



HAL
open science

Quels sont les freins identifiables au diagnostic du syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez les médecins généralistes en Isère ?

Camille Valéry, Mathilde Fischer

► To cite this version:

Camille Valéry, Mathilde Fischer. Quels sont les freins identifiables au diagnostic du syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez les médecins généralistes en Isère ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03454906

HAL Id: dumas-03454906

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03454906>

Submitted on 29 Nov 2021

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.

Année : 2021

QUELS SONT LES FREINS IDENTIFIABLES AU DIAGNOSTIC
DU SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL
CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ISÈRE ?

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Camille VALÉRY

[Données à caractère personnel]

Et Mme Mathilde FISCHER

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 26/11/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

M. le Dr Guillaume DE VÉRICOURT (directeur de thèse)

M. le Dr Frédéric COSNIER (directeur de thèse)

Mme le Dr Corinne PORKOLAB

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thiery	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérard	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUÏ Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine

PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale

MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

ARTICLE **Quels sont les freins identifiables au diagnostic du syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez les médecins généralistes en Isère?**

What are the identifiable obstacles to the diagnosis of obstructive sleep apnea in general practitioners in Isère?

C.VALÉRY, M.FISCHER

<p>MOTS CLÉS: Syndromes d'apnées du sommeil / Médecine générale / Diagnostic</p>	<p>Résumé</p> <p>-Introduction. Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) correspond à la répétition d'apnées et d'hypopnées au cours du sommeil. Ces événements respiratoires répétés entraînent des micro-réveils nocturnes avec une architecture du sommeil complètement perturbée et des répercussions importantes sur la qualité de vie des patients. Le SAOS est considéré comme sous diagnostiqué dans la population générale. L'objectif de cette étude est d'identifier les freins au diagnostic du SAOS chez les médecins généralistes en Isère aujourd'hui.</p> <p>-Méthodes. Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la méthode par théorisation ancrée avec des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de douze médecins généralistes isérois. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et une analyse ouverte a été effectuée par chaque chercheuse, suivie d'une triangulation.</p> <p>-Résultats. L'étude met en évidence deux principaux résultats. Il existe un sous-diagnostic dans un contexte où le SAOS n'est pas évoqué par le médecin par manque de vigilance plus que par manque de connaissances. Quand le SAOS est évoqué, la prise en charge ne va pas jusqu'au diagnostic. Ceci est lié au fait que le traitement par pression positive continue (PPC) est jugé trop contraignant par le médecin.</p> <p>-Conclusion. Les campagnes de santé publique ainsi que les formations initiales pourraient accentuer la place du SAOS en tant que facteur de risque cardio vasculaire. Les différents traitements existants et leur évolution pourraient faire l'objet de médiatisation auprès des médecins afin d'améliorer leur diagnostic du SAOS.</p>
---	--

<p>KEYWORDS: Obstructive sleep Apnea Syndrome / General Practice / Diagnosis</p>	<p>Summary</p> <p>-Introduction. Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) is the repetition of apneas and hypopneas during sleep. These repeated respiratory events lead to nocturnal micro-awakenings with a completely disrupted sleep architecture and significant repercussions on the quality of life of patients. OSA is considered underdiagnosed in the general population. The objective of this</p>
---	---

	<p>study is to identify the obstacles to the diagnosis of OSA in general practitioners in Isère today.</p> <p>-Methods. This is a qualitative study with semi-structured interviews carried out with twelve general practitioners from Isère. Interviews were recorded, transcribed and an open analysis was performed by each researcher followed by triangulation.</p> <p>-Results. The study highlights two main results. There is an underdiagnosis in a context where OSA is not mentioned by the doctor for lack of vigilance more than for lack of knowledge. When OSA is mentioned, the management does not go as far as the diagnosis. This is linked to the treatment by continuous positive airway pressure (CPAP) deemed too binding by the doctor.</p> <p>-Conclusion Public health campaigns as well as initial training could accentuate the place of OSA as a cardiovascular risk factor. The various existing treatments and their evolution could be the subject of media coverage among doctors in order to improve their diagnosis of OSA.</p>
--	---

Introduction

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) touche plus de 30% des patients âgés de plus de 65 ans. [1-4]. Il correspond à la répétition d'apnées et d'hypopnées au cours du sommeil. Ces événements respiratoires répétés entraînent des micro-réveils nocturnes avec une architecture du sommeil complètement perturbée et des répercussions importantes sur la qualité de vie des patients, comme une somnolence diurne, un syndrome dépressif et de l'anxiété [5-6]. La somnolence diurne est à l'origine d'une surmortalité par accident de la route. Ils sont aussi responsables d'épisodes d'hypoxie voire d'hypercapnie qui en font un facteur de risque cardiovasculaire à part entière. Ils sont à l'origine de nombreuses complications comme l'hypertension artérielle (HTA), l'infarctus du myocarde (IDM), la dissection aortique, l'accident

vasculaire cérébral (AVC) [7-10]. Plus récemment, on retrouve aussi une prévalence plus importante de patient présentant un SAOS parmi les patients hospitalisés pour un Covid grave, comparativement à la population générale [11].

