à trouver des solutions pour qu'ils acceptent le traitement. Je pense qu'on a un rôle, oui, dans la redondance des conseils. » MG 16

« Après, le rôle... Oui, c'est le rôle d'entretien de l'observance. » MG 16

7- Prévention

« Je pense qu'on est là pour faire un petit peu ça : la prévention. » MG 16

8- Prise en charge globale

« Celui qui revendique une prise en charge globale, raisonnée, et c'est du boulot, et bien, il occupe une place majeure parce c'est un outil parmi d'autres, comme de savoir faire certains gestes simples, un tracé d'électro ou une courbe des bi volumes, où on apprécie les

grandes fonctions vitales. » MG 7

« Dans l'absolu, je pense que c'est lui qui peut tout faire, de bout en bout : le dépistage et la mise en place du traitement. Un seul interlocuteur, c'est plus simple. » MG 8

« C'est une corde de plus à notre arc et il y a une facilité pour nous de le mettre en place, de le traiter, de le suivre, etc., » MG 12

C. Formation du médecin sur le SAHOS

Nombreux sont ceux qui n'ont suivi aucune formation, ou alors uniquement une formation personnelle. Certains ont profité d'une formation à la faculté, d'une formation médicale continue ou d'échanges lors de groupes de pairs.

1- Aucune formation

« Non, pas vraiment. » MG 1

« Non ! Ça se voit ? » MG 13

« Non, jamais. » MG 14

« Non. » MG 4

2- Formation universitaire

« A part à la fac... mais, voilà quoi. » MG 2

« L'ECN, enfin, la fac... et... » MG 11

« Non. (Sourire) La fac, quoi. » MG 15

3- Formation médicale continue

« Avec le fournisseur du matériel.... Plus des FMC, deux. » MG 8

« On a fait des FMC. Moi, je fais partie d'une FMC depuis 1987, ça ne date pas d'hier, et on a fait au moins une ou deux, ou plusieurs même, soirées sur l'apnée du sommeil. Oui, ça, ça a été fait. » MG 10

« Par des labos. Des FMC, en fait. » MG 17

« Dans le cadre de la formation continue, j'ai fait une soirée, il y a un an ou deux, sur l'apnée du sommeil. » MG 3

« Formation... Je suis allé à des séminaires OGDPC. » MG 7

« C'est la revue du prat qui a fait le congrès à Paris l'année dernière. » MG 11

4- Groupe de pairs

« On a un groupe de pairs une fois par mois. Alors, évidemment, ce n'est pas une formation spécifique sur l'apnée du sommeil mais on en parle souvent. Dans le groupe de pairs, ça fait partie des sujets qui reviennent. Donc, on a un peu échangé avec nos intervenants, sur comment on fait les dépistages et tout ça. Ça fait aussi partie de la formation. » MG 10

5- Formation personnelle

« En lisant des revues, mais de vraie formation, non ! » MG 6

« Déjà, j'ai lu. J'ai vu comment fonctionnait le logiciel en question. J'ai eu une formation, par le fournisseur du logiciel, sur son logiciel. J'ai eu aussi une formation à Marseille avec un professeur, un des grands pontes de l'apnée du sommeil, sur l'apnée du sommeil. Et puis, je lis, j'ai lu un livre... des livres... sur les troubles du sommeil en général, y compris l'apnée du sommeil. » MG 12

« Personnelle, oui. Mais pas... J'ai lu, bien sûr, et puis, avec mes confrères, pneumologues ou autres... J'ai discuté avec un pneumologue... mais ce n'est pas une formation... » MG 16

« Enfin, à part personnelle, mais... » MG 5

D. Place de la polygraphie ventilatoire en médecine générale

1- Bénéfices

a) Pour les médecins ne pratiquant pas la polygraphie ventilatoire

. Situation en zone rurale

« Pour le médecin qui est un petit peu plus loin, qui a un peu plus de difficultés à contacter, ou le patient qui est dans un milieu, je dirais, géographique, un peu éloigné d'un centre de pneumo ou de pneumos, à ce moment-là, ce serait, pourquoi pas, envisageable de le faire en ville. » MG 1

« Alors... Dans un désert médical, oui, il y aurait des bénéfices. Sauf si évidemment les pneumos, ici, étaient débordés, oui, je le ferais peut-être au cabinet, mais c'est pas le cas » MG 11

. Rapidité diagnostique

« Donc c'est vrai qu'en passant directement, on aurait surement un meilleur dépistage sur plusieurs pathologies parce que l'on pourrait le proposer plus facilement, à plus de personnes. » MG 14

« On peut gagner du temps. Donc, ça fait gagner du temps au patient, gagner du temps pour la prise en charge thérapeutique, qui est donc du bénéfice pour le patient » MG 2

. Aucun bénéfice

« J'en vois aucun. » MG 10

« Franchement ? (Silence) Non. » MG 3

b) Pour les médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire

. Rapidité diagnostique

« La rapidité, la facilité à pratiquer le test. Donc, une proposition plus large aux patients. » MG 12

« Jusqu'à présent, je le faisais faire par un pneumologue, donc entre le moment où je suspecte, je fais un courrier, ils prennent un rendez-vous chez le pneumologue qui leur fait le test, qui les fait revenir pour les résultats, ils me ramènent le test avec le résultat, il se passe un mois et demi. Là, quand je suspecte, ils viennent le soir ou on prend rendez-vous, le lendemain, ils ont la réponse. C'est beaucoup plus pratique et du coup, je peux en faire beaucoup plus... et en dépister beaucoup plus. » MG 12

« Un seul interlocuteur, c'est plus simple » MG 8

. Observance

« Ils ont confiance en moi, donc, je leur propose. Ils ont le lendemain le résultat : ils sont contents. Ils seront peut-être plus observants si c'est moi parce que, en même temps, quand ils reviennent en consultation, des fois, ils me parlent. » MG 12

« C'est que les patients adhèrent beaucoup plus. Il y a souvent quand même une possibilité de

conviction qui gagne avec la confiance, du fait que l'on soit leur médecin de famille. » MG 7

« Je l'ai un peu évoqué en disant que ce qu'ils n'osent pas faire avec le spé, ils osent avec nous, à commencer par l'examen lui-même... Le traitement... » MG 7

« Mais moi, je le vois tous les trois mois... Donc, je remets toujours une petite couche par-dessus. Je pense qu'on peut agir sur l'observance. » MG 17

« On connaît tous leurs... à la fin, on connaît toute leur vie, quoi. Leur vie sentimentale, leur vie affective, leur vie somatique... On connaît tout d'eux. » MG 17

. Aide diagnostique

« Après, les avantages dans le cadre du dépistage, c'est que, quand on a les outils pour le faire soi-même, on arrive à le faire plus souvent, plus facilement. Parce que s'il faut rajouter une consultation chez le pneumo..., il faut que le pneumo soit disponible, que tout ça..., c'est plus compliqué. » MG 8

« Le bénéfice c'est que ce sont des patients qu'on a l'habitude de suivre. On se connaît assez bien mutuellement et on peut apporter une solution, des fois, à certains problèmes qu'on n'avait pas évoqués depuis... qu'on n'avait pas solutionnés depuis des années et des années. » MG 17

. Sur le plan cardio-vasculaire

« C'est une trentaine de diagnostics de faits, entre 25 et 30 traités, donc, diminution des médicaments et amélioration de l'état cardio-vasculaire et neuro. Je pense qu'on aurait tout intérêt à effectivement ouvrir plus largement le dispositif aux médecins généralistes, quitte à ce que ce soit un premier niveau de dépistage et qu'on baisse un peu la cotation parce qu'elle est jugée moins complète. » MG 7

. Aspect financier

« ... l'aspect financier de la polygraphie. » MG 7

« Il y a plusieurs avantages : une, la cotation est favorable. Donc, c'est un intérêt financier. » MG 8

« Ah ! Bénéfices : je pense, financiers. » MG 9

2- Freins

a) Pour les médecins ne pratiquant pas la polygraphie ventilatoire

. Spécialité

« ... parce que chacun fait ce qu'il a à faire. » MG 1

« ... mais je n'ai pas envie de piquer le boulot du pneumo... parce que j'ai envie qu'il reste... » MG 11

« Le pneumo le fait, donc, chacun son boulot ! » MG 13

« Enfin, à mon avis, c'est plus du domaine du spé que du domaine du médecin généraliste. Quand on veut tout faire, on ne fait rien de bien. » MG 3

. Performance et qualité de l'examen

« ... je pense que ce sera beaucoup mieux interprété par le pneumologue. Après, les freins à l'utiliser, c'est surtout de passer à côté de certaines choses. Mais bon, je pense qu'avec un peu d'entraînement, ça doit être facile à analyser aussi. Par contre, je suis plus pour que chacun garde un peu son domaine. » MG 11

« Et après, les freins, il faut, je pense, quand même, une structure adaptée, avoir le matériel adapté et l'habitude pour le faire bien et avec... une bonne qualité d'examen. » MG 2

« Aujourd'hui, on n'a pas besoin de ça puisqu'on peut avoir recours aux spécialistes, avec qui on a un enregistrement plus performant en soi. C'est vrai qu'il y a une époque où on pouvait se poser la question, puisqu'on avait des délais d'attente dramatiques, d'utiliser cette technique ambulatoire. » MG 5

. Bilan pulmonaire global

« Il est évident qu'il y a un diagnostic pulmonaire un petit peu plus large à faire pour se concentrer après sur les apnées. Donc, du coup, il est entre les mains du pneumologue qui s'occupe de l'enregistrement. » MG 1

« Pour le patient, je ne vois pas de grosse différence et puis, ça permet justement d'avoir en même temps une consulte de pneumo et vérifier qu'il n'y a pas d'autres maladies associées. » MG 11

« Peut-être que j'aurais peur que la prise en charge ne soit pas complète. Oui voilà, que peut-être on passe finalement à côté, malgré tout, d'autres choses, d'une autre pathologie sous-jacente qui ne serait pas diagnostiquée. » MG 14

. Facilité d'accès au dépistage par les spécialistes

« Maintenant, ici on a la facilité d'avoir, encore une fois, la clinique, les pneumos, etc., à côté, donc du coup, on fonctionne comme ça. » MG 1

