



HAL
open science

Quels sont les besoins et les attentes des patients en termes de support et d'information sur l'apnée du sommeil et son dépistage? Étude qualitative dans les Pyrénées Orientales

Sarah Petit

► To cite this version:

Sarah Petit. Quels sont les besoins et les attentes des patients en termes de support et d'information sur l'apnée du sommeil et son dépistage? Étude qualitative dans les Pyrénées Orientales. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03765807

HAL Id: dumas-03765807

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03765807v1>

Submitted on 31 Aug 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Sarah PETIT

Le 23 juin 2022

**Quels sont les besoins et les attentes des patients en termes de support et
d'information sur l'apnée du sommeil et son dépistage ?**

Etude qualitative dans les Pyrénées Orientales

Directeur de thèse : Docteur Jérôme CAMPAGNAC

JURY

Président :

Professeur Philippe LAMBERT : Professeur des Universités – Médecine générale

Assesseurs :

Docteur Jérôme CAMPAGNAC : Maître de Conférences Associé - Médecin généraliste

Docteur Pascale BODINAUD : Médecin généraliste

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Sarah PETIT

Le 23 juin 2022

**Quels sont les besoins et les attentes des patients en termes de support et
d'information sur l'apnée du sommeil et son dépistage ?**

Etude qualitative dans les Pyrénées Orientales

Directeur de thèse : Docteur Jérôme CAMPAGNAC

JURY

Président :

Professeur Philippe LAMBERT : Professeur des Universités – Médecine générale

Assesseurs :

Docteur Jérôme CAMPAGNAC : Maître de Conférences Associé - Médecin généraliste

Docteur Pascale BODINAUD : Médecin généraliste

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Hélène
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUITER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISIER Jean Pierre



Professeurs Emérites

Docteurs Emerites

ARTUS Jean-Claude	LANDAIS Paul	ZANCA Michel	PRAT Dominique
BASTIEN Patrick	LARREY Dominique		PUJOL Joseph
BLANC François	LE QUELLEC Alain		
BONAFE Alain	MARES Pierre		
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry		
BOURREL Gérard	MAURY Michèle		
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick		
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand		
COMBE Bernard	MONNIER Louis		
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges		
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian		
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy		
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean		
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François		
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles		
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques		
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain		
JONQUET Olivier	VOISIN Michel		

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Eric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie

CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Amaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie

MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)
VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)
MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)
MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
QUANTIN Xavier (Pneumologie)
ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)
VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno	Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences

LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUICHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHERE	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LETERTRE Simon	RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh
AMOUREUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESSE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI EI Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD	GINIES Patrick	MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNYS Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Frédéric	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xa\	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Hélène	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE Gil	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	
BOUYABRINE Hassan	DI CASTRI Alberto	LEGLISE Marie Suzanne	RICHAUD-MOREL Brigitte	

Mieux vaut un bon sommeil qu'un bon lit.

Victor Hugo

Le sommeil est pour l'ensemble de l'homme ce que le remontage est à la pendule.

Arthur Schopenhauer

Remerciements

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Lambert, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Campagnac, merci de me guider dans cette aventure. Ta disponibilité, tes mots d'encouragements et conseils m'ont été d'une aide très précieuse.

Au Docteur Bodinaud, merci d'avoir accepté d'être à mes côtés en ce jour si spécial.

Aux médecins qui m'ont accompagné

Au Docteur Guyer qui m'a guérie bien souvent en entrant simplement dans une pièce, qui m'a fait croire en la magie de la médecine. Merci.

Au Docteur Delaunay, qui m'a ouvert la porte de ce monde, que je n'ai pas fermé depuis. Merci.

Aux Docteur Galland, Pinel, Piponnier et Hartert auprès de qui j'ai découvert la médecine générale. Merci pour votre confiance et votre accueil. Je garde de très bons souvenirs de ce semestre, perdue dans l'Aude à vos côtés. Merci.

Aux médecins du CSGA d'Alès qui ont fait de ce « drôle » de semestre un moment spécial fait de belles rencontres, de challenges, au milieu de cette pandémie. Merci.

Au Docteur Serge Sirvain, je garde les leçons que j'ai appris très précieusement. Parfois déconcertant dans ta perspicacité...la voie vers laquelle je me dirige te donne raison... à nouveau. (Aurai-je pourtant le dernier mot ici ?)

A ma famille,

A mes parents sans qui rien n'est possible. Le chemin a été long et difficile mais vous avez toujours su alléger mon labeur. Merci. Maman, la PMDM est docteure aujourd'hui.

Romain, tortionnaire retraité et point de chute inestimable pendant ces trois années où j'ai couru vers le Sud. Merci.

Audrey, ma grande sœur c'est la meilleure...J'ai voulu que le temps s'arrête et pouvoir nous figer. Mais c'est beau de voir que parfois, plus les choses changent, plus elles restent les mêmes...Merci.

Maël, petit plouc plus malin que tout le monde, White Hat à mon service quand mon ordi refuse de m'obéir, ou quand j'ai absolument besoin du dernier épisode de Dr House ! Merci. Ps : On me dit compétitive, j'ai mon idée sur le pourquoi du comment.

Yi, Anaïs, Enzo, Maïli, Anthony, Ana qui agrandissent notre famille et me rechargent d'amour à la moindre visite. Merci.

Danièle, ma marraine qui a toujours eu de jolies attentions pour moi, et **Robert**, qui ont fait la route pour être ici aujourd'hui, Merci.

Papi et Mamie Doubs qui suivent mon aventure « Tu es où maintenant ? » Merci.

Mamie Bretagne, forte, respectée, écoutée, mes baisers s'envolent vers toi. Merci.