Malgré l'identification du SAOS comme facteur de risque cardiovasculaire à part entière, le SAOS est considéré comme sous diagnostiqué dans la population générale [1,3,4].

Des études s'étaient déjà penchées sur la question, et les principales difficultés énoncées par les médecins généralistes étaient le manque de connaissance sur la pathologie, les outils d'aide au dépistage comme l'échelle de somnolence d'Epworth ou le questionnaire de Berlin qui étaient peu exploités car peu adaptés à la pratique de la médecine générale ou encore les délais pour la réalisation d'un

enregistrement diagnostique qui étaient considérés comme trop longs [12-18].

Depuis ces études, des avancées sont indiscutables, notamment avec l'ajout du SAOS au programme du second cycle de médecine qui permet déjà de voir une amélioration des connaissances sur la symptomatologie du SAOS chez les jeunes généralistes. Il y a eu aussi la création d'une formation spécialisée transversale (FST) sommeil pour plusieurs spécialistes (arrêté du 27 novembre, publié dans le JO le 20 décembre 2017). L'accès à un diplôme inter universitaire (DIU) des pathologies du sommeil dans le cadre de l'enseignement universitaire s'est démocratisé et développé mais aussi l'accès à une formation continue professionnelle proposée par la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil et d'autres organismes de FMC. L'institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV) a été créé depuis plusieurs années maintenant et a pour but la prévention, la sensibilisation, l'éducation à la santé, au sommeil, et à la vigilance auprès des professionnels de santé et des patients.

Malgré cela, la comparaison entre le nombre de patients présentant des symptômes évocateurs de SAOS et les personnes ayant pu bénéficier d'une polygraphie ou d'une polysomnographie montre qu'il s'agit d'une pathologie encore sous-diagnostiquée (15% seulement des personnes présentant des symptômes évocateurs ayant bénéficié d'un enregistrement du sommeil [4]).

Ce sous diagnostic est d'autant plus préjudiciable que le traitement du SAOS a montré une amélioration des symptômes

diurnes, mais aussi une diminution du risque cardiovasculaire [19-21].

Il était indispensable de réinterroger les médecins généralistes et de comparer les causes de ce sous-diagnostic. Nous avons donc essayé de repérer les freins au diagnostic du SAOS en médecine générale, ainsi que les représentations qu'ont les médecins généralistes isérois de cette pathologie aujourd'hui.

Matériels et méthode

Type d'étude:

Nous avons mené une étude qualitative avec une approche inspirée d'une théorisation ancrée. L'échantillonnage théorique a été mené jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire après deux entretiens consécutifs sans nouveaux codes.

Nous avons mené des entretiens semi-dirigés individuels avec un guide d'entretien comprenant une vignette clinique d'introduction. Ce guide a évolué au fur et à mesure des entretiens (guide initial en annexe 1).

Le choix du lieu d'entretien a été laissé à la discrétion du participant. Tous ont choisi leur lieu d'exercice ou d'habitation.

Recrutement des sujets:

Les médecins ont été trouvés sur différents annuaires (du conseil de l'ordre, doctolib, page jaunes..) puis contactés par mail, puis par effet boule de neige.

Population étudiée:

Nous avons inclus des médecins généralistes exerçant en Isère, installés en cabinet ou en centre de santé, et

indépendamment du milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain).

Nous avons exclu les médecins remplaçants, les médecins spécialistes libéraux, les médecins hospitaliers, et les médecins avec un exercice particulier exclusif.

Traitement et analyse des données:

Les entretiens ont été enregistrés sur deux supports différents (téléphone et dictaphone) et entièrement retranscrits et dé-identifiés sur logiciel de traitement de texte par la chercheuse les ayant menés. Les verbatims ont été interprétés par chaque investigatrice séparément. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats des deux chercheuses (CV et MF).

Résultats

Au total, 12 entretiens ont été menés (tableau 1 en annexe) de juillet à octobre 2021.

Le principal frein identifié est un sous-diagnostic dans le cas où le SAOS n'est pas évoqué par le médecin :

Si tous les médecins interrogés connaissent les principales complications cardiovasculaires du SAOS, ils nous disaient aussi ne pas dépister le SAOS face à des patients présentant les dites complications.