. Surdiagnostic

« Donc, soit pendant des années, on est passé à côté de centaines d'apnées du sommeil, et c'est sûrement vrai, soit il y a aussi quand même, peut-être, maintenant, un peu une majoration du nombre d'apnées du sommeil. » MG 10

. Aspect financier

« Je trouve que le fait de travailler, soit avec un pneumo soit avec l'hôpital, ça te donne une espèce de sécurité car tu ne demandes pas l'examen à celui qui va profiter, bénéficier du résultat. » MG 10

« Hum, c'est pas rentable... » MG 13

« ... vous leur demandez quelque chose en dehors des 23 €, et comme souvent pour l'électro, ils vous répondent : « Ah ouais ?! ». MG 13

. Temps

« Après, tout dépend des activités du médecin. Moi, j'ai beaucoup d'activités, donc je n'ai pas vraiment le temps à consacrer à ça. » MG 13

« Les freins, c'est pour nous... c'est du temps en plus à passer avec le patient, pour un bénéfice... Aujourd'hui, on n'a pas tellement le besoin dans l'urgence de ce genre de choses. Et on est complètement débordés donc... » MG 15

« Les freins, c'est le temps... » MG 16

« ... parce que je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps nécessaire pour faire en plus des consultations dédiées à ça. » MG 2

« Après, je me dis qu'on n'a jamais trop le temps... Enfin, le temps de... que c'est tout le

temps la course... » MG 9

. Observance

« Je trouve que des fois les envoyer chez le spécialiste, ça les... ça leur fait comprendre carrément le problème. » MG 11

« Je pense qu'ils ont plus confiance dans le spécialiste. Et donc, qu'ils suivraient davantage, je pense. » MG 14

. Formation

« Encore faudrait-il que je sois formée. » MG 4

« Alors, après..., il faut quand même aussi avoir une compétence. Donc, il faut faire une formation. » MG 3

b) Pour les médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire

. Reconnaissance

« Les freins ? Ce n'est pas encore assez reconnu par les spécialistes pneumologues... ou même par d'autres spécialités... J'ai un patient qui avait un gros syndrome d'apnée du sommeil que j'ai appareillé et qui revit maintenant... et son neurologue lui a dit : « mais, pourquoi vous n'allez pas à la clinique du sommeil à Nice ? Au moins, vous serez sûr... » MG 17

. Collaboration avec les spécialistes

« En fait, j'ai un gros problème. Quand j'ai des résultats qui sont ... douteux, j'ai besoin d'une polysomnographie, que je ne fais pas. Ça se fait en milieu hospitalier. Au niveau de l'hôpital, ils ne veulent pas entendre parler des médecins généralistes. » MG 17

« Le spécialiste pneumo (Soupir) ..., certains ont arrêté d'être nos correspondants, à cause de ça, ... » MG 7

« Bon... On s'est fâché avec le pneumo du coin... » MG 8

. Temps

« Ça prend du temps. Ce sont des consultations un petit peu chronophages. Parce que ça

prend du temps de convaincre les gens. » MG 8

« Après il faut quand même prendre le temps pour les interpréter, pour bien faire sa prescription, indiquer le traitement. Puis il faut revoir les patients, leur expliquer et c'est quand même quelque chose qui prend du temps. J'ai envie de garder ma médecine générale mais c'est vrai que d'en faire trois par semaine, c'est un petit plus, c'est un sujet qui m'intéresse... » MG 17

. Aspect financier

« L'aspect financier de la polygraphie. » MG 7

« Je pense qu'on aurait tout intérêt à effectivement ouvrir plus largement le dispositif aux médecins généralistes, quitte à ce que ce soit un premier niveau de dépistage et qu'on baisse un peu la cotation parce qu'elle est jugée moins complète..., enfin, je ne sais pas, mais qu'on arrête d'en faire une affaire essentiellement financière, pour qu'on récupère l'outil sans état d'âme. » MG 7

. Aucun

« Aucun. » MG 12

E. Quelles sont les pistes pour améliorer la prise en charge du SAHOS ?

1- Pistes pour améliorer la pratique

. Formation

« ... que tous les médecins fassent un peu de formation, mais des formations peut-être un peu plus poussées qu'une formation restaurant où ils vont plus manger qu'écouter... » MG 11

« Je ne regrette pas d'avoir fait cette formation. Elle est indispensable, je crois, pour un médecin généraliste, elle devrait être propagée un peu plus. Ça permettrait d'avoir un peu plus de détection des apnées du sommeil et donc, un peu plus de diagnostics sur un tas de pathologies que l'on explique mal : les asthénies. » MG 12

« Là encore, on est peut-être... on pourrait avoir une formation... pour nous pousser à faire plus de dépistages, à y penser plus facilement. Vous savez, je pense qu'on a plein d'apnéistes qui s'ignorent. » MG 15

« Peut-être que dans dix ans, ce ne sera plus la même chose... Cela ne serait peut-être pas mal d'avoir, au moins au milieu de notre vie professionnelle, une pique de rappel pour nous rappeler les symptômes, nous rappeler dans quels cas y penser et... » MG 15

« Dans le cadre de la formation continue, j'ai fait une soirée, il y a un an ou deux, sur l'apnée du sommeil : le diagnostic clinique, apprendre à lire un graphique, les indications, les contre-indications, dans quel cas on doit mettre en place un traitement, quel type de traitement on doit proposer, etc. Et surtout, les effets indésirables de... Enfin, tout ce que peut provoquer l'apnée du sommeil... » MG 3

« Je pense que ça devrait faire partie de la formation initiale de tous les médecins généralistes... Formation continue parce qu'en fait, il y a du matériel qui évolue et c'est mieux d'être au courant des évolutions du matériel pour mieux savoir ce qu'il faut mettre ... » MG8

« Moi, j'ai 47 ans... on ne m'en a jamais parlé. Mais je pense que ça devient un problème de santé publique... On en parle de plus en plus et je pense qu'une formation là-dessus serait nécessaire. » MG 17

« Par contre, c'est vrai que ce serait intéressant d'avoir une formation. Quand le pneumologue nous renvoie tous les courriers, on comprendrait mieux les choses... Plus pour la connaissance. J'aurais toutes les données, je comprendrais bien tout ce qui se passe, quoi. » MG 9

. Développer la polygraphie ventilatoire ambulatoire en médecine générale

« C'est de pouvoir poser soi-même l'indication et le suivi de l'appareil, et peut-être de pouvoir mener de bout en bout, depuis l'idée diagnostic jusqu'à la mise en place de la pompe, de la pression positive. C'est quelque chose qu'on pourrait développer en médecine générale, me semble-t-il. » MG 1

« C'est déjà de faire nous-mêmes l'examen, de ne pas le faire faire ... Donc, l'intérêt pour moi c'est de faire, d'interpréter et de mettre en place, tout seul. De relire, de savoir ce que je lis... » MG 12

« Je pense que c'est important de nous sensibiliser parce qu'en fait, tout le vivier de patients est chez nous : les diabétiques, avant d'aller chez le spécialiste, les hypertendus, les ACFA, les surcharges pondérales... Donc, je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas faire ce dépistage de l'apnée du sommeil, vu les répercussions que ça a sur toutes les prises

en charge thérapeutiques annexes. » MG 17

« Ça rendrait l'autonomie aux médecins prescripteurs : le fait d'y penser, le fait d'avoir une motivation à y penser, de savoir qu'on peut se servir de l'outil et améliorer la prise en charge du patient poly-vasculaire. C'est sûr que ce qu'on connaît, ce qu'on maîtrise, on s'en sert. » MG 7

. Collaboration avec les spécialistes

« Ça serait bien qu'on ait des retours (Sourire) de la machine, et peut-être plus de connaissances sur les résultats, sur l'enregistrement, en fait. » MG 5

« Si c'est un pneumo qui a prescrit, ou d'ailleurs un ORL, puisqu'il y a quelques ORL qui le font, effectivement, c'est mieux qu'on communique pour que moi, je l'aide à améliorer l'observance en discutant. » MG 8

« Recevoir encore plus fréquemment les comptes rendus du pneumologue, en cas... Encore plus de collaboration... » MG 9

. Organisme de dépistage indépendant

« Et autre chose, juste sur le diagnostic : je trouve que ça serait assez simple s'il y avait des organismes de dépistage indépendants. » MG 10

. Avoir plus de temps

« Toujours pareil... Nous trouver du temps (Rire) ! » MG 16

2- Pistes pour améliorer l'observance

. Poids du spécialiste

« Je trouve que des fois les envoyer chez le spécialiste, ça les... ça leur fait comprendre carrément le problème. » MG 11

« Je pense qu'ils ont plus confiance dans le spécialiste. Et donc, qu'ils suivraient davantage, je pense. » MG 14

« Des fois, les pneumos sont plus directifs et ça a donc plus d'impact. » MG 16

. Poids du médecin généraliste

« Ils seront peut-être plus observants si c'est moi parce que, quand ils reviennent en consultation, des fois, ils me parlent. » MG 12

« Parce que généralement, quand ils ont essayé, après, ils ne reviennent pas en arrière. Mais il faut réussir à les convaincre parce que, moi, je vois, j'ai des patients qui reviennent de chez le pneumologue en disant : « Il veut m'appareiller. Je ne veux pas ». Voilà, nous, notre rôle, c'est d'arriver à les convaincre que leur qualité de vie va être bien meilleure avec l'appareillage que sans. » MG 15

« Je pense qu'on est là pour faire un petit peu ça : la prévention. Et puis, on connaît la famille, on connaît la personne... parce que le pneumologue, ils vont peut-être le voir quelques fois, mais il ne connaît pas la personne... Donc, arriver à trouver des solutions pour qu'ils acceptent le traitement. » MG 16

« Donc, je pense qu'on a un rôle, oui, dans la redondance des conseils. » MG 16

. Améliorer la tolérance du matériel

« Je pense qu'il faudrait que les appareillages soient un peu moins bruyants, qu'ils soient... Là, c'est surtout technique. » MG 10

« ... qui finissent par se lasser parce que le masque leur fait mal, parce qu'il ne tient pas la nuit, parce que leur femme rouspète, parce que... Voilà, tous ces petits trucs, je pense... Après c'est une limitation technique. » MG 10

« Il faut changer le dispositif, mais je ne sais pas lequel mettre en place... » MG 13