Papi Bretagne qui voulait me faire visiter cette fameuse salle des actes il y a presque dix ans ...tu avais raison, j'ai fini par prêter serment ici. Tu me manques. Merci.

A mes amis de Cognac,

La danse : art parfois ingrat toujours riche, **Fabienne, Moogly**. J'ai appris sur les bancs de la danse presque autant que sur ceux de l'école : stress, rigueur, lâcher prise. Merci.

Aux amies de toujours, Lucile, **Chloé**, Caroline, de nos premiers pas jusqu'à nos dernières aventures. **Lucile**, la toute première à m'avoir appelé Docteur. **Caroline**, l'imagination, la détermination, je le redis quoique tu fasses je crois en toi Blondeuz. Merci.

Aux **Kvarners**, et à toutes les bêtises qu'on a faites, découverte ou non. Maman me dit qu'il y a prescription.

Valou, charmant, quinze ans de défis, de folies. Heureuse, triste, maladroite, tu étais là. Tu réchauffes toujours mon cœur. Merci

Bidus, musicien-pharmacien-influenceur, du collège à la faculté. Ces nombreuses casquettes ne t'ont pourtant pas trop donné la grosse tête. Plutôt marrant aussi. Merci.

Thomas, du club VIP à Jarnac, aux apparitions surprises aux soirées internat de Poitiers jusqu'aux vacances au bord de l'océan, de la mer ou d'une piscine, on s'est toujours bien marré et je suis ravie de te compter parmi les présents aujourd'hui, Merci.

Anne, ma douce, expatriée dans le Sud aujourd'hui pour mon plus grand bonheur. Ces deux dernières années ont été pour moi, inédites et j'aurai eu beaucoup de mal sans toi. Merci. *24 juin 2013 – 23 juin 2022, mon porte bonheur.*

A mes amis de Poitiers,

Camille, l'aventurière, toujours la forme et toujours la motivation. Ta détermination m'impressionne. Merci.

Anne, que de souvenirs m'assailent en écrivant juste ton prénom, "*Toujours dans les bons coups*". Tout est là. Merci

Linda, mon boule, soirées internat, stages, retours de boîte, lendemain chez moi...Merci.

Trop de gens ont chamboulé ma vie pendant ces 7 années pictaviennes : **Flo** et nos sessions BU Harry Potter en ville, **Océane**, ma workwife, **Maxime**, **Adèle**, **Ramezi** et les péripéties de retour de soirée, **Antoine**, **Pauline**, **Lorelei**, et les copains de Chatel ! Merci.

Aux copains de Montréal, **Théo**, **Aude**, **Joëlle**, cette parenthèse dans l'externat a été un bol d'air frais pour nous tous et nous chérissons ces souvenirs comme aucun autre.

Vous me manquez. A quand la prochaine virée aux Torchés ?

Aux copains du Sud,

Gwenaëlle, inspirante, « *Je veux être comme toi quand je serai grande* », des souvenirs colorés, arrosés, ensoleillés. Très reconnaissante de t'avoir rencontrée et bien que tu aies quitté nos contrées pour la Bourgogne, on trouve le temps, chouette ! Merci.

Julien, les découvertes de jeux, cocktails, soirée. Merci pour ta bienveillance. **Toto** qui poursuit tranquillement ton internat, **Marco** et ta culture fascinante/insupportable. Plus jamais de pari avec toi ! Merci de Pète-sec.

Tom, loin et occupé tu trouves toujours le moyen de me faire sourire. Les gestes comptent et les tiens beaucoup. Après toute cette bataille je viendrai enfin vous rendre visite à la capitale, Merci.

Mina, Tu me manques... mais c'est beau d'avoir des gens à manquer, non ? Quelle rencontre ! Beaucoup de beaux moments passés ensemble, mais pour cette fois, j'ai encore plus hâte de voir la suite ! Merci.

Cécile, Tic et Tac et nos péripéties en voiture, vacances dans les Cévennes, podiums aux férias : je te vois encore danser avec moi bandana rouge en couronne. Le Sud nous appartient. C'est ici que tout commence, non ? Merci

A mes amis d'Alès,

Céline, Léo, Quand la vie nous gâte à nouveau, l'internat pourtant bien avancé, avec Riri et Fifi pour remplir la Barque aux Mirages de plein de rire, d'amour, de Cuba libre, et autres goodies... Trio improbable et pourtant d'une telle évidence à mes yeux aujourd'hui, quelques lignes ne suffisent pas à insuffler le bonheur et la gratitude que vos petites têtes me procurent. Je trinque à la Gondole, Merci.

Rémi, confiné extra, pas facile de se faire une place parmi les animaux sectaires que nous sommes, mais heureusement pour nous, tu t'es accroché ! J'admire ta gentillesse et j'attends les prochaines soirées jeux, arènes et virées avec enthousiasme. Merci.

Guillaume, Coloc en or, je te revois cuisiner après avoir fait un tour « aux jeudis de Béziers » en me faisait découvrir Wejdene ou la nouvelle de Julien Doré, toujours déguisé, au wake, un dimanche matin au 18K en lendemain de garde, me consolant après les choix de stage... Un cœur généreux. **Mathilde**, de jolis moments passés ensemble depuis deux ans, Merci pour tes attentions chaleureuses. Chef et cheffe, Merci.

Noé « *C'est le meilleur* » conversation avec Mina J3 du semestre Alésien, « *Je n'ai pas changé d'avis* ». Moi J577. Tu passes quand tu veux mon Nono, tu déranges JAMAIS. **Olga**, trop contente d'avoir pu profiter de toi pendant cette parenthèse perpignanaise. Je n'ai pas pu te faire rester mais j'ai toujours des excuses pour « passer » vous voir. Merci.