Le SAOS est dépisté devant des tableaux typiques avec plaintes diurnes, le mot "fatigue" déclenchant souvent la suspicion.

E05 : "Après, si il prononce le mot "fatigue", là je vais y penser."

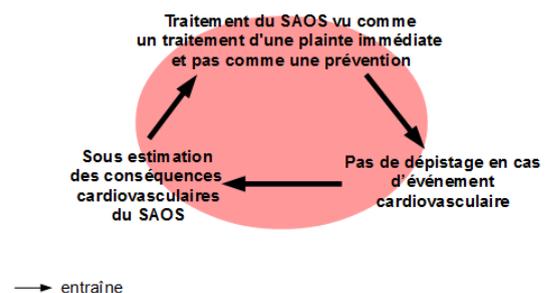
E12 : J'y pense plus facilement dès qu'il y a quelqu'un qui vient pour fatigue, ça c'est sûr.

Le traitement du SAOS est d'ailleurs vu comme le traitement de ces symptômes diurnes, avec comme attente une amélioration immédiate de la qualité de vie. Quand cette amélioration n'est pas exprimée par le patient, cela peut être ressenti par le médecin comme un échec.

E06 : mais ce qui m'interpelle, c'est parfois... un peu de frustration en tant que médecin. Parce que effectivement, on traite les gens, et on s'attendrait à avoir vraiment un retour hyper positif sur le côté « je vais beaucoup mieux »

En parallèle, le fait que le SAOS ne soit pas diagnostiqué dans le cadre de complications cardiovasculaires mène à une sous estimation de ses complications. Cela a pour conséquence un sous-diagnostic non pas par manque de connaissance, mais par manque de vigilance devant une pathologie dont la gravité est rendue peu visible. (figure 1)

Figure 1: SAOS et complications cardio-vasculaires



Un autre frein identifié est l'absence de démarche diagnostique du SAOS alors que celui-ci est évoqué par les médecins.

Cette autre limitation est liée au traitement du SAOS. Lors des entretiens, nous avons remarqué que la pression positive continue (PPC) est considérée comme le traitement "d'office" du SAOS, et ce bien que les médecins généralistes soient à même de nous citer plusieurs alternatives.

E07 : "de toute façon, il faut commencer par poser un appareillage. Ça c'est évident. Le plus efficace, voilà."

Cela n'est pas un frein au diagnostic isolément, mais cela s'associe à un a priori sur la machine à la fois par le patient et le médecin.

Les patients connaissent de plus en plus le SAOS et la PPC grâce aux retours des membres de leur entourage. Ils expriment en consultation des inquiétudes concernant la tolérance de la machine, et ce traitement "qui se voit".

E05 : "Ça fait un peu vieux lorsque ça t'arrive à 30 ou 40 ans... On se dit un peu « super quoi... » associé parfois avec le surpoids, les patients n'ont déjà pas une image du corps super facile..."

E06 : "Et effectivement, ils ont entendu parler par-ci, par-là, par leurs proches, leur entourage... Ouais du coup ils font vraiment un blocage. Mais du coup j'ai du mal à avancer des choses là-dessus."

En face du patient, le médecin a lui-même ses propres appréhensions sur la PPC. L'absence d'amélioration immédiate des symptômes génère une impression d'échec

de prise en charge chez le praticien. Elle peut alors être majorée par le retour des patients ou des prestataires lors de mauvaise tolérance.

E12 : "J'ai des retours essentiellement quand ça se passe mal en fait [...] Mais sinon des retours positifs j'en ai rarement spontanément, c'est plutôt moi qui demande en consultation"

Le médecin a aussi ses propres doutes sur la PPC, avec parfois une anticipation du refus des patients, au point d'éviter activement de mentionner le traitement.

E06 : [à propos de la PPC] "Il m'arrive d'en parler hein, c'est pas systématique, mais quand je sens que ça va être quelque chose de délicat, c'est pas le premier élément que je fais apparaître. Je fais apparaître plutôt le positif"

E11 : "Ils abordent pas et je pense pas que ça vaille le coup, vraiment, d'en parler. Parce que je trouve que tant que le diagnostic n'est pas fait... non j'en parle pas. Et puis... non j'en parle pas."

La tolérance est aussi source d'inquiétude. Sans que la PPC soit ouvertement décriée par les médecins, le vocabulaire qui lui est associé est très négatif : "c'est contraignant, franchement" (E05), "subir les traitements" (E06), "c'est infernal" (E07).