« C'est difficile d'adapter des appareils... Peut-être des masques plus petits. Après, c'est compliqué... Oui, essayer de trouver des appareils plus adaptés, quoi... qui tiennent mieux en place, mais qui ne les handicapent pas parce que souvent, ils disent qu'au niveau du front, ça les marque, au niveau des machins... Moins invasifs. » MG 14

« Là, c'est vraiment une question de matériel, je pense. Ça va être les masques peut-être un peu moins contraignants, une machine qui fait moins de bruit. On rentre dans le technique, en fait. Le traitement en lui-même, ça ne les gêne pas, mais c'est vrai que, des fois, ils disent : « Le masque me remonte dans le nez. Ça ne va pas » ou « La machine fait trop de bruit, ma femme ne dort pas, à côté. » MG 15

. Information des patients

« ... une meilleure information des patients, peut-être faire connaître un peu cette pathologie. Alors après, c'est toujours pareil, c'est qu'il y a un biais. C'est que si tu commences à dire : « vous êtes fatigué, vous avez du bide » et « faites attention, vous avez peut-être une apnée du sommeil », ils vont tous avoir une apnée du sommeil... » MG 10

« Peut-être une meilleure information auprès des patients. Distribuer des brochures, comme on le fait pour le tabac ou comme on le fait pour... Pour leur expliquer que ça existe. Parce qu'il y a souvent des patients qui ne savent même pas que ça existe. S'il y avait des brochures comme ça, ce serait bien, dans les salles d'attente ou dans les trucs comme ça. Ce ne serait pas mal. » MG 6

. Les médias

« Alors, ce qui pourrait bien nous aider... et là, c'est la première fois que je vais les citer... c'est les médias. Il y a tellement de patients qui font référence aux médias, à Télématin, Santé magazine, Femme actuelle, enfin à tous ces trucs-là, qui croient plus les médias que ce qu'on leur raconte nous.

Donc, si jamais on leur dit que c'est très important de soigner l'apnée du sommeil... Comme les gens fonctionnent pour l'ostéoporose... ils ne se rendent pas compte qu'on les soigne pour préserver ou pour éviter une fracture ou des chutes... c'est de l'abstrait pour eux. Pour le cholestérol, ils ne le ressentent pas... Donc là, les médias pourraient nous aider. » MG 17

. Suivi rapproché

« ... je vous dis, on les voit plus souvent que les spécialistes, donc le pneumologue... par exemple, j'en ai un... qui a pris un de mes patients, il a décidé de l'appareiller parce qu'il avait beaucoup de facteurs de risques ou je sais pas quoi. Il veut le revoir dans un an. Mais moi, je le vois tous les trois mois... Donc, on remet toujours une petite couche par-dessus. Je pense qu'on peut agir sur l'observance. » MG 17

. Bienfaits du traitement

« ... à partir du moment où le patient ressent les bienfaits, ce qui est vraiment assez fréquent, quand vraiment le patient revient te voir et qu'il te dit : « Oh là là ! Ecoutez, c'est extraordinaire, moi je revis », ... mais c'est ça qu'ils disent quand ça marche bien... c'est

vraiment ça qu'ils disent, ... tu n'as pas de problème. » MG 10

« Parce que c'est une contrainte et que cette contrainte est largement compensée par le bénéfice qu'ils en tirent, s'ils n'ont plus de fatigue, de maux de tête, etc. Par contre, si les symptômes sont toujours là ou... pratiquement, très peu atténués, là effectivement, la contrainte devient prépondérante. » MG 12

« Si l'indication est mal posée, c'est-à-dire que s'ils ne voient pas le bénéfice direct eux-mêmes, ils ne sont pas observants... L'indication bien posée, où le patient voit directement, donc, avant et après, lui, il sera observant à 100%. » MG 12

QUATRIEME PARTIE : Discussion

I. Validité interne de l'étude

A. Qualité méthodologique

– Originalité du travail :

En raison de sa fréquence, de la gravité des complications cardio-vasculaires et neuropsychiques qui lui sont attribuées par la littérature, le SAHOS est un sujet d'actualité et semble véritablement représenter un enjeu de santé publique.

Afin d'éviter les répercussions du SAHOS, une prise en charge en amont paraît essentielle. Le médecin généraliste étant placé au premier rang de la prise en charge globale des patients, il nous a donc semblé évident de laisser la parole aux médecins pour exprimer leur ressenti sur la pathologie avec les difficultés rencontrées et les solutions possibles pour y remédier.

En effet, si de nombreuses études, et notamment des thèses d'exercice de médecine, se sont intéressées à la question, aucune de ces études, à notre connaissance, n'a été réalisée avec la méthode qualitative, ce qui nous a permis d'explorer de manière plus approfondie le comportement et la perception des médecins généralistes face à cette pathologie. En effet, cette méthode permet d'explorer les habitudes, les sentiments, les expériences personnelles des médecins et contribue à une meilleure compréhension de leur fonctionnement.

Notre étude est donc complémentaire et apporte un éclairage sur les précédentes études quantitatives déjà réalisées sur le SAHOS, par une approche différente.

Une autre thèse qualitative, soutenue durant notre travail, cherchait à déterminer les freins au dépistage du syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. ^[42] Cette étude n'explore que le dépistage et non la prise en charge globale de la pathologie par le médecin généraliste.

De plus, le recrutement de quelques médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire ambulatoire en cabinet a permis de mettre en évidence un autre aspect de la prise en charge du SAHOS en ville, non exploré jusqu'alors, et de répondre à quelques questions supplémentaires.

– Echantillonnage :

L'échantillon de notre étude était diversifié afin de permettre une certaine représentativité et de mettre en avant la variabilité des approches. Grâce à cette diversité, les médecins ont exprimé une vision et des expériences différentes selon leur âge, leur milieu d'exercice...

– Entretiens semi-dirigés :

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés. La rencontre de chaque participant dans un endroit calme, a permis d'établir un climat de confiance pour favoriser l'expression libre.

Le choix des entretiens semi-dirigés nous semblait plus pertinent que des focus groupes. Cela a permis une expression assez aisée des médecins sur le sujet, sans qu'ils aient peur d'être jugés par un groupe.

– Eviction du biais de connaissance :

Nous avons évité le biais de connaissance du thème en ne révélant pas aux médecins généralistes notre question précise d'étude. Ils n'ont donc pas pu préparer à l'avance l'entretien et les réponses ont été plus spontanées.

B. Biais

→ Biais d'interprétation

Le recueil et l'analyse ont été réalisés par la même personne. Il n'y a donc pas eu de double codage.

De plus, pour des raisons de faisabilité, nous n'avons pas pu bénéficier d'une triangulation des données. Ceci limite la validité interne de nos résultats. Cette double analyse aurait permis de diminuer une éventuelle part de subjectivité et de donner plus de puissance à l'étude.

→ Biais de recrutement

Lors du premier contact téléphonique, le sujet exact de la thèse n'a pas été donné afin de ne pas sélectionner les médecins selon leur intérêt pour le thème de notre travail. Nous n'avons donc interrogé que les médecins motivés par l'envie de participer à une thèse.

De plus, le recrutement n'a pas été réalisé totalement de manière aléatoire. La méthode de proche en proche a été privilégiée afin d'avoir un échantillon diversifié et de pouvoir

contrôler un minimum les différents critères pouvant mener à des approches différentes du sujet.

→ Biais d'intervention

Le chercheur, étant la personne réalisant les entretiens semi-directifs, a pu induire un biais d'investigation de par sa connaissance du sujet, sa volonté de croiser les données et la possibilité de relancer la discussion. Il est possible que certaines questions de relance aient pu laisser entrevoir l'avis de l'enquêteur.

De plus, le chercheur ne possédait pas de formation particulière sur la réalisation des entretiens.

→ Biais de déclaration

Nous pouvons nous demander si les médecins ont bien révélé toutes leurs perceptions de leurs pratiques ou de leurs difficultés, de peur d'être jugés par l'investigateur.

II. Validité externe de l'étude

A. Prise en charge du SAHOS en médecine générale, de la suspicion clinique au suivi

1- Suspicion clinique

Dans notre étude, les médecins généralistes ont mis en évidence un certain « type » de patients présentant un SAHOS, avec notamment la prédominance du sexe masculin, une tranche d'âge comprise entre 50 et 70 ans, un surpoids et une hypertension artérielle résistante.

En effet, ce terrain est retrouvé dans différentes études épidémiologiques. On trouve par exemple, dans une étude de 2008 ^[1], une prévalence de l'apnée obstructive du sommeil de 3 à 7 % chez l'homme et de 2 à 5 % chez la femme. D'autres études épidémiologiques montrent que la prévalence du SAHOS augmente avec l'âge ^[43] et le surpoids, voir l'obésité ^[44] ^[45]. De même, une étude récente ^[46] met en avant le rôle du SAHOS dans l'HTA résistante. Le SAHOS peut donc coexister avec un grand nombre de comorbidités, dont l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, les pathologies vasculaires cérébrales, la résistance à l'insuline... ^[47] ^[48]

La suspicion clinique se fait en premier lieu chez le médecin généraliste et les symptômes les plus fréquemment retrouvés dans cette étude sont : l'asthénie, la somnolence diurne, les ronflements et les pauses respiratoires.

Une étude de 2015 ^[49] confirme que ce terrain et ces symptômes orientent le médecin vers le diagnostic du SAHOS.

Dans la littérature ^[8], on retrouve une amélioration des connaissances des médecins généralistes sur le sujet. Dans notre étude, seulement deux médecins n'ont pas trouvé le diagnostic lors de l'énoncé du cas clinique qui reprenait le terrain et les symptômes les plus fréquents du SAHOS.

Cependant, le SAHOS est peu spécifique et peut être retrouvé dans une population différente, avec des symptômes insidieux comme des céphalées, des troubles de l'humeur, une nycturie, etc.

Seulement quelques médecins ont souligné, dans notre enquête, l'absence de stéréotype, avec quelques cas d'apnée du sommeil chez les femmes, les personnes minces, d'autres présentant une dépression, une nycturie.

Notre étude confirme la thèse du Dr Moquant ^[42], dans laquelle les médecins considéraient également qu'ils dépistaient plus facilement le SAHOS devant la présentation classique d'un homme d'âge moyen, ronfleur, obèse et souvent hypertendu.

Ce stéréotype de patients limiterait donc le dépistage en étant non représentatif de la population générale ^[50]. On risquerait d'identifier tardivement une majorité d'individus à risque ou, pire, d'ignorer leur cas.