Vincent, co-interne de feu et compagnon de danse inépuisable. Du love et Merci.

Aux copains des PO

Maria, cette thèse m'aurait très probablement accaparé mon été sans toi : difficile à croire quand c'est compliqué pour moi de pas rire H24 quand on est ensemble !!

J'écris ces mots, tu es en face de moi, et on voit ensemble le bout du tunnel « *si, si je te promets* ». J'espère qu'on trouvera quelque chose à faire ensemble après tout ça. J'ai vu qu'il y avait un semi 600 D+ bientôt, je le sens bien, Merci.

Je t'entends rire d'ici, **Dorian**... Dois-je te rappeler les 6k en 36 minutes que j'ai fait une fois il y a 11 mois ? Je m'étais bouléguée cette fois-ci ! (Utilisation correcte du terme ?) Ce dernier semestre était vraiment sympa, Merci !

Paupau, chouette semestre qu'on a partagé à La machine, barbecues, via ferrata, soirées, et j'en passe. Et la suite s'annonce sympa aussi : l'été commence et la thèse est passée ! Plus qu'à grimper le Canigou et je serai pas mal dans mes résolutions 2022 !
Merci

Estelle, Hier soir on était en train de trinquer ensemble à Montpellier et ça fait du bien ! Trop cool de pouvoir se retrouver avec la team, ça réchauffe grave le cœur ! Merci

Lucas, 6 mois top au Mas, des bières et des débats mais le plus important, il y a 4 verres maximum 5 dans une bouteille de vin mec ! :) Merci.

La team de gynéco de Perpignan, dernière étape de ma vie d'interne,

Pauline, la pétillance et la force typique du Sud, tu donnes tellement la pêche ! A toutes nos futures conversations autour d'un petit rouge sur ta terrasse, Merci.

Victo, ma Bella !!!! Tu me fascines, je pourrais t'écouter pendant des heures, me faire mal aux abdos en riant avec toi et remplir un livre de nouvelles expressions insolites, colorées et pourtant évidentes de sens. Trop reconnaissante de t'avoir rencontrée, Tu manques déjà !! Merci.

Marylove, ah toi... si t'existais pas, il faudrait sûrement t'inventer. Mais peut-être est-ce le cas... Cuisinons « *120 mots minutes, Punch lines bien placées, petit boule et oups... le pot d'espièglerie* »

Alix, 3 ans, un baby, un internat plus tard... nous voilà ! S'être quittées pour mieux se retrouver ? Peut-être ! Qui aurait cru qu'on s'installerait à Perpignan, appart, maison, boulot, et pourtant, ça semble bien parti non ? Merci !

Geraldine, J'apprécie beaucoup les conversations qu'on échange avec les filles. Plein de sujets intéressants, hâte de pouvoir à nouveau partager le Guac avec toi ! Merci

Dernier semestre plein de belles rencontres... Merci **Claudine**, ton accueil et tes enseignements ont été riches, nos apéros aussi ! Merci

Sommaire

Abréviations.....	23
Introduction.....	24
I) Histoire	24
II) Définitions.....	25
III) Signes cliniques.....	26
IV) Facteurs de risque	26
V) Physiopathologie	27
VI) Complications	28
VII) Epidémiologie.....	29
VIII) Dépistage et confirmation diagnostique	30
IX) Thérapeutique et suivi.....	33
X) Justification de l'étude.....	35
Méthodologie	36
I) Caractéristiques de l'étude.....	36
II) Recueil de données	37
III) Méthode d'analyse des données.....	40
Résultats.....	42
I) Description des participants	42
II) Analyse des entretiens.....	43
Discussion	54
I) Principaux résultats et comparaison avec la littérature.....	54
II) Forces de l'étude	61
III) Faiblesses	63
IV) Ouvertures et perspectives d'amélioration du dépistage	64
Conclusion.....	71
Bibliographie.....	72
Annexes.....	77

Abréviations

ACT : Analyse de contenu thématique

ALD : Affection longue durée

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

CCR : Cancer colo-rectal

CNIL : Commission nationale de l'information et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

ECG : Électro-cardiogramme

EEG : Électro-encéphalogramme

EMG : Électro-myogramme

EOG : Électro-oculogramme

FFAIR : Fédération Française des Associations et Amicales d'Insuffisants Respiratoires

FDR : Facteurs de risque

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

IAH : Index d'apnée hypopnée

MT : Médecin traitant

MW : Médecin du travail

OAM : Orthèse d'avancée mandibulaire

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PaCO₂ : Pression artérielle en dioxyde de carbone

PaO₂ : Pression artérielle en oxygène

PPC : Pression positive continue

PSG : Polysomnographie

SAHOS/SAOS : Syndrome d'apnées (hypopnées) obstructives du sommeil

SAS : Syndrome d'apnée du sommeil

SaO₂ : Saturation artérielle en oxygène

VAS : Voies aériennes supérieures

Introduction

I) Histoire

Dès le XVIII^e siècle, des écrits médicaux parlent d'un syndrome : la «tombée de la lnette». On parle ici d'une lnette enflée associée à un manque de sommeil. (1)

De nombreuses figures historiques en auraient souffert : Dionysos d'Héraclée, Winston Churchill ou Napoléon I^{er}. On raconte que l'empereur dormait peu et se levait plusieurs fois pour travailler. Il somnolait la journée et avait des difficultés de concentration.(2)

Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) a été décrit en 1956 sous le nom de « **syndrome de Pickwick** » en référence à un personnage de Dickens. En effet, des médecins américains ont remarqué que certains de leurs patients obèses souffraient d'une intense asthénie, et qu'ils pouvaient s'assoupir brusquement sans le vouloir.