Il est ainsi difficile d'encourager une prise en charge quand on a des inquiétudes sur le traitement, et surtout quand on vise une amélioration immédiate de la qualité de vie sans dimension de prévention.

D'autres freins sont abordés spontanément par les médecins :

On retrouve par exemple des difficultés liées à l'accès au dépistage, par les délais longs et l'éloignement géographique. Cela est le cas pour toute pathologie, mais semble accentué avec le SAOS devant des patients souvent déjà peu motivés par la prise en charge (notamment à cause de l'appréhension du traitement), mais aussi par les symptômes mêmes de la maladie : anxiété, fatigue, syndrome dépressif, et somnolence.

Le manque de communication entre les différents intervenants est aussi cité parmi les facteurs compliquant la prise en charge, à plusieurs niveaux.

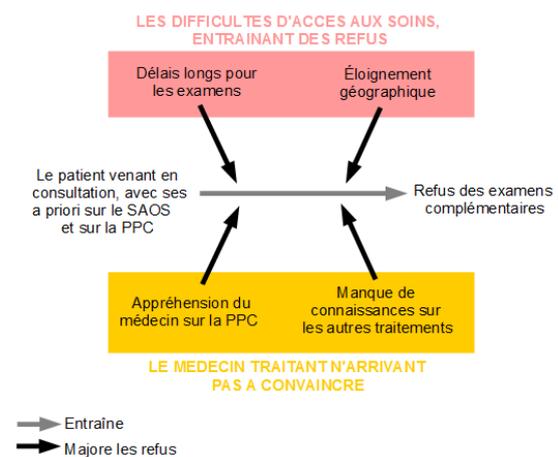
D'abord entre les médecins généralistes dépistant le SAOS et les autres généralistes environnant, qui ne sont pas forcément au courant de l'offre de soin proposée. A l'inverse, les participants ayant réussi à mettre en place ce lien rapportent des délais de prise en charge rapides favorisant l'adhésion des patients à la prise en charge, et encouragent le médecin à évoquer davantage le SAOS.

E08 : “Mais ce qui est sûr actuellement, c'est les choses qui font que tu vas pas le faire ou tu vas moins faire, c'est la rapidité pour l'accès à ces enregistrements pour le dépistage quoi. Ce qui fait que tu dépistes assez facilement, c'est la rapidité en fait, surtout.”

La communication entre les prestataires et le médecin généraliste est aussi mentionnée, mais aussi entre les patients et les généralistes. Dans les deux cas, les médecins regrettent que les retours

spontanés n'existent qu'en cas de mauvaise tolérance ou de problèmes techniques. Si cela semble au premier abord ne pas correspondre à un frein au diagnostic (car intervenant une fois le traitement débuté), cela peut majorer les appréhensions du médecin généraliste à engager un processus diagnostique.

Figure 2 : Prise en charge du médecin dans le SAOS



Discussion

L'appréhension du traitement du SAOS par le médecin traitant et l'absence de la dimension de prévention dans la prise en charge du SAOS n'étaient pas retrouvées dans les précédentes études. Cela peut s'expliquer par le fait que ces études étaient souvent quantitatives [13,16,17], alors que ces résultats n'ont été mis en évidence qu'après encodage des verbatims.

Les précédentes études citaient comme freins des difficultés à utiliser les différentes échelles et aides diagnostics. [13,14] Ceci n'a pas été retrouvé lors des

entretiens. Certains participants disaient effectivement ne pas les utiliser, mais par choix et sans que cela n'impacte leur pratique.

Contrairement aux études précédentes, le manque de connaissance ne semble pas être une cause principale au sous-diagnostic. Les tableaux cliniques typiques et les complications cardiovasculaires sont connues. Les détails des examens sont parfois flous, mais les médecins savent à qui adresser les patients. Les différents traitements sont cités même si la PPC semble prendre une place de traitement de première intention et être source d'inquiétude chez les médecins.

L'une des forces de cette étude est la réalisation de l'entretien avec en introduction une vignette clinique. Le participant interrogé pouvait donc se projeter plus facilement dans la réalité de sa pratique professionnelle. Le médecin contacté n'était pas au courant du sujet exact de l'étude avant l'entretien. Le sujet était présenté comme la recherche de freins au diagnostic en pratique courante chez les médecins généralistes en Isère. Cette présentation et l'utilisation d'une vignette clinique nous a permis de voir si le diagnostic de SAOS était évoqué devant un tableau typique dans des conditions assez proche de la pratique courante.

Les limites de cette étude sont de plusieurs types. Les chercheuses ont réalisé leur première étude qualitative. L'investigation a pu manquer de données compte tenu du manque d'expérience des chercheuses.