2- Attitude diagnostique

Plusieurs médecins ont mentionné dans notre étude une difficulté diagnostique devant les symptômes peu spécifiques du SAHOS. Une étude de 2014 montre qu'il existe une durée de 8 ans entre le début des symptômes et le diagnostic, et que celle-ci serait davantage majorée si les symptômes s'avéraient atypiques. ^[51]

En effet, devant un symptôme tel que l'asthénie, nos médecins mentionnent la nécessité de réaliser des examens comme, par exemple, un bilan biologique en première intention, et de ce fait, le patient peut être perdu de vue entre les différents examens et ne jamais arriver jusqu'à la polygraphie ventilatoire.

Les outils d'aide au diagnostic tels que l'échelle d'Epworth ont été cités spontanément,

dans notre étude, par un seul médecin, qui l'utilisait pour le suivi des patients traités, sur les 17 interrogés. Ce qui confirme la thèse du Dr Delamotte qui montre que 88,9% des médecins n'utilisent pas de fiche d'aide au diagnostic pour évaluer la somnolence. ^[52]

Une fois la suspicion clinique posée, une grande partie des médecins consultés, comme d'ailleurs dans la majorité des études réalisées ^{[6] [9]}, adressent le patient à un pneumologue pour confirmer le diagnostic. Ces résultats sont retrouvés, par exemple, dans la thèse du Dr Gueran où 92% des médecins interrogés ont déclaré adresser le patient à un confrère spécialiste (pneumologue, neurologue, ORL, cardiologue...) suite à leur présomption diagnostique. ^[6]

Dans notre étude, plusieurs raisons ont été mises en avant par les médecins généralistes :

- Tout d'abord, quelques-uns pensent qu'ils ont un rôle d'orientation et qu'ils doivent envoyer les patients vers des personnes dont c'est le métier.

Il existe donc un problème de compétences : certains médecins mentionnent le fait qu'ils n'ont pas la formation requise et ne se sentent pas à l'aise avec le SAHOS. D'autres pensent que la qualité de l'examen serait plus performante chez le spécialiste qu'en cabinet de médecine générale.

De plus, quelques médecins ont l'impression que la prise en charge serait plus globale avec le dépistage de pathologies sous-jacentes. Les patients pourraient notamment avoir un bilan pulmonaire plus complet.

L'orientation vers un spécialiste pour réaliser le diagnostic du SAHOS serait donc une sorte de réassurance pour la majorité des médecins qui ne se sentent pas capables de gérer la pathologie dans son ensemble avec ses complications et son traitement.

- Ensuite, certains médecins pensent que l'accès aux spécialistes n'est plus aussi difficile qu'auparavant et que les délais d'attente sont raisonnables ; ce qui contredit la thèse du Dr Delamotte ^[52] dans laquelle 80% des médecins interrogés estimaient le délai d'accès à un diagnostic de SAOS entre 1 et 6 mois.

- Enfin, le manque de temps, pour certains, justifie la réalisation de l'examen par un spécialiste. Les consultations sont parfois chronophages et la prise en charge globale de ces patients prendrait beaucoup trop de temps.

3- Attitude thérapeutique

Ce qui ressort clairement dans notre étude, c'est le manque de connaissances des médecins généralistes sur le traitement. En effet, tous connaissent la ventilation par Pression Positive Continue mais le fonctionnement de l'appareil reste flou, trop spécialisé.

La plupart d'entre eux, hormis évidemment les médecins qui pratiquent la polygraphie ventilatoire ambulatoire, considèrent, comme dans les thèses quantitatives réalisées précédemment ^{[6] [9]}, que la prise en charge thérapeutique du SAHOS n'est pas le rôle du médecin généraliste, mais celui du spécialiste. Certains s'estiment même en dehors de cette prise en charge une fois le diagnostic posé.

Le désinvestissement de ces médecins, sur le versant thérapeutique du SAHOS, a été évoqué dans un article de 2007. ^[8] Notre travail a permis de confirmer les suspicions de cet article : la complexité de la PPC pour le médecin généraliste et le manque de connaissances sur l'appareil sont les principales causes de ce désintérêt.

Selon les médecins interrogés, les retours sur le traitement sont très favorables. Les patients se sentent moins fatigués. Ils retrouvent leur dynamisme et leur tension artérielle s'équilibre. Certains, même, ne peuvent plus se passer de l'appareil une fois les bienfaits ressentis. Une certaine dépendance se met en place.

Cependant, dans notre étude, il apparaît que les problèmes de tolérance de l'appareil sont considérables et constituent le principal facteur de mauvaise observance ou d'arrêt du traitement.

Quelques médecins seulement ont abordé l'importance des règles hygiéno-diététiques avec la perte de poids et l'exercice physique dans le traitement du SAHOS. Pourtant, certaines études ^{[53] [54] [55]} montrent bien l'influence des règles hygiéno-diététiques sur l'IAH. Elles peuvent être utilisées en même temps que la PPC ou le traitement ORL, ou comme traitement seul, s'il existe un refus de la PPC ou un problème de compliance.

La majorité des médecins généralistes interrogés sont conscients des complications du SAHOS, sur le plan cardio-vasculaire et neuropsychique, ainsi que de ses répercussions importantes sur la qualité de vie du patient.

Ils connaissent également les bienfaits du traitement par PPC et le problème de tolérance

de l'appareil mais ne se sentent pas acteurs principaux dans cette prise en charge.

Pourtant, le médecin généraliste a un rôle primordial dans l'accompagnement des patients pour les aider à passer la barrière de la tolérance. Leur investissement est donc important pour renforcer l'adhésion du patient à son traitement.

4- Suivi

Dans la littérature, il est recommandé un suivi à 3 mois, à 6 mois, puis annuellement, et un contrôle de l'observance au cours du premier mois ainsi qu'à chaque visite. ^[56]

La plupart des médecins de l'étude n'ont pas de consultations dédiées au SAHOS. Quelques-uns ont même insisté sur le fait qu'une fois le patient envoyé au spécialiste pour le diagnostic, ils n'en entendent plus parler. Dans les études quantitatives réalisées sur le sujet, la majorité des médecins admettaient ne pas s'investir dans le suivi des patients apnéiques et appareillés. ^{[6] [57] [58]}

Ce manque d'implication est expliqué dans notre étude par :

- Un manque de connaissances sur le traitement, comme vu précédemment. Les médecins ne sont pas à l'aise avec l'appareil et ne savent pas comment le surveiller.
- Un manque de temps : en effet, les patients sont en général polypathologiques et consultent fréquemment pour plusieurs motifs. La question du SAHOS n'est abordée, dans la plupart des cas, que si le patient évoque rapidement le sujet de lui-même, parfois en fin de consultation. La gestion du temps est importante en médecine libérale et il est donc difficile d'évoquer tous les sujets en une seule consultation.
- Un défaut de collaboration avec le spécialiste : le plus souvent, le suivi est laissé au spécialiste qui a initié le traitement, et les médecins généralistes ont du mal à trouver leur place dans le suivi.

Certains médecins collaborent étroitement avec le spécialiste et ne sentent pas le besoin de faire le suivi en plus de celui-ci (envoi de correspondances...). D'autres, au contraire, n'ont aucune relation avec le spécialiste et ne savent pas où en sont les patients une fois appareillés, car soit ils ne reviennent plus en consultation, soit ils reviennent mais uniquement pour le suivi de leurs autres pathologies.

Pour les médecins qui suivent le SAHOS appareillé, les paramètres les plus fréquemment

surveillés sont : la tolérance, l'observance, l'efficacité et la mesure de la pression artérielle. Dans une aire où la prévention tertiaire, l'accompagnement des sujets atteints de pathologies lourdes ou chroniques est en plein développement, la prévention des complications, l'organisation de l'offre de soins, l'aide au bon suivi des traitements devraient être mis en avant. ^[59]

En effet, dans les recommandations pour la pratique clinique de 2010 sur le SAHOS ^[56], l'observance moyenne de la PPC est comprise généralement entre 65 % et 85 % à un an. L'abandon du traitement se fait dans les 6 premiers mois, le plus souvent dans les 3 mois suivant l'instauration, et le niveau de l'observance à un mois vis-à-vis du traitement serait prédictif de l'observance ultérieure.

Le médecin traitant, du fait de son rôle spécifique de conseil et de suivi auprès du patient, devrait être au cœur de ce dispositif.

B. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du SAHOS

Les missions du médecin généraliste sont décrites dans le code de la santé publique (article L430-1) : ^[60]

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.
- Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social.
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques.
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.

Concernant la prise en charge du SAHOS en médecine générale, la majorité des médecins de notre étude se retrouvent sur un même point : leur rôle est primordial.

Cependant, on observe, ainsi que dans les autres enquêtes réalisées sur le sujet, qu'ils ont un rôle prioritairement de dépistage et d'orientation. Les médecins interrogés se justifient de la manière suivante : « On ne peut pas tout faire sinon on ne fait rien de bien ! » L'un

d'eux parle même d'avoir un rôle de chef d'orchestre qui organise la prise en charge mais qui ne la fait pas lui-même.

Plus rares sont les médecins qui mentionnent un rôle dans l'accompagnement des patients, la prévention et l'observance.

Notre étude a permis d'interroger quelques médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire ambulatoire en cabinet de médecine générale. Pour eux, leur rôle dans la prise en charge du SAHOS est global : du dépistage au suivi. Ils estiment avoir également un rôle dans l'observance du traitement.

C. Place de la polygraphie ventilatoire ambulatoire en médecine générale

Dans notre étude, nous avons interrogé quatre médecins généralistes pratiquant la polygraphie ventilatoire ambulatoire. Aucune autre étude ne s'est intéressée jusqu'à présent à cette catégorie de médecins dans la prise en charge du SAHOS.

Deux médecins passent par un prestataire d'oxygène à domicile pour mettre en place la polygraphie ventilatoire. Le patient et le prestataire ont rendez-vous au cabinet du médecin. Ils mettent en place ensemble l'appareil et en expliquent les modalités au patient qui rentrera à domicile pour l'enregistrement nocturne. Le prestataire ramène les courbes au médecin généraliste pour l'interprétation et la prescription du traitement.