C'est ensuite en 1965 qu'un épiléptologue marseillais, Henri Gastaut constate des épisodes d'apnée pour la première fois chez ces patients. Enfin, en 1972, un médecin français, Christian Guilleminault, isole du syndrome de Pickwick (3) une nouvelle entité : le **syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)** défini par l'existence de plus de 5 apnées par heure de sommeil.

En 1978, le Dr Remmers démontre qu'une occlusion pharyngée induit ces pauses.

Côté traitements, le médecin australien Colin Sullivan, étudie d'abord le trouble chez les chiens. Il imagine alors un masque adapté aux museaux de ses sujets canins qui par jeu de pression améliorerait la qualité de leur sommeil. Son premier modèle fut construit en récupérant le moteur d'un aspirateur et un masque de plongée !

C'est ainsi en 1981 qu'il crée le masque nasal. Cette ventilation en **pression positive continue (PPC)** devient le premier réel traitement du SAHOS.

Dans les années 90, son étude est ajoutée au programme des facultés françaises.

II) Définitions

La définition du SAHOS associe des symptômes cliniques à des événements obstructifs (apnées et hypopnées) au cours du sommeil.

D'après le système américain :

Une **apnée** obstructive se définit comme un arrêt du débit aérien naso-buccal pendant au moins 10 secondes avec persistance d'efforts ventilatoires pendant l'apnée.

Une **hypopnée** se définit comme une réduction de l'amplitude respiratoire soit une diminution de la ventilation $\geq 30\%$ pendant au moins 10 secondes associée à une désaturation d'au moins 3% et/ou à un micro-éveil (polysomnographie).(4)

Le SAHOS est défini par la présence des critères A ou B et du critère C (4)	
A	Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs
B	Deux au moins des critères suivants non expliqués par d'autres facteurs : <ul style="list-style-type: none">• Ronflement sévère et quotidien• Sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil• Éveils répétés pendant le sommeil• Sommeil non réparateur• Fatigue diurne• Difficultés de concentration• Nycturie (plus d'une miction par nuit)
C	Critère polysomnographique ou polygraphique : IAH > 5

Le nombre d'apnées et d'hypopnées est rapporté au temps d'enregistrement (polygraphie ventilatoire) ou au temps de sommeil (polysomnographie) permettant de définir l'index d'apnées hypopnée (IAH) qui évalue la sévérité du syndrome.(4)

IAH		
Légère	modérée	sévère
5-14	15-29	30 et + événements/heure

La présence de comorbidités cardiovasculaires et respiratoires conditionne aussi la sévérité du syndrome. (4)

III) Signes cliniques

Nombreux signes cliniques peuvent évoquer un SAOS et aucun n'est pathognomonique de cette pathologie.

Les symptômes diurnes :

La **somnolence diurne** est l'un des principaux symptômes. Elle est la conséquence de **micro-réveils** nocturne, d'une diminution voire absence de sommeil profond.

Cette fragmentation du sommeil entraîne une asthénie, des troubles cognitifs (troubles mnésiques ou de concentration), ou de la libido ainsi que des céphalées matinales.

Les symptômes nocturnes :

Les **ronflements** sont un signe récurrent puisqu'il est présent dans près de 95% des patients. Il peut être le motif de consultation principal, souvent abordé par le conjoint.

Les **pauses respiratoires** sont aussi souvent rapportées par l'entourage. Ils décrivent parfois des sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil. Il arrive aussi que le motif de consultation soit la nycturie.

IV) Facteurs de risque

Il existe des facteurs modifiables :

L'**obésité** représente un surrisque majeur (5) par dépôts graisseux épaississant les parois du pharynx, diminuant ainsi leur calibre, avec une corrélation entre IAH et IMC, et une prépondérance pour l'obésité androïde (abdominale). En effet, 70 % des patients ayant un SAOS sont en surpoids (4)

Les **médicaments** (benzodiazépines...) dépriment l'activité musculaire pharyngée(6)

Une consommation d'**alcool** le soir augmente la survenue de troubles respiratoires, et notamment leur fréquence et durée (6). Le **tabac** jouerait aussi un rôle par son action inflammatoire sur les voies aériennes supérieures (VAS) (7)

Anomalies des VAS : rétrognathie, micromandibulie, hypertrophie amygdalienne, macroglossie associée à l'acromégalie et l'hypothyroïdie, obstruction nasale.

Il existe aussi des facteurs non modifiables :

Le sexe **masculin** lié au type d'obésité androïde est un facteur de risque (x3) (8).

L'hérédité

Des analyses américaines ont montré que les noirs américains étaient plus à risque que les caucasiens (9).

La prévalence augmente avec l'**âge** avec un plateau atteint autour de 65 ans (10).

La prédominance masculine de la pathologie s'efface avec l'âge et la prévalence de la pathologie chez la femme augmente à la **ménopause** (11).

V) Physiopathologie

Le basculement d'un état de veille au sommeil s'inscrit dans un phénomène physiologique complexe associant modifications neurologiques et respiratoires :

- diminution de la ventilation, tonicité et contractibilité des muscles respiratoires
- perte de contrôle cortical de la respiration.

Ainsi, une anomalie touchant un maillon de la respiration peut n'entraîner aucun trouble pendant le jour grâce à des systèmes compensateurs, dont la perte pendant le sommeil peut favoriser l'apparition d'apnées(12). C'est le cas du SAOS, mais aussi du syndrome obésité hypoventilation, maladies neuromusculaires, asthme (4).