L'environnement des entretiens est aussi à prendre en compte. Nous avons systématiquement laissé le choix du lieu

d'entretien au participant, mais le contexte pouvait influencer les personnes interrogées (notamment lors d'entretiens au cabinet, avant ou après des consultations).

L'étude questionnant les participants sur leur méthode de prise en charge, un biais de désirabilité pouvait être présent.

Nous avons fait le choix de faire un entretien unique, une limite de mémorisation des participants existe donc. Afin de la limiter, nous avons laissé les coordonnées des chercheuses pour d'éventuels retours des participants.

Il existait une limite d'investigation, avec l'intérêt des chercheuses par rapport au sujet étudié, et un défaut de subjectivité. Nous avons donc effectué des questions ouvertes, le guide d'entretien a été relu avant le début de l'étude par des volontaires novices et chaque investigatrice tenait un journal de bord lors des entretiens.

Enfin, il y avait une limite concernant l'interprétation avec des hypothèses établies initialement par les chercheuses. Une triangulation a été effectuée par les deux chercheuses pour la limiter.

Les entretiens ont été menés sur une période courte, avec parfois des entretiens rapprochés. Nous n'avons pas toujours pu effectuer une triangulation avec modifications du guide d'entretien entre chaque entretien.

Nous tenons aussi à préciser que par le principe même d'une étude qualitative avec une approche inspirée d'une théorisation ancrée, l'échantillonnage n'est pas représentatif de la population générale et ces résultats n'ont pas vocation à être

extrapolés à l'ensemble des médecins généralistes en Isère.

Une fois ces freins au diagnostic identifiés, nous pouvons réfléchir à d'éventuels points d'amélioration (figure 3).

Un des freins identifiés était l'absence d'évocation du diagnostic et la perte de notion de facteur de risque malgré l'acquisition des connaissances.

Il serait intéressant de proposer l'introduction du SAOS dans l'item spécifique "facteurs de risques cardio-vasculaire" au cours de l'enseignement du second cycle.

Cela permettrait une association plus systématique entre SAOS et ses complications cardio-vasculaires.

Une recherche active de l'observance du traitement, une fois le diagnostic posé, permettrait des mentions régulières du SAOS et favoriserait donc la vigilance des praticiens.

La mise en place d'une campagne de prévention au niveau national serait aussi un point à développer.

L'absence de démarche diagnostique alors que le diagnostic est évoqué peut s'expliquer, en partie, par les thérapeutiques connues par les praticiens.

Il semble essentiel que les praticiens se familiarisent avec le traitement par PPC et ses alternatives. Des supports visuels exposant les différentes thérapeutiques du SAOS, comme des dépliants ou des affiches, pourraient être utilisés. Ils permettraient d'être plus à l'aise avec la prise en charge et de favoriser l'adhésion des patients.

Une difficulté d'accès aux examens complémentaires pouvait aussi apparaître

comme un frein au diagnostic du SAOS pour certains. L'accès aux examens pourrait être amélioré en encourageant le dépistage du SAOS par les médecins généralistes. En effet, il semble intéressant de pouvoir faire reposer davantage ce dépistage sur les médecins généralistes que sur les spécialistes. La pandémie actuelle liée au Covid-19, a entraîné une sollicitation des pneumologues ou des centres du sommeil plus importante compte tenu des troubles du sommeil qui seraient de plus en plus associés à des tableaux de COVID longs. [22]

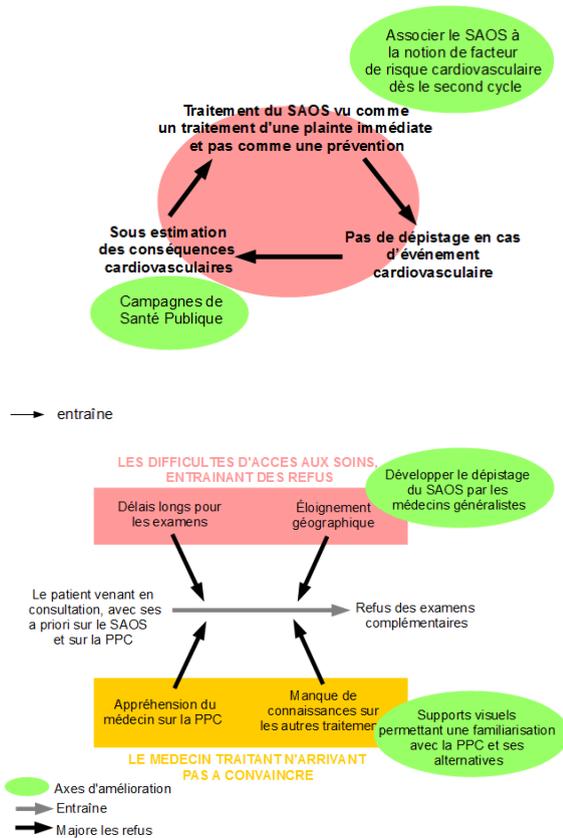
Nous avons aussi mis en évidence une inadéquation entre la formation proposée aux médecins généralistes et l'accès aux outils diagnostic proposés par des sociétés commerciales. Certains médecins se retrouvent avec un outil diagnostique comme la polygraphie ventilatoire sans avoir la formation adéquate pour pouvoir interpréter les enregistrements, porter un diagnostic de SAOS et proposer un traitement.