Les deux autres médecins interrogés équipent eux-mêmes leur patient sans l'aide de prestataire, dans leur cabinet. Ensuite, le patient rentre à domicile et leur rapporte la mallette pour l'analyse. Une fois les résultats récupérés, ils contactent le prestataire pour mettre en place le traitement.

En terme de suivi, les médecins reçoivent les comptes rendus des prestataires tous les trois mois. Ils revoient donc en consultation les patients pour faire le point tous les trois mois en fonction des résultats, avec la feuille de suivi. Un bilan plus complet est réalisé tous les ans.

Nous avons interrogé l'ensemble des médecins sur les bénéfices et les freins à la mise en place d'une telle pratique en médecine générale :

Pour les bénéfices :

- Les médecins ne pratiquant pas la polygraphie ventilatoire y trouvent néanmoins un bénéfice incontestable pour ceux qui se situent en zone rurale. En effet, pour la plupart, la prise en charge, dans ce milieu, serait plus rapide que d'attendre le rendez-vous avec le spécialiste. Pour certains, cette pratique en médecine générale apporterait également un bénéfice de connaissances et pourrait rendre l'autonomie aux médecins en leur permettant de mieux maîtriser le côté technique du SAHOS, en particulier sur le traitement.

Par ailleurs, la majorité des médecins ne trouvent pas spécialement de bénéfice à une telle pratique.

- Pour les médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire, en dehors de la prise en charge plus rapide et de l'augmentation du nombre de dépistages, le principal avantage est avant tout l'amélioration de l'observance. En effet, certains ont mis en avant que la conviction gagne avec la confiance du fait qu'il soit LE médecin de famille. Les patients sont vus régulièrement, les médecins connaissent leurs habitudes, leur caractère, leur vie personnelle... D'après eux, tout ceci pourrait non seulement renforcer l'adhésion au traitement, mais aussi permettrait de réaliser l'examen de dépistage plus largement, certains patients ne prenant jamais le rendez-vous chez le spécialiste une fois le courrier en mains. Pour ces médecins, il s'agit d'un outil parmi d'autres, comme de savoir faire un électrocardiogramme. L'avantage financier est aussi, bien entendu, mis en avant.

Pour les freins :

- Pour les médecins ne pratiquant pas la polygraphie ventilatoire, les freins à la mise en place de cette pratique en médecine générale sont nombreux. On retrouve surtout une crainte sur la qualité de l'examen et l'absence de bilan pulmonaire global du fait qu'il ne soit pas réalisé par le spécialiste. Les médecins jugent que ce n'est pas leur rôle et qu'il faut laisser faire les spécialistes dont c'est le métier. Pour certains, l'accès au spécialiste est simple et rapide. L'absence de formation, de connaissances et le manque de temps font aussi partis des freins évoqués. Un médecin parle même de surdiagnostic par le prestataire devant le bénéfice financier réalisé à l'appareillage.

- Pour les médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire, les freins sont plutôt la reconnaissance de leur examen vis-à-vis des spécialistes et la collaboration avec ces derniers. En effet, certains médecins disent que s'ils ont un problème ou un doute diagnostique avec leur examen, il leur est difficile de se retourner vers un spécialiste pour

réaliser une polysomnographie, comme la recommandation le précise.

Le temps passé avec les patients pour l'éducation thérapeutique, à savoir leur expliquer le traitement et les convaincre, fait aussi partie des freins.

Un autre médecin évoque l'aspect financier. Pour lui, si la polygraphie ventilatoire ambulatoire est jugée moins complète que celle réalisée par le spécialiste, il faudrait simplement baisser la cotation et ne pas en faire une affaire financière. Il faudrait ouvrir le dispositif aux médecins généralistes pour en faire un premier niveau de dépistage.

Une étude sur l'avis des spécialistes (pneumologues, cardiologues, ORL...) sur le sujet serait intéressante : selon eux, existe-t-il des avantages à développer cette pratique en médecine générale et faire de cet examen un premier niveau de dépistage ?

D. Pistes pour améliorer la prise en charge du SAHOS

1- Formation

La majorité des médecins de l'étude pensent qu'une formation sur le sujet est importante. Car, en effet, le syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil est un problème d'actualité dont on parle de plus en plus ces dernières années.

Cependant, sur les 17 médecins interrogés, plus de la moitié n'a reçu aucune formation ou bien est autodidacte. En effet, l'enseignement de cette pathologie a été mis en place au début des années 90. La plupart des médecins n'ont donc pas bénéficié de formation au cours de leur cursus universitaire. La formation médicale continue et les revues médicales sont des sources importantes de formation pour les médecins interrogés, qu'il convient de continuer à développer.

Pour certains médecins, la formation permettrait une augmentation du nombre de dépistages du SAHOS et donc une augmentation de diagnostics positifs. En effet, les symptômes non spécifiques du SAHOS étant peu connus, une meilleure connaissance permettrait d'avoir un nouveau regard sur certains symptômes, comme l'asthénie ou les céphalées matinales.

De plus, ce qui revient souvent dans notre étude, c'est que le fait de bien comprendre la pathologie et son traitement rendrait la prise en charge meilleure car les médecins seraient plus à l'aise sur le sujet. Il y aurait ainsi un intérêt dans la collaboration avec les spécialistes et l'éducation thérapeutique car s'ils ne maîtrisent pas le fonctionnement du

traitement, il leur est plus difficile d'en parler et de convaincre.

2- Polygraphie ventilatoire en médecine générale

Dans notre étude, tous les médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire ont suivi une formation. Ils savent lire un tracé et connaissent le matériel utilisé. Dans l'ensemble, ils pensent avoir augmenté le dépistage et donc, le nombre de patients apnéistes dans leur patientèle. L'un des médecins interrogés mentionne même le fait que le SAHOS est rentré dans son questionnaire d'interrogatoire et d'examen clinique systématique depuis qu'il s'y intéresse.

Notre étude conforte donc l'hypothèse relevée par le Dr Moquant ^[42], selon laquelle l'une des pistes pour améliorer la pratique était de développer la formation des médecins traitants à la polygraphie ambulatoire pour permettre une prise en charge plus rapide des patients.

La polygraphie ventilatoire ambulatoire deviendrait, en médecine ambulatoire, un outil diagnostique parmi d'autres, comme l'ECG ou encore l'EFR. Comme l'indique l'un des médecins, elle serait un premier niveau de dépistage.

Une fois le diagnostique posé, les médecins pratiquant la polygraphie ventilatoire suivent plus régulièrement leur patient présentant un SAHOS et ont une collaboration plus étroite avec les prestataires qui font des relevés tous les trois mois de la PPC.

La pratique de cette technique en médecine générale pourrait, en plus de l'augmentation du nombre de dépistages, améliorer l'observance du traitement en augmentant l'implication des médecins dans le suivi. En effet, un suivi plus rapproché permettrait la vérification systématique de l'efficacité et de la tolérance de l'appareil, ainsi que la redondance des conseils afin d'éviter les abandons précoces du traitement par PPC.

Le principal frein à cette pratique chez les médecins généralistes qui l'ont développée, est la reconnaissance parmi les spécialistes. Il en ressort du coup une difficulté à la collaboration.

3- Collaboration avec les spécialistes

Pour certains médecins généralistes interrogés, le poids du spécialiste dans l'observance est

important car ils seraient, selon eux, plus directifs, plus convaincants du fait de leur statut et auraient plus d'impact sur l'avis du patient.

Pour d'autres, le rôle du médecin généraliste dans l'observance est primordial car, en tant que médecin de famille, les patients ont davantage confiance en lui et ont tendance à se confier plus librement.

Diverses études, dont celle de Ghivalla ^[58], ont mis en évidence un manque d'échanges et de retours d'informations entre généralistes, spécialistes et prestataires.

Il faudrait donc, pour le bien du patient, améliorer cette collaboration, en mettant conjointement en place, une stratégie pour essayer de convaincre et d'améliorer l'observance.

L'envoi des relevés d'observance d'appareillage de PPC n'est effectué qu'au médecin prescripteur de l'appareillage. Or, si cette transmission d'information se faisait de manière systématique aux médecins traitants (comme c'est le cas, par exemple, pour le résultat d'une prise de sang examiné lors d'une consultation pour vérifier que le taux d'HbA1C est correct chez un diabétique ou que la TSH est dans les normes chez un patient traité pour hypothyroïdie), cela permettrait à ces derniers de s'intéresser et de s'impliquer un peu plus dans le suivi des patients.

L'objectif serait de faire évoluer la prise en charge multidisciplinaire vers un réel travail interdisciplinaire. ^[61]

4- Information aux patients

Certains médecins de l'étude pensent qu'il convient d'améliorer l'information aux patients et faire connaître cette pathologie au grand public. Ils ont pris comme exemple l'information à l'aide de brochures ou par l'intermédiaire des médias.

En effet, le syndrome d'apnée du sommeil reste abstrait pour certains patients et le fait que les médias en parlent, qu'ils soulignent qu'il est important de soigner cette pathologie, que les complications sont nombreuses et sévères, pourrait renforcer le dépistage et l'observance.

D'ailleurs, la diffusion d'articles au grand public commence à voir le jour :

- La Société Scientifique de Médecine Générale a créé une fiche « patient » à délivrer en

consultation et qui résume la pathologie, le traitement et les complications. ^[62]

- Sur le site Ameli santé, un article disponible aux assurés explique la pathologie de manière un peu plus approfondie, avec la physiopathologie, le suivi, etc. ^[63]

- Des journées nationales du sommeil peuvent être proposées aux patients pour apprendre à bien vivre avec leur traitement.

Par exemple, Alliance Apnées du Sommeil organise et participe à des manifestations régionales et nationales afin de communiquer, informer et sensibiliser les personnes concernées par l'apnée du sommeil, leur entourage, les professionnels de santé, les pouvoirs publics ainsi que le grand public. ^[64]

En 2016, le thème était : apnée du sommeil et nouvelles technologies ; le thème de cette année est : SAHOS et nutrition.

- Sur le site Alliance Apnée du Sommeil, il existe des brochures explicatives à l'attention des patients sur plusieurs thèmes, comme par exemple : Voyages, vacances et apnées du sommeil.