Pendant la respiration, la contraction des muscles inspiratoires (essentiellement du diaphragme) crée une dépression négative, inférieure à la pression atmosphérique, ce qui attire l'air dans les poumons. Cette pression négative a tendance à fermer les VAS et le pharynx. Ce dernier est composé de muqueuses, muscles et pas de structure solide, il est donc très sujet à la déformation. Afin de maintenir les VAS ouvertes et rigides et faire rentrer l'air dans les poumons, un mécanisme protecteur est mis en jeu avant même le début de l'inspiration par la contraction des muscles dilatateurs du pharynx (le plus important étant le génioglosse). Ces muscles ont un rôle capital dans le maintien de la perméabilité des VAS. (13)

C'est donc le **déséquilibre** entre les forces dilatatrices des VAS et celles qui tentent à les collaber (pression inspiratoire négative) qui est en cause ici. Il s'ensuit alors une apnée avec baisse progressive de la PaO₂ et une augmentation de la PaCO₂. Le patient se réveille afin d'activer ses muscles dilatateurs du pharynx et rétablir la perméabilité des voies aériennes. Il s'ensuit l'augmentation du temps passé en sommeil lent léger. Ces anomalies se traduisent par un sommeil de moins en moins réparateur.

Le SAOS est un phénomène **multifactoriel**<https://apneesdusommeil.alsace/dossiers-saos/dossier-saos/9-physiopathologie>. (13)



Quelle que soit son étiologie, c'est l'obstruction complète ou incomplète des VAS secondaire à un **collapsus du pharynx** qui est responsable du SAOS. (11)

VI) Complications

Ce sont des complications aiguës et chroniques.

D'abord des complications liées à l'absence de sommeil profond.

Accidents de voiture

Des études ont montré que le risque d'accident de voiture était multiplié par **3-9 fois** et qu'un traitement réduirait considérablement ce surrisque (14).

De plus, ces accidents sont souvent plus graves (15). Le risque d'accident du travail est aussi plus élevé chez ces patients subissant des épisodes de somnolence diurne (16).

Qualité de vie et syndrome dépressif

Il est associé à une baisse de la qualité de vie avec une baisse de la concentration et de la productivité. Il peut aussi se compliquer d'un syndrome dépressif (17). Le traitement permet une amélioration de ces symptômes à long terme (18).

Ensuite des complications cardio-vasculaires liées aux hypoxie et hypercapnie associées.

Hypertension artérielle (HTA)

Le risque est multiplié par **4**, indépendamment d'autres facteurs de risque (19).

Accidents vasculaires cérébraux

Les patients atteints de SAOS sont deux fois plus sujets aux AVC (20).

Cardiopathies

Le SAOS prédisposent les patients à des coronaropathies (21). Le traitement de ce syndrome diminue le risque d'évènement cardiovasculaire en prévention primaire (22) et secondaire (23). Il peut aussi se compliquer d'insuffisance cardiaque ou d'arythmie (24).

Le risque de mort cardiovasculaire pendant la nuit est donc majoré chez les patients atteints (25). Cette mortalité est diminuée après appareillage.

Insulinorésistance et prise de poids

Un diabète résistant à l'insuline et un syndrome métabolique peuvent aussi apparaître chez ces patients (26,27).

Au total, la mortalité de ces patients surpasse celle de la population générale.

VII) Epidémiologie

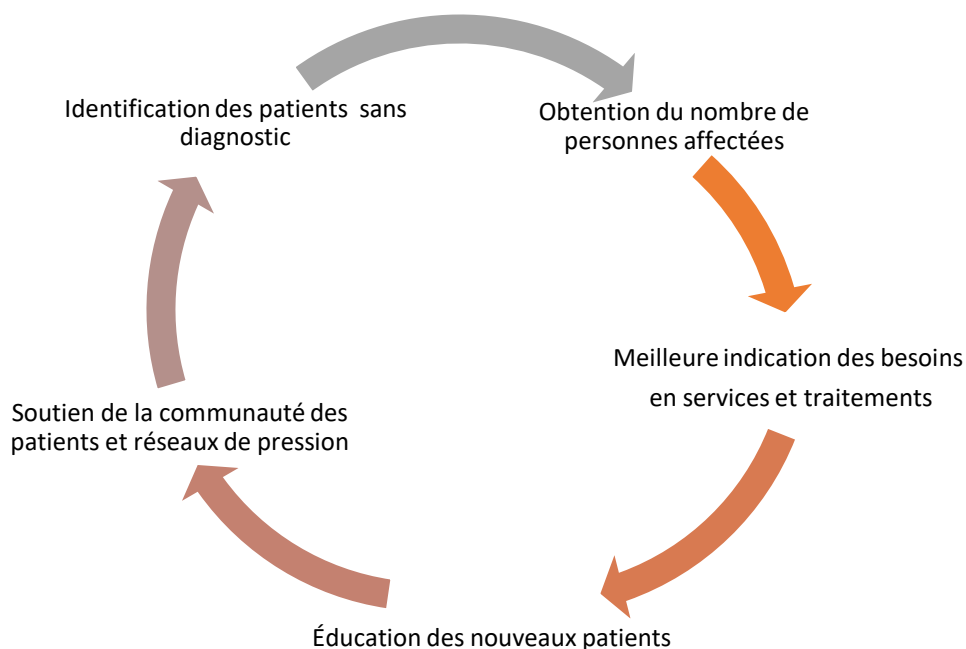
Le SAHOS est une **maladie chronique fréquente**. Elle touche 1 personne sur 20 soit **5 %** (28) de la population. Malgré cette importante prévalence, seulement **20 %** (29) des patients sont dépistés et pris en charge (30).