Un autre point nous semble important à notifier : les médecins rapportent une image du corps très négative des patients traités par appareillage.

E08 : "On se dit un peu « super quoi... » associé parfois avec le surpoids, les patients n'ont déjà pas une image du corps super facile..."

Ces deux points mériteraient d'être approfondis par des études dédiées.

Figure 3 : Proposition d'amélioration des freins identifiés



Conclusion

Notre étude s'intéresse aux freins pour le diagnostic du syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) chez les médecins généralistes isérois. Ce travail original, qui introduit le sujet par une vignette clinique, a interrogé douze médecins avec une approche inspirée de la théorisation ancrée.

Il fait apparaître deux principaux résultats inédits. Il existe un sous-diagnostic du SAOS chez les médecins généralistes qui n'évoquent pas le diagnostic malgré des connaissances acquises. Cela est plus lié à un manque de vigilance dans leurs pratiques médicales qu'à un réel manque de connaissances. Une sous estimation des

conséquences cardio-vasculaires et une perte de la dimension de prévention de la pathologie du SAOS pourrait en être une cause.

Un autre frein mis en évidence dans notre étude est une appréhension chez les praticiens de la tolérance du traitement du SAOS des patients. La pression positive continue (PPC) est souvent considérée comme le traitement de première intention chez les médecins interrogés qui ont l'image d'une machine archaïque. Le diagnostic du SAOS est alors moins évoqué et les examens paracliniques moins prescrits.

La sensibilisation des étudiants en médecine et des médecins généralistes en introduisant le SAOS comme un facteur de risque cardiovasculaire à part entière et la création de supports visuels dédiés aux médecins généralistes permettant de se familiariser avec les différents traitements, peuvent être des axes d'amélioration au cours des prochaines années.

Déclaration d'intérêts

Camille Valéry : Je déclare avoir participé à des interventions ponctuelles de formations sur les troubles du sommeil dirigées par l'association PÉRIMÈTRE.

Mathilde Fischer : Je déclare n'avoir aucun lien d'intérêts

Autorisations réglementaires

Une déclaration MR004 au CNIL a été effectuée au préalable. Cette étude a été menée dans le respect de la loi de Jardé.

Remerciements

Nous aimerions remercier les participants à cette étude qui nous ont dédié une partie de leur temps précieux et à nos directeurs de thèse qui ont su nous accompagner tout au long de ce travail.

Annexes

- Guide d'entretien semi-dirigé :

Pour commencer j'aimerais vous présenter le cas d'un patient, cela nous permet d'avoir une base commune de laquelle partir lors des entretiens. Mr T., la 50aine, vient vous voir en consultation. Il se sent très fatigué, et pense que c'est parce qu'il se réveille souvent la nuit pour uriner. Ce n'est pas récent, mais depuis peu il a en plus de fortes céphalées matinales. Associées à la fatigue, ça devient pour lui très handicapant.

Quelle prise en charge proposeriez-vous dans ce contexte ?

Si le diagnostic de SAOS n'est pas évoqué : Vous revoyez ce patient, cette fois-ci avec son épouse, qui vous mentionne qu'il fait des pauses respiratoires la nuit et qu'il ronfle beaucoup. Quelle prise en charge proposeriez-vous dans ce contexte ?

Quand est-ce que vous évoquez cette pathologie en consultation ? Devant quel tableau ?

Une fois que vous y avez pensé, que faites-vous ? Comment cela se passe lors de la prescription d'examens complémentaires pour vous ?

Quelles informations donnez-vous d'emblée au patient sur le SAOS ?

Et si le patient revient vous voir et que l'examen montre qu'il a effectivement un SAOS, que faites vous ?

Cette prise en charge que vous me décrivez, est-ce que vous avez l'impression qu'elle est la même depuis votre installation ou est-ce qu'elle a évolué au cours de votre exercice ?