- Il existe d'autres sites, d'autres associations, comme le Réseau Morphée ou Respir@dom, qui sont des espaces dédiés aux personnes touchées par le SAHOS, à leur entourage, et à ceux qui désirent se renseigner afin de mieux comprendre les enjeux du SAHOS et son traitement. ^[65]

Il s'agit, en fait, de communiquer pour informer, conseiller et orienter. Ces moyens de communication devraient être plus largement utilisés par les médecins généralistes. Ce sont des outils importants dans une aire où Internet et les réseaux sociaux sont au premier plan. En effet, par manque de temps lors d'une consultation, le fait de remettre une brochure d'information ou de donner un lien pour que le patient puisse se renseigner à domicile et poser ses questions à la prochaine consultation, pourrait renforcer la compréhension et donc l'adhésion du patient à sa maladie et à son traitement.

De même, il faudrait développer l'accès aux ateliers d'éducation thérapeutique.

Comme dans d'autres maladies chroniques, l'éducation thérapeutique des patients (ETP) apnéiques a sa place tout au long de la prise en charge et les besoins éducatifs devront sans cesse être réévalués. La prise en compte de l'entourage, et plus particulièrement du conjoint, est un gage de réussite. Cette dimension pédagogique représente aujourd'hui une

part incontournable du mandat du soignant en charge de patients apnéiques. ^[61]

De plus, les interventions psycho-éducatives sont les seules interventions ayant démontré, dans des études randomisées contrôlées, une efficacité sur l'adhésion au traitement par PPC. ^[66]

Enfin, différents partenaires institutionnels se sont réunis au sein d'une association, nommée « Passerelles Éducatives », visant la production de stratégies et d'outils éducatifs pour cette pathologie. ^[67]

5- Amélioration de la tolérance de l'appareil

La PPC représente un traitement contraignant pour lequel des difficultés d'observance peuvent se poser. Il existe de nombreuses interfaces différentes pour l'administration de la PPC, telles que des masques couvrant le nez, la bouche, le nez et la bouche, et même tout le visage. Malheureusement, les patients souffrent souvent d'effets secondaires liés à cette interface qui peuvent les pousser à arrêter le traitement par PPC. ^[68]

Des innovations technologiques auraient un impact sur l'observance à la PPC : machines plus petites, moins bruyantes et plus confortables avec un choix de masques plus large. ^[69]

De nombreuses études randomisées et deux méta-analyses ont analysé les moyens susceptibles d'améliorer l'observance ^{[66] [56]} :

- Le choix de la PPC : les PPC fixes ou autopilotées donnent des résultats identiques en termes d'observance (niveau de preuve 1).
- Le mode de titration : il n'influence pas l'observance (niveau de preuve 1). ^{[13] [15]}
- Le choix du masque : un travail ancien randomisé ^[70], portant sur un petit effectif (20 patients) et à court terme (1 mois), montrait la supériorité en première intention (+ 1h/nuit) d'un masque nasal par rapport à un masque facial (niveau de preuve 2).
- La méta-analyse Cochrane publiée en 2006 ^[68] montre que la mise en place d'un système d'humidification sur le circuit de la PPC est susceptible d'améliorer la tolérance. En revanche, l'utilisation d'un système d'humidification en première intention n'améliore pas l'observance (niveau de preuve 2).

Une autre étude, réalisée en 2009 ^[71], montre qu'afin d'améliorer l'observance du traitement, des modifications ont été apportées aux appareils mécaniques utilisés pour administrer la pression. Il s'agit notamment de la PPC autopilotée, de la PP à double niveau de pression, du relâchement de pression à l'expiration et de l'humidification supplémentaire.

La stimulation du nerf hypoglosse peut être considérée comme une thérapeutique innovante, présentant un intérêt certain pour la diminution de l'IAH secondaire à un SAHOS modéré à sévère. Il s'agit donc d'une option thérapeutique qui sera très probablement à intégrer dans la prise en charge du SAHOS. ^[72] ^[73] ^[74]

CONCLUSION

Le SAHOS, de part ses complications et sa fréquence, est à ce jour, un véritable problème de santé publique. Bien qu'une amélioration des connaissances des médecins généralistes ait été mise en avant au fil des années dans la littérature, le SAHOS reste encore largement sous-dépisté en médecine générale.

Dans notre étude, la majorité des médecins généralistes interrogés dépistent principalement les patients présentant un profil typique du SAHOS à savoir : patient de sexe masculin, âgé de 50 ans, en surpoids et ronfleurs. Mais le SAHOS ne se résume pas uniquement à ce terrain et à ces symptômes. D'autres signes cliniques et terrains à risques moins fréquents doivent être également évoqués pour augmenter le dépistage dans la population générale.

De plus, un manque d'investissement global des médecins généralistes dans la prise en charge de cette pathologie a été démontré dans plusieurs études.

Au travers de nos entretiens, nous avons pu reconstituer cette prise en charge en soins primaires, du dépistage au suivi, et mettre en avant les raisons de ce désinvestissement.

La plupart des médecins, après avoir évoqué le diagnostic de SAHOS, adressent leur patient à un spécialiste et leur prise en charge s'arrête là. Ils ne sont pas acteurs principaux même s'ils sont conscients des complications de la pathologie, des bienfaits du traitement et des problèmes de tolérance qui jouent sur l'observance.

Ils considèrent ne pas avoir les connaissances suffisantes pour gérer le traitement.

Aussi, la complexité de la PPC et le manque de connaissances sont des freins importants pour la prise en charge thérapeutique et le suivi en médecine générale. La gestion par le spécialiste serait une sorte de réassurance.

Le manque de temps et les consultations chronophages sont aussi des facteurs limitants à cette prise en charge.

Cette enquête a également permis de proposer de nouvelles suggestions pour une meilleure pratique : à l'échelle nationale, poursuivre les efforts de communication déjà entrepris auprès des patients et des professionnels de santé ; à l'échelle locale et individuelle, favoriser la formation des médecins généralistes, la collaboration entre les différents acteurs, et l'amélioration, la sophistication du matériel de PPC pour une meilleure tolérance.

Malgré la réticence, dans notre étude, de certains médecins, le développement de la

polygraphie ventilatoire ambulatoire en médecine générale pourrait être une piste.

Les médecins interrogés, pratiquant la polygraphie ventilatoire ambulatoire, ont tous suivi une formation et dans l'ensemble, ils s'impliquent davantage dans la prise en charge des patients présentant un SAHOS : notamment, au niveau du suivi et de la recherche d'une bonne observance thérapeutique. Une enquête auprès des spécialistes sur le sujet pourrait s'avérer intéressante.

Une meilleure implication des médecins généralistes est attendue à tous les niveaux. Cela passe par un accès à une meilleure formation du médecin et un suivi plus approfondi de ses patients.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] PUNJABI, Naresh M. The Epidemiology of Adult Obstructive Sleep Apnea. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 2008, vol. 5, n°2, p. 136-143.
- [2] Haute Autorité de Santé. Comment prescrire les dispositifs médicaux de traitement du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil chez l'adulte. *Bon usage des technologies de santé*, HAS, 2014.
- [3] TRZEPIZUR, W. et GAGNADOUX, F. Épidémiologie du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil. *Revue des Maladies Respiratoires*, juin 2014, vol. 31, n°6, p. 568-577.
- [4] Haute Autorité de Santé. Evaluation clinique et économique des dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS). *Révision de catégories homogènes de dispositifs médicaux*, HAS, 2014.
- [5] ESCOURROU, P., MESLIER N., RAFFESTIN B., CLAVEL R., GOMES J., HAZOUARD E., et al. Quelle approche clinique et quelle procédure diagnostique pour le SAHOS ? *Revue des Maladies Respiratoires*, octobre 2010, vol. 27, n°S3, p. 115-123.
- [6] GUERAN, M. *Le syndrome d'apnées du Sommeil en médecine générale : état des lieux des pratiques, freins à la prise en charge et au suivi. Enquête descriptive auprès de 118 médecins généralistes de la région Ile-de-France*. Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de Médecine Paris Diderot, 2015, 62 p.
- [7] MARIJON, C. *Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes concernant le Syndrome d'Apnées du Sommeil : enquête descriptive auprès de 141 libéraux installés sur l'île de la Réunion*. Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de Médecine Bordeaux II, 2005, 107 p.
- [8] PONTIER, S., et al. Prise en charge du syndrome d'apnées obstructives du sommeil en médecine générale en Midi-Pyrénées. *Revue des Maladies Respiratoires*, mars 2007, vol. 24, n°3, p. 289-297.
- [9] GRANDJEAN, G., MULLENS, E. État des lieux de la prise en charge des apnées du sommeil en médecine générale en 2011. *Médecine du Sommeil*, 2014, vol. 11(1), p. 40.
- [10] American Academy of Sleep Medicine Task Force. Sleep-related breathing disorders in adults : recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. *Sleep*, 1999, vol. 22, p. 667-689.
- [11] Société de pneumologie de langue française, Société française d'anesthésie

- réanimation, Société française de cardiologie, Société française de médecine du travail, Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, Société de physiologie, et al. Recommandations pour la pratique clinique du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte [version longue]. *Revue des Maladies Respiratoires*, 2010, vol. 27 (Supplément 3), S113-S178.
- [12] Haute Autorité de Santé. Place et conditions d'utilisation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire dans les troubles du sommeil. *Note de cadrage*, HAS, 2011.
 - [13] CROSS, M. D., VENNELLE M., ENGLEMAN H. M., WHITE S., MACKAY, T. W., TWADDLE S., DOUGLAS, N. J. Comparison of CPAP titration at home or the sleep laboratory in the sleep apnea hypopnea syndrome. *Sleep*, 2006, vol. 29, p. 1451-1455.
 - [14] MASA, J. F., JIMENEZ, A., DURAN, J., CAPOTE, F., MONASTERIO, C., MAYOS, M., TERAN, J., HERNANDEZ, L., BARBE, F., MAIMO, A., RUBIO, M., MONTSERRAT, J. M. Alternative methods of titrating continuous positive airway pressure : a large multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2004, vol. 170, n°11, p. 1218-1224.
 - [15] MORGENTHALER, T. I., AURORA, R. N., BROWN, T., ZAK, R., ALESSI, C., BOEHLECKE, B., CHESSON, A. L. Jr, FRIEDMAN, L., KAPUR, V., MAGANTI, R., OWENS, J., PANCER, J., SWICK, T. J. Standards of Practice Committee of the AASM ; American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for the use of auto-titrating continuous positive airway pressure devices for titrating pressures and treating adult patients with obstructive sleep apnea syndrome: an update for 2007. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*, 2008, vol. 31, p. 141-147.
 - [16] Haute Autorité de Santé. Place et conditions d'utilisation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire dans les troubles du sommeil. *Rapport d'évaluation technologique*, HAS, mai 2012.
 - [17] PUNJABI, N. M., CAFFO, B. S., GOODWIN, J. L., GOTTLIEB, D. J., NEWMAN, A. B., O'CONNOR, G.T., et al. Sleep-disordered breathing and mortality : a prospective cohort study. *PLoS Medicine*, 2009, vol. 6, e1000132.
 - [18] YOUNG, T., FINN, L., PEPPARD, P. E., SZKLO-COXE, M., AUSTIN, D., NIETO, F. J., et al. Sleep disordered breathing and mortality: 18-year follow-up of the Wisconsin sleep cohort. *Sleep*, 2008, vol. 31, p. 1071-1078.
 - [19] MARSHALL, N. S., WONG, K. K., LIU, P. Y., CULLEN, S. R., KNUIMAN, M. W., GRUNSTEIN, R. R. Sleep apnea as an independent risk factor for all-cause mortality : the Busselton Health Study. *Sleep*, 2008, vol. 31, p. 1079-1085.
 - [20] HE, J., KRYGER, M. H., ZORICK, J. F., CONWAY, W., T ROTH, T. Mortality

and apnea index in obstructive sleep apnea. Experience in 385 male patients. *Chest*, 1988, vol. 94, p. 9-14.