La prévalence du SAHOS modéré à sévère est estimée à 14% chez les hommes et 6% chez les femmes adultes. Plus d'un million de patients sont actuellement traités par PPC en France (4)

VIII) Dépistage et confirmation diagnostique

a) Définitions

Le dépistage c'est l'identification de patient atteint de la pathologie, qui n'ont pas encore reçu de diagnostic et donc de traitement. Nombreux sont les avantages du dépistage (31) (figure ci-dessous)



Le **contexte** culturel, social et politique de la population doit être considéré. En effet, si une stratégie peut s'avérer efficace dans un endroit, elle peut être inappropriée, ailleurs.

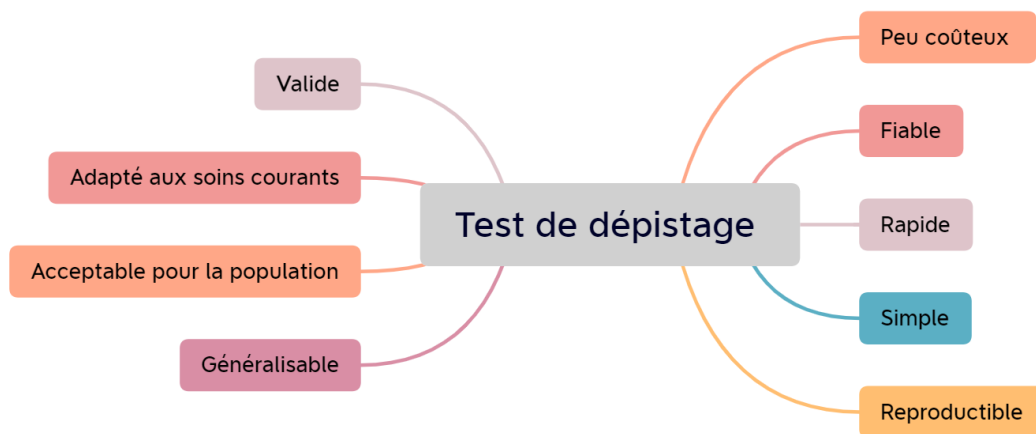
En 2004, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) a défini plusieurs types de dépistage.

- Dépistage **systématique** dit « de masse » : population non sélectionnée.

Il peut y avoir un critère d'âge, le dépistage est alors généralisé à cette tranche d'âge.

- Dépistage **sélectif** ou ciblé : sélection des patients sur des critères définis
- Dépistage **organisé** ou communautaire : dépistage proposé à des volontaires.
- Dépistage **opportuniste** : lors d'un recours aux soins (hospitalisation...)

• Dépistage **multiple** : recherche concomitante d'affections avec plusieurs tests.
D'après l'ANAES, un bon test de dépistage doit remplir plusieurs critères qui sont illustrés dans la figure ci-dessous. (32)



b) Dépistage du SAOS

Plusieurs questionnaires ou tests existent pour guider le médecin. Il n'y a pas de recommandations ou de consensus sur le meilleur questionnaire en médecine générale et ces derniers semblent peu utilisés par les médecins généralistes (33)

Parmi les plus connus, on peut citer :

- Questionnaire de Berlin (cf Annexe) : VPP 77-88% (34) mais questionnaire long.
- Echelle de somnolence d'Epworth (cf Annexe) : mauvaise sensibilité du test car se basant exclusivement sur la somnolence diurne. D'autres paramètres devraient être considérés afin de diminuer les faux négatifs. (35)

D'autres moins répandus peuvent néanmoins s'avérer utiles :

- Test NoSAS (cf Annexe) : outils simple et rapide pour dépister (36)
- Oxymétrie nocturne : peu invasif et peu coûteux, utile au dépistage (37)
- Le **STOP BANG** (cf Annexe) plus court, ajout la mesure de la circonférence du cou. Outil simple avec une bonne sensibilité et une VPP transposable à celle du questionnaire de Berlin. (38,39)

Des nouveaux outils se créent dans ce contexte de sous-dépistage.

- outil DHODS (diabète, hypertension, obésité, dyslipidémie, sommeil) (40) (cf Annexe) : rapide et simple, n'excluant pas certaines catégories de la population (femmes, féminin, âge inférieur à 50 ans, et IMC entre 30 et 35 kg/m²).

Il n'existe pas en France de campagne nationale d'information ou de dépistage sur le SAOS.

En 2019, un programme nommé **ISIDORT** piloté par l'Union régionale des professionnels de santé des kinésithérapeutes se met en place en Nouvelle Aquitaine. Il s'agit d'un dispositif complet de dépistage du SAOS chez l'enfant impliquant : généralistes, dentistes, ORL, pédopsychiatre, kinésithérapeutes... (41).

Aucune étude n'a encore évalué son efficacité. Il est possible que la pandémie de Covid19 ait ralenti ce genre d'initiative mais il serait intéressant de savoir si c'est un succès afin de l'organiser sur d'autres territoires et de l'étendre à l'adulte.

On retrouve aussi le **Réseau Morphée** en île de France : une association financée principalement par l'ARS dont les objectifs sont l'information et l'orientation des patients, mais aussi la formation et la mise en relation des professionnels.

c) Confirmation diagnostic

Pour confirmer le diagnostic, l'examen de référence est la PSG (polysomnographie).

Réalisée pendant une nuit, elle comprend plusieurs mesures :

- les mouvements respiratoires (par des sangles)
- le flux aérien (capteur naso-buccal)
- l'électro-encéphalogramme (EEG) : plusieurs électrodes sont collées au niveau du cuir chevelu pour la mesure de l'activité électrique cérébrale,
- l'électro-myogramme (EMG) : plusieurs électrodes sont collées au menton et à la jambe, pour la mesure de l'activité électrique des muscles,
- l'électro-cardiogramme (ECG),
- la saturation sanguine en oxygène grâce à un oxymètre de pouls,
- et les mouvements des yeux par électro-oculographie (EOG).