Avez-vous des remarques, des points que nous n'aurions pas abordés ?

- Tableau 1 : Détail des entretiens

Entretiens	Durée
E01	11min54
E02	41min09
E03	18min01
E04	25min59
E05	56min32
E06	21min35
E07	26min08
E08	32min16
E09	35min31
E10	37min30
E11	15min00
E12	26min33
Minimum : 11min54	
Maximum : 56min32	
Total : 5h 48min 08	
Moyenne : 29min01	
Médiane : 26min20	
Transcription verbatim : 78 pages	

Références

- [1] Young T, et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*. 1993;32:1230-5.
- [2] Expertise collective INSERM. Apnée du sommeil [En ligne]. 2015. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossier-s-information/apnee-sommeil>
- [3] Punjabi N. Epidemiology of Adult Obstructive Sleep Apnea. *Proc Am Thorac Soc*. 2008; 5:136-43
- [4] Fuhrman C, Nguyen XL, Fleury B, Boussac Zarebska M, Druet C, Delmas MC. Le syndrome d'apnées du sommeil en France : un syndrome fréquent et sous-diagnostiqué. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2012, n°. 44-45, p. 510-4 Y
- [5] H. Gharsalli, R. Zaouche, I. Sahnoun, M. Zoglami, S. Maalej, L. Douik El Gharbi, Caractéristiques des patients SAOS dépressifs, *Médecine du Sommeil*, Volume 16, Issue 1, 2019, Page 45.
- [6] H. Gharsalli, C. Harizi, I. Sahnoun, F. Saffar, S. Maalej, L. Douik Elgharbi, Anxiété, dépression et sévérité du syndrome d'apnées obstructives du sommeil : y a-t-il une corrélation ?, *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, Volume 12, Issue 1, 2020, Page 158.
- [7] Young T, Finn L, Peppard PE et al. Sleep disordered breathing and mortality: eighteen-year follow-up of the Wisconsin sleep cohort. *Sleep* 2008;31:1071-8.
- [8] Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med* 2000;342: 1378-84.
- [9] Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
- [10] Yaggi HK, Concato J, Kernan WN, Lichtman JH, Brass LM, Mohsenin V. Obstructive sleep apnea as a risk factor for stroke and death. *N Engl J Med* 2005;353:2034-41.
- [11] Thijs Feuth, "Is sleep apnea a risk factor for Covid-19? findings from a retrospective cohort study." *MedCrave*, 2020
- [12] S.Pontier. Prise en charge du syndrome d'apnées obstructives du sommeil en médecine générale en Midi-Pyrénées. Thèse de Doctorat d'Université, médecine générale. Toulouse, Faculté de Médecine; 2006
- [13] 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 de Doctorat d'Université, médecine générale]. Paris: Université Paris Diderot Faculté de Médecine; 2015.
- [14] M.Mocquant. 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 de Doctorat d'Université, médecine générale; université de Lille; 2016
- [15] Pépin J-L, Levy P. Syndrome d'apnées du sommeil (SAS) : état des lieux des connaissances des médecins généralistes. *Rev Mal Respir*. 2002;19:685-8.
- [16] L.Kronek. Evaluation des connaissances en 2012 sur le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et de sa prise en charge auprès de 679 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Thèse d'exercice de médecine pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Faculté de Lille 2; 2013.
- [17] 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, vol.24, pp.3-289, 2005.
- [18] A. Benoudifa. État des lieux en 2016 des connaissances et des pratiques des médecins généralistes du département des Deux Sèvres concernant la prise en charge du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil chez l'adulte.

Thèse Doctorat d'Université, médecine générale.
Poitiers, Faculté de médecine, 2016.

[19] Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* 2005;365:1046-53

[20] Shazia Jehan,¹ Ferdinand Zizi,¹ Seithikurippu R Pandi-Perumal,² Samy I McFarlane,³ Girardin Jean-Louis,¹ Alyson K Myers. Obstructive sleep apnea hypertension, resistant hypertension and cardiovascular disease, *Sleep Medicine and Disorders: International Journal* - November 23, 2020

[21] Milleron O, Pillière R, Foucher A et al. Benefits of obstructive sleep apnoea treatment in coronary artery disease: a long-term follow-up study. *Eur Heart J* 2004;25:728-34.

[22] L.Genecand, PO. Bridevaux: Prise en charge diagnostique et thérapeutique des séquelles à moyen et long termes liées à l'infection à SARS-CoV-2 *RMS neurologie* numéro 736 2021

THÈSE SOUTENUE PAR : VALERY Camille
FISCHER Mathilde

TITRE :

QUELS SONT LES FREINS IDENTIFIABLES AU DIAGNOSTIC DU SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ISÈRE ?