- [21] LOGAN, A. G., PERLIKOWSKI, S. M., MENTE, A., TISLER, A., TKACOVA, R., NIROUMAND, M., et al. High prevalence of unrecognized sleep apnoea in drug-resistant hypertension. *Journal of Hypertension*, 2001, vol. 19, p. 2271-2277.
- [22] PEPPARD, P. E., YOUNG, T., PALTA, M., SKATRUD, J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *The New England Journal of Medicine*, 2000, vol. 342, p. 1378-1384.
- [23] MOOE, T., RABBEN, T., WIKLUND, U., FRANKLIN, K. A., ERIKSSON, P. Sleep-disordered breathing in women : occurrence and association with coronary artery disease. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 1996, vol. 101, p. 251-256.
- [24] SHAHAR, E., WHITNEY, C. W., REDLINE, S., LEE, E. T., NEWMAN, A. B., JAVIER NIETO, F., et al. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease : cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 2001, vol. 163 p. 19-25.
- [25] HUI, D. S., CHOY, D. K., WONG, L. K., KO, F. W., LI, T. S., WOO, J., et al. Prevalence of sleep-disordered breathing and continuous positive airway pressure compliance : results in chinese patients with first-ever ischemic stroke. *Chest*, 2002, vol. 122, p. 852-860.
- [26] PARRA, O., ARBOIX, A., BECHICH, S., GARCIA-EROLE, L., MONTSERRAT, J. M., LOPEZ, J. A., et al. Time course of sleep-related breathing disorders in first-ever stroke or transient ischemic attack. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 2000, vol. 161, p. 375-380.
- [27] ARZT, M., YOUNG, T., FINN, L., SKATRUD, J. B., BRADLEY, T. D. Association of sleep-disordered breathing and the occurrence of stroke. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 2005, vol. 172, p. 1447-1451.
- [28] ARONSOHN, R. S., WHITMORE, H., VAN CAUTER, E., TASALI, E. Impact of untreated obstructive sleep apnea on glucose control in type 2 diabetes. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 2010, vol. 181, p. 507-513.
- [29] TASALI, E., MOKHLESI, B., VAN CAUTER, E. Obstructive sleep apnea and type 2 diabetes : interacting epidemics. *Chest*, 2008, vol. 133, p. 496-506.
- [30] FLEURY, B., COHEN-LEVY, J., LACASSAGNE, L., BUCHET, I., GERAADS, A., PEGLIASCO, H., GAGNADOUX, F. Traitement du SAHOS par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM). *Revue des Maladies Respiratoires*, 2010, vol. 27, S146-56.
- [31] LIM, J., LASSERSON, T. J., FLEETHAM, J., WRIGHT, J. Oral appliances for

obstructive sleep apnoea. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 1, CD004435.

- [32] Medical Advisory Secretariat, Ministry of Health and Long-Term Care. Oral appliances for obstructive sleep apnea : an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 2009, vol. 9, p. 1-51.
- [33] LI, W., XIAO, L., HU, J. The comparison of CPAP and OA in treatment of patients with OSA : A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Care*, 2013, vol. 58, p. 1184-1195.
- [34] BLUMEN, M., CRAMPETTE, L., FISCHLER, M., et al. Traitement chirurgical du SAHOS. *Revue des Maladies Respiratoires*, 2010, vol. 27, S157-S165.
- [35] HUDELSON, P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Revue médicale suisse*, 2004, vol. 0. 24011
- [36] MOREAU, A., DEDIANNE, M-C., LETRILLIART, L., LE GOAZIOU, M-F., LABARERE, J., TERRA, J-L. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien - Médecine Générale*, 2004, tome 18, n°645.
- [37] FRAPPE, P. De l'objectif au protocole, Initiation à la recherche, Mayenne : GMSanté et CNGE, 2011.
- [38] FRAPPE, P. De la question au type d'étude, Initiation à la recherche, Mayenne : GMSanté et CNGE, 2011.
- [39] BRITTEN, N. Qualitative research : qualitative interviews in medical research, *BMJ*, 1995, vol. 311, p. 251-253.
- [40] AUBIN-AUGER, I., MERCIER, A., et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 2008, n°84, vol. 19, p. 142-145.
- [41] COTE, L., TURGEON, J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*, 2002, vol. 3, n°2.
- [42] MOCQUANT, M. Quels sont les freins au dépistage du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil en médecine générale : étude des pratiques des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de médecine de Lille, 2016, 98 p.
- [43] BIXLER, E. O., et coll., Effects of age on sleep apnea in men : I. Prevalence and severity. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 1998, vol. 157, p. 144-148.
- [44] STROHL, K. P., REDLINE, S. Recognition of obstructive sleep apnea. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 1996, vol. 154, p. 279-289.
- [45] YOUNG, T., PEPPARD, P. E., TAHERI, S. Excess weight and sleep-disordered

breathing. *Journal of Applied Physiology*, 2005, vol. 99, p. 1592-1599.

- [46] SHI, J., PIAO, J., LIU, B., PAN, Y., GONG, Y., DENG, X., SUN, W., LU, S., LI, Y. Obstructive sleep apnea increases systolic and diastolic blood pressure variability in hypertensive patients. *Blood Pressure Monitoring*, 2017, vol. 22(4), p. 208-212.
- [47] 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, vol. 20, n°9, p. 705-706.
- [48] COLLOP, N. The effect of obstructive sleep apnea on chronic medical disorders. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2007, vol. 74, p. 72-78.
- [49] PLACIDE, L. Evaluation d'un programme de dépistage et d'appareillage du syndrome d'apnées du sommeil. Expérience de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Ducos en Martinique. Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de médecine H. Basteraud des Antilles, 2015, 104 p.
- [50] BODEZ, D., COHEN, A. Le syndrome d'apnée du sommeil en cardiologie : épidémiologie, risques et circonstances de découverte. *AMC Pratique*, mai 2015, n°238, p. 18-27.
- [51] Collège des médecins du Québec. Apnée obstructive du sommeil et autres troubles respiratoires du sommeil. 2014. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2014-03-01-fr-apnee-sommeil-et-autres-trouble-respiratoires.pdf>
- [52] DELAMOTTE, C. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil: état des lieux de la pratique des médecins généralistes en Picardie. Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2013
- [53] AIELLO, K. D., CAUGHEY, W. G., NELLURI, B., SHARMA, A., MOOKADAM, F., MOOKADAM, M. Effect of exercise training on sleep apnea : A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 2016, vol. 116, p. 85-92.
- [54] ANDRADE, F. M., PEDROSA, R. P. The role of physical exercise in obstructive sleep apnea. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2016, vol. 42(6), p. 457-464.
- [55] MEURICE, J. C. et al. Could physical activity protect against sleep-related respiratory events and their complications ? *Revue des Maladies respiratoires*, 2010, vol. 27, n° 7, p. 667-669.
- [56] PORTIER, F., ORVOEN FRIJA, E., CHAVAILLON, J. M., et al. Traitement du SAHOS par ventilation en pression positive continue (PPC). *Revue des Maladies Respiratoires*, 2010, Vol. 27, n° S3, p. 137-145.
- [57] VACHON, J. Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes concernant le syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'adulte : enquête

descriptive auprès de 100 médecins libéraux en région Île-de-France. Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de Médecine Paris-Descartes, 2010.

- [58] GHIVALLA, S. Facteurs prédictifs d'inobservance thérapeutique dans le syndrome d'apnées du sommeil appareillé. Niveau d'implication du médecin généraliste dans la prise en charge thérapeutique. Etude menée au travers d'un auto questionnaire sur une population de 309 patients et de 120 médecins généralistes. Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de Médecine Paris Diderot, 2010, 127 p.
- [59] BAUDIER, F. et al. Haut Conseil de la santé publique. Consultations de prévention. *Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement*, Mars 2009.
- [60] DRUAIS, P. L. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Mission « médecine générale », Rapport, 2015. [En ligne]. Disponible sur : http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
- [61] BARTHASSAT, V., CHAMBOULEYRON, M., GOLAY, A. Propositions pour une éducation thérapeutique du patient apnéique. *Médecine des maladies Métaboliques* - Mai-Juin 2009, vol. 3, n°3, p. 298-302.
- [62] AROUS, Dr. Apnée du sommeil. *Société scientifique de médecine générale*. Janvier 2016. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.mongeneraliste.be/fiches-patients/apnee-du-sommeil>
- [63] Apnée du sommeil : Symptômes, diagnostic et évolution. Mai 2017. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/apnee-du-sommeil/symptomes-apnee-du-sommeil.html>
- [64] Alliance Apnées du sommeil. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.allianceapnees.org/>
- [65] Respir@dom. La télémédecine au service des patients apnéiques. [En ligne]. Disponible sur <http://respiradom.fr/>
- [66] HANIFFA, M., LASSERSON, T. J., SMITH, I. Interventions to improve compliance with continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (4), CD003531.
- [67] JACQUEMET, S. Why undertake a programme of therapeutic education for patients suffering from the sleep apnoea syndrome ? *Revue des Maladies Respiratoires*, juin 2005, vol. 22, n°3, p. 387-391.
- [68] CHAI, C. L., PATHINATHAN, A., SMITH, B. J. Interfaces d'administration de pression positive continue dans l'apnée obstructive du sommeil chez l'adulte. *Cochrane Airways Group*, 18 Octobre 2006.