On utilise souvent la polygraphie ventilatoire, plus accessible et moins coûteuse, elle

est validée dans le diagnostic et le suivi du SAOS. On mesure ici les efforts respiratoires, les flux ventilatoires et la saturation en oxygène. (4)

d) Diagnostic différentiel

Certaines pathologies peuvent mimer à tort une apnée du sommeil ou s'y associer :

- Insomnie
- Syndrome dépressif
- Mauvaise hygiène de sommeil
- Affection de type neurologique (narcolepsie, hypersomnie diurne idiopathique).

IX) Thérapeutique et suivi

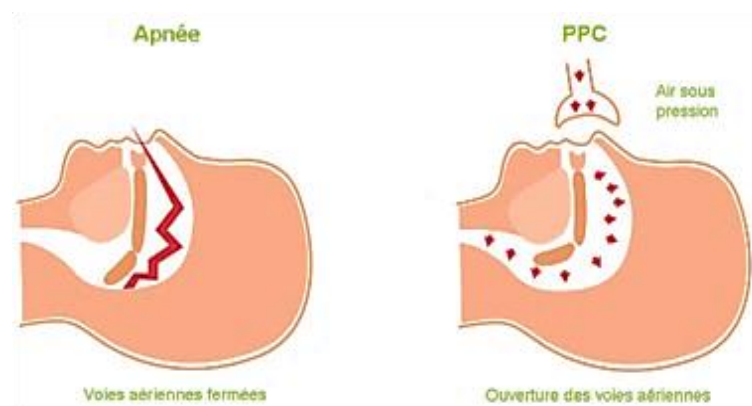
a) Ventilation par pression positive continue (PPC)

C'est le traitement de **référence** : il est le plus efficace concernant les symptômes ainsi que les complications à court et long terme. Il s'agit d'un compresseur portable fournissant une pression positive dans les VAS afin de les maintenir ouvertes.

Des effets indésirables peuvent apparaître : suffocation, sécheresse des VAS... qu'il est possible de minorer en réglant l'appareil.

Afin d'être prise en charge par l'assurance maladie, l'observance doit être de plus de 4 heures par nuit.

(42)



Parfois, l'emploi d'un corticostéroïde nasal peut aider la respiration et faciliter le traitement par pression positive continue (28).

b) Orthèse endo-buccale

Les orthèses comme l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) constituent une alternative à la PPC. Moins contraignantes, elles nécessitent des dents et une articulation temporo-mandibulaire normales. Des conséquences dentaires de l'appareil sont à surveiller.

L'OAM peut être prescrite dans plusieurs cas :

- Refus de la PPC par le patient
- Mauvaise tolérance de la PPC
- IAH<30 sans maladie cardiovasculaire grave associée.

c) Chirurgie

Plusieurs types de chirurgies avec plusieurs objectifs sont possibles.

- Chirurgies modifiant l'anatomie des VAS : chirurgie bi-maxillaire, amygdalectomie, interventions sur les fosses nasales...

Ces opérations sont proposées à des patients plus jeunes, non obèses, présentant une ou plusieurs anomalies anatomiques corrigibles.

- Chirurgie bariatrique : elle est le plus souvent une chirurgie adjuvante. L'intervention diminue la sévérité du SAOS mais la PPC reste la plupart du temps indiquée.

Ces traitements ont l'avantage d'être le seul traitement radical, avec une observance parfaite, contrairement à la PPC. Les complications ici sont celles classiques en chirurgie : saignement, infection...

Mesures hygiéno-diététiques

- Perte de poids
- Diminution de la consommation d'alcool, tabac et traitements sédatifs, surtout le soir
- Chez les patients ayant un SAOS positionnel, proscrire le sommeil en décubitus dorsal.
- Prise en charge des pathologies associées : l'hypothyroïdie et l'acromégalie par exemple

Les patients sont suivis annuellement cliniquement. Si la maladie s'aggrave ou si de nouveaux symptômes apparaissent il est possible de réaliser une polygraphie ventilatoire. Dans le cas où les traitements sont mal tolérés et l'observance est faible, il est important de chercher d'éventuelles complications à ce SAHOS. (cf Complications)

X) Justification de l'étude

Nous avons donc constaté que le SAHOS est une pathologie chronique fréquente qui a des conséquences graves et qui reste mal dépistée. Le dépistage tel que réalisé actuellement semble réussir à cibler une partie des patients atteints (symptomatique avec comorbidités notamment et des complications déjà souvent en place) (43)

J'ai donc pensé qu'il serait intéressant de s'entretenir avec des patients sur le sujet et d'explorer les besoins et attentes des patients en termes de support et d'information sur le sujet, dans le but d'améliorer le dépistage.

Quels sont les besoins et les attentes des patients en termes de support et d'information sur le SAOS ?

Méthodologie

La méthodologie est la réflexion préalable sur la méthode qu'il convient de mettre au point pour conduire une recherche (44).

Une déclaration de conformité a été réalisé auprès du CNIL.

I) Caractéristiques de l'étude

Dans le domaine de la santé, la recherche a pour objet l'étude des représentations et des comportements des fournisseurs et des consommateurs de soins.

a) Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette thèse est d'explorer les besoins et les attentes des patients en termes de support et d'information sur l'apnée du sommeil et son dépistage.