CONCLUSION :

Notre étude s'intéresse aux freins pour le diagnostic du syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) chez les médecins généralistes isérois. Ce travail original, qui introduit le sujet par une vignette clinique, a interrogé douze médecins avec une approche inspirée de la théorisation ancrée.

Il fait apparaître deux principaux résultats inédits. Il existe un sous-diagnostic du SAOS chez les médecins généralistes qui n'évoquent pas le diagnostic malgré des connaissances acquises. Cela est plus lié à un manque de vigilance dans leurs pratiques médicales qu'à un réel manque de connaissances. Une sous estimation des conséquences cardio-vasculaires et une perte de la dimension de prévention de la pathologie du SAOS pourrait en être une cause.

Un autre frein mis en évidence dans notre étude est une appréhension chez les praticiens de la tolérance du traitement du SAOS des patients. La Pression Positive Continue (PPC) est souvent considérée comme le traitement de première intention chez les médecins interrogés qui ont l'image d'une machine archaïque. Le diagnostic du SAOS est alors moins évoqué et les examens paracliniques moins prescrits.

La sensibilisation des étudiants en médecine et des médecins généralistes en introduisant le SAOS comme un facteur de risque cardiovasculaire à part entière et la création de supports visuels dédiés aux médecins généralistes permettant de se familiariser avec les différents traitements, peuvent être des axes d'amélioration au cours des prochaines années.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 31/11/21

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Patrick Imbert

Remerciements:

de VALERY Camille

Au Professeur IMBERT. Vous nous faites l'honneur d'être le Président de notre jury. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

Aux Dr DE VERICOURT, Dr COSNIER. Merci pour votre soutien, votre disponibilité et vos conseils toujours bienveillants en tant que directeurs de notre thèse et membres du jury. Vous avez participé à ma construction et à mon épanouissement en tant que médecin. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

Au Dr PORKOLAB. Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Vous avez participé à mon accomplissement professionnel durant mon cursus universitaire et je vous adresse mes sincères remerciements.

A Maman et Papa, sans vous rien n'aurait été possible. Merci pour vos bocaux du dimanche soir, pour vos massages, pour vos appels à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, pour vos paroles pleines de douceur, de bienveillance, d'Amour et de réassurance. Je vous aime.

A Hugo et Lucie, merci pour vos envahissements intempestifs durant les heures face à mon bureau. Merci pour votre Amour, vos Sourires. Je suis tellement chanceuse de vous avoir, ma vie ne serait pas pareil sans votre bonne humeur.

A ma famille, merci pour votre soutien, vos repas sur le pouce, vos appels, votre présence en toutes circonstances. Grand-père, merci d'avoir toujours cru en moi et pour tes paroles pleines de sagesse. Embrasse tout le monde pour moi.

A Mathilde, tout le monde aurait espéré avoir une co-thésarde comme toi. Merci pour tes plats sans gluten, pour nos planches de cartons, et nos heures ensemble.

A tous mes amis, à nos heures dans les hôpitaux, à nos gardes interminables, à nos histoires de chasse, à nos repas dans les internats, à nos litres de bière et aux prochains, à nos fous rires ... Merci.

A Carla et Matteo, ces études ont été tellement plus supportables grâce à vous. Restez vous même, je vous aime pour la vie.

A Pierre, la vie n'attend que nous. *Say tassi... Qué t'aymi , que't potonegi.*

Merci à ma Olphie, tu m'apportes tant de douceur dans cette vie qui va à toute vitesse...

“La véritable éducation consiste à tirer le meilleur de soi même. Quel meilleur livre peut-il exister que le livre de l'humanité? ”

de FISCHER Mathilde

Au Professeur IMBERT. Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse

Aux Dr COSNIER et DE VERICOURT, Dr COSNIER. Merci d'avoir de nous avoir accompagné tout au long de cette thèse, pour vos conseils et votre soutien

Au Dr PORKOLAB. Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse

A Ursula. Merci d'avoir été là pendant ces 9 ans, je ne serais pas allée très loin sans ton soutien. A Mini-Meiko, un gros câlin. Et à Isope aussi, source éternelle de bonne humeur

A Camille. Merci de m'avoir proposé ce projet et fait partager ta passion

A Félicie, Inès, Anaïs, Will, Logan et tous les autres, pour les moments partagés, les soirées, les repas, les randos, mais aussi les gardes, les urgences, les heures tardives dans les services qui étaient tellement plus faciles avec vous tous

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ 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. ”