- [69] SMITH, I., LASSERSON, T. J. Pressure modification for improving usage of continuous positive airway pressure machines in adults with obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4), CD003531.
- [70] FITZPATRICK, M. F., ALLOWAY, C. E., WAKEFORD, T. M., MACLEAN, A. W., MUNT, P. W., DAY, A. G. Can patients with obstructive sleep apnea titrate their own continuous positive airway pressure ? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2003, vol. 167, p. 716-722.
- [71] SMITH, I., LASSERSON, T. J. Pressure modification for improving usage of continuous positive airway pressure machines in adults with obstructive sleep apnoea. *Cochrane Airways Group*, octobre 2009.
- [72] DEDHIA, R. C., STROLLO, P. J., SOOSE, R. J. Upper airway stimulation for obstructive sleep apnea : past, present, and future. *Sleep*, 2015, vol. 38, p. 899-906.
- [73] FRIEDMAN, M., JACOBOWITZ, O., HWANG, M. S., BERGLER, W., FIETZE, I., ROMBAUX, P., MWENGE, G. B., YALAMANHALI, S., CAMPANA, J., MAURER, J. T. Targeted hypoglossal nerve stimulation for the treatment of obstructive sleep apnea : Six-month results. *The Laryngoscope*, 2016, vol. 126(11), p. 2618-2623. Epub 2016 Mar 24.
- [74] ALFONSO DELGADO, L., MICOULAUD, J. A., MONTEROYL, P. J. Traitement du syndrome d'apnées et hypopnées obstructives du sommeil par stimulation nerveuse implantable. *La Presse Médicale*, Février 2016, vol. 45, n°2, p. 183-192.

GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF :

Exploration des pratiques des médecins généralistes vis-à-vis du SAHOS

Bonjour,

Avant tout, merci d'avoir accepté de me recevoir et de m'accorder un peu de votre temps pour cet entretien.

Je m'appelle Coralie Dufour, je suis interne en médecine générale.

Avec votre accord, je vais vous poser quelques questions, ouvertes, afin de vous laisser le plus possible de liberté dans vos réponses, sur une pathologie du sommeil. Cette séance sera enregistrée, et il est possible que je prenne quelques notes au fur et à mesure de l'entretien. J'analyserai ensuite ce qui a été dit de manière totalement anonyme.

→ Petit cas clinique pour commencer et découvrir le thème de l'étude :

Patient de 60 ans venant consulter pour asthénie.

Dans ses antécédents, on retrouve une hypertension artérielle difficile à équilibrer, et un surpoids. A l'interrogatoire, le patient vous dit qu'il a tendance à s'endormir plusieurs fois dans la journée.

Que suspectez-vous ? (Pensez-vous à autre chose ?)

« Relance si le médecin ne pense pas au SAHOS : sa femme est présente lors de l'entretien et vous rapporte qu'elle aussi a du mal à dormir car son mari ronfle beaucoup »

→ On part sur une suspicion de SAHOS :

Est-ce que ça vous est déjà arrivé de suspecter un SAHOS ? C'était quel type de patient ?

Dans quel contexte y avez-vous pensé ?

(Si non : avez-vous des patients atteints de SAHOS ?)

Comment s'est passée votre dernière consultation avec suspicion de SAHOS ? Pouvez-vous me raconter ? (Si non : imaginez le patient du cas clinique, que faites-vous ?)

Qu'avez-vous fait ? (Quelle a été votre attitude diagnostique ?)

Avez-vous rencontré des difficultés ? Lesquelles ?

« Relance si le médecin adresse le patient à un spécialiste : quelles sont les difficultés de communication, les délais d'attente, votre relation avec le spécialiste pour gérer le

SAHOS ? »

→ **Et la polygraphie ventilatoire en ville ? Qu'en pensez-vous ?**

Est-ce que vous faites de la polygraphie ventilatoire ? (Cela vous est-il déjà arrivé d'en faire ?)

(Si non : la pratiqueriez-vous ? Pourquoi ?)

Selon vous, pourrait-on tirer des bénéfices de cette pratique dans le dépistage du SAHOS en cabinet de médecine générale ?

Quels sont les freins à la mise en place de cette pratique selon vous ?

« Relance si le médecin pratique la polygraphie ventilatoire : quelles sont les étapes de la mise en place, parlez-moi de l'aspect financier »

→ **Et pour le traitement ?**

Comment vous y prenez-vous ?

Mettez-vous en place le traitement ? (Si non : Pour quelles raisons ?) Avez-vous déjà essayé ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

→ **Et pour le suivi ? Comment ça se passe ?**

Vous est-il arrivé de suivre un patient pour son SAHOS appareillé ? Comment se passe la consultation ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

« Relance : quelle est la place du spécialiste dans le suivi, existe-t-il une collaboration entre vous ? »

Si non, pour quelles raisons ? Comment l'envisageriez-vous si vous aviez à le faire ?

Concernant vos patients porteurs de cette maladie, que pensez-vous que ça représente pour eux ? Quelles sont les répercussions sur leur santé physique et psychique, leur qualité de vie ? Quelles sont les complications du SAHOS ?

Pour vous, quels sont les bienfaits du traitement selon les différentes techniques ?

→ **Pour résumer**, selon vous quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge du SAHOS ? Quel est son rôle ?

Quelles sont les difficultés rencontrées pour remplir ce rôle ?

Qu'est-ce qui pourrait vous aider à améliorer cette prise en charge ?

« Relance : Quel est l'intérêt d'une formation sur le sujet, selon vous ? Modifierait-elle votre pratique actuelle ? De quelle manière ? »

« Relance si le rôle du médecin est d'y penser, de le dépister : d'après vous, pourquoi certains médecins ne pensent-ils pas au SAHOS ? »

Est-ce qu'il y a des choses concernant ce thème que vous auriez voulu aborder ?

A la fin, **questionnaire quantitatif** pour définir les caractéristiques des médecins généralistes interrogés :

- Sexe : homme/femme
- Age
- Exercez-vous dans un milieu : rural/semi rural/urbain ?
- En quelle année vous êtes-vous installé ?
- Seul ou en groupe ?
- Nombre de patients par jour ?
- Spécialité : polygraphie ventilatoire ?
- Ordre d'idée du nombre de patients présentant un SAHOS que vous prenez en charge ?
- Etes-vous maître de stage universitaire ?
- Distance cabinet / hôpital ?
- Formation SAHOS ?

Annexe 2

Formulaire d'information et de consentement éclairé

1. Présentation du cadre de l'étude :

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de thèse de Mlle Coralie DUFOUR, (Interne en médecine générale à l'université de Nice Sophia Antipolis), dirigé par le Dr GANASSI Alain (médecin généraliste à MOUGINS), sur l'exploration des pratiques des médecins généralistes de la région PACA, vis-à-vis d'une pathologie du sommeil.

2. Déroulement de la participation

Il s'agit d'un entretien individuel, dans un lieu de votre choix. Il aura une durée d'environ 20 minutes et il sera enregistré avec votre consentement. L'entrevue concerne votre expérience personnelle et vos pratiques. Les questions seront ouvertes afin de vous laisser le plus de liberté possible dans vos réponses.

4. Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou encore de mettre fin à l'entretien à tout moment.

5. Confidentialité et gestion des données

Les données vous concernant seront anonymisées. La retranscription de l'enregistrement vous sera envoyée pour validation afin d'éviter le biais d'interprétation.

6. Remerciements

Votre collaboration est très précieuse pour cette recherche et je vous remercie vivement d'y participer.

7. Signatures et consentements spécifiques

Je, soussigné(e) _____, consens librement à participer à ce projet de thèse. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but et la nature. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Date: _____

Signature du participant, de la participante

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

INTRODUCTION : Le syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS), de par sa prévalence et son retentissement sur le plan cardio-vasculaire et neuropsychique, pose un véritable problème de santé publique. Les médecins généralistes ont un rôle primordial dans sa prise en charge mais différentes études montrent un manque global d'implication de leur part. L'objectif principal de notre étude est de décrire les expériences des médecins généralistes, afin de connaître la réalité de leur pratique et les difficultés rencontrées pouvant expliquer ce désinvestissement.

METHODE : Nous avons réalisé, de février à octobre 2016, une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de dix-sept médecins généralistes du Var et des Alpes-Maritimes, jusqu'à saturation des données.

RESULTATS : Les médecins généralistes sont conscients de l'impact du SAHOS sur la santé, des bienfaits du traitement et des problèmes de tolérance qui diminuent l'observance. Mais ils ne sont pas acteurs principaux. Ils reconnaissent tout d'abord, une difficulté diagnostique devant les symptômes peu spécifiques de cette pathologie et la présence d'un stéréotype qui limitent le dépistage. Ils considèrent aussi, pour la plupart, ne pas avoir les connaissances suffisantes pour gérer le traitement et son suivi, jugés trop spécialisés et hors de leur champ de compétences. Le temps représente également un facteur limitant à leur investissement. Enfin, les médecins ont du mal à trouver leur place une fois le diagnostic posé, le spécialiste gérant seul le suivi. Leur rôle est donc, avant tout, le dépistage et l'orientation.

CONCLUSION : Le médecin généraliste a une place déterminante dans la prise en charge du SAHOS et devrait aussi avoir un rôle d'accompagnement des patients pour renforcer l'adhésion au traitement. Pour ce faire, il serait nécessaire d'avoir une meilleure formation, notamment sur la partie technique du traitement, une diffusion plus large de l'information auprès des patients et des professionnels de santé, un suivi plus approfondi et une collaboration plus étroite avec les spécialistes. Le développement de la polygraphie ventilatoire ambulatoire chez les médecins généralistes pourrait être une piste pour améliorer leur implication, les aider à renforcer l'observance des patients et ainsi diminuer les risques de complication.

MOTS CLES : SAHOS – Syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil – Médecine générale – Dépistage – Observance – Polygraphie ventilatoire