L'objectif secondaire est d'élaborer cette information sur le syndrome d'apnée du sommeil basée sur les besoins et attentes de la population cible.

b) Type d'étude

Pour atteindre mon objectif j'ai mené une étude qualitative par entretien semi-directif afin de recueillir les connaissances et les besoins de la population.

En effet, l'objet ici est un phénomène humain. La recherche qualitative est par définition la méthode à adopter lorsque l'on vise la compréhension et la profondeur (moins de cas, plus de détails) sur un sujet prédéfini (44).

c) Population de l'étude

Critères d'inclusion

Tous les patients inclus dans l'étude devaient être majeurs. Pour faciliter les échanges, les patients devaient comprendre et parler le français.

Recrutement de l'échantillon

J'ai souhaité réaliser un échantillonnage raisonné en variation maximale. Le but ici étant de faire ressortir des divergences de points de vue sur le sujet. J'ai sélectionné des patients d'âge et milieux sociaux différents, répondant aux critères d'inclusion tout en conservant un sex-ratio acceptable dans le but d'obtenir un échantillon hétérogène.

Taille de l'échantillon

Le nombre d'entretien nécessaire à cette étude n'est pas déterminé en amont de l'étude. Lors de l'analyse des échanges, si l'ajout de données nouvelles (ici des entretiens) n'occasionne pas une meilleure compréhension du phénomène étudié (ici, de nouvelles idées, réponses), nous avons atteint la saturation des données. Afin de m'assurer d'avoir une réponse la plus riche possible j'ai réalisé deux entretiens supplémentaires. La saturation a été obtenue au bout de onze entretiens, soit **treize échanges** au total.

II) Recueil de données

a) Type d'entretien

Le recueil des données s'est fait par entretiens semi-directifs, afin de centrer les réponses des patients sur les différents thèmes définis au préalable dans un guide d'entretien. Les entretiens semi directifs permettent d'avoir un fil conducteur dans l'entretien afin d'obtenir les réponses aux questions majeures mais aussi permet à l'interrogé d'ouvrir ses réponses et d'apporter des détails ou précisions s'il le souhaite.

Les entretiens ont été réalisés en personne dans le cabinet où je remplaçais à Perpignan entre août 2021 et mars 2022. Les patients interrogés n'étaient pas des patients que j'avais déjà vus mais des patients venus au cabinet pour une consultation avec un collègue. Dans le but d'atteindre des profils de patients différents, après avoir

mené la moitié des entretiens environ, j'ai vu quelques patients à leur domicile après avoir fait ma visite. En effet je souhaitais pouvoir aussi interroger des personnes de milieux plus précaires (par exemple non véhiculés) ou des personnes un peu plus âgées qui venaient moins au cabinet à cette période.

D'après moi afin d'avoir des réponses réfléchies et pour capter l'intérêt du patient, les entretiens ne pouvaient être qu'en face à face. Aussi, le non verbal dans un entretien aide à identifier la gêne ou l'inconfort et permet d'optimiser le climat de l'entretien avec des relances appropriées ou des acquiescements montrant mon intérêt pour les propos de l'autre, via l'écoute active. De plus, à la fin de l'entretien, les patients pouvaient poser des questions sur la pathologie. Je pouvais alors y répondre afin que nous sortions tous les deux de cet échange avec de nouvelles connaissances et donc une « plus value », chose plus difficile je pense, au téléphone.

Ces échanges ont été enregistrés après recueil du consentement oral par enregistrement vocal d'un téléphone Iphone X, ainsi qu'un doublon avec logiciel enregistrement vocal en cas de problème technique sur un ordinateur portable ASUS.

b) Guide d'entretien

Introduction à l'entretien

Afin d'expliquer aux gens la raison de cet entretien et éviter de me perdre dans la présentation, j'ai rédigé un texte d'introduction que voici :

« Bonjour, Merci d'avoir accepté de me recevoir pour cet entretien. Je m'appelle Sarah et je suis médecin généraliste. Dans le cadre de mon travail de thèse je souhaite recueillir les besoins et les attentes des patients en termes d'information sur la santé et le syndrome d'apnée du sommeil en particulier, afin d'aboutir à une campagne de dépistage. Ces entretiens sont enregistrés et anonymisés et vous pouvez choisir d'y mettre un terme à tout moment si vous le désirez. Etes-vous d'accord ? »

Ce texte d'introduction a été légèrement modifié lors de mes entretiens avec la population gitane afin de faciliter le dialogue et se concentrer sur l'essentiel des messages à transmettre afin de recueillir leur consentement éclairé.

J'ai aussi posé quelques questions au début de l'entretien afin de cerner la population interrogée par la suite et me permettre en cours d'inclusion de poursuivre en variabilité maximale notamment concernant le sexe ratio qui était beaucoup plus représenté par les femmes au bout de 6 entretiens notamment.

Sexe	Age	Métier/formation	Médecin traitant déclaré (MT)	Médecin du travail consulté (MW)
------	-----	------------------	-------------------------------	----------------------------------

Elaboration du guide d'entretien

J'ai rédigé un premier guide d'entretien que j'ai ensuite retravaillé et enrichi sous la supervision de mon directeur de thèse le Dr Campagnac. Les questions devaient être englobantes avec des hypothèses de travail et donc des a priori théoriques mais ne limitant pas le patient dans ses réponses.

Le guide d'entretien final comportait **trois thèmes répartis en sept questions** servant de fil conducteur tout en permettant au sujet de donner son avis sur des questions parallèles. Pour débiter l'entretien il me fallait savoir si le patient avait déjà entendu parler du SAOS ou quelles étaient ses notions afin d'adapter mes questions suivantes. Des relances avaient été prévues si le patient ne répondait pas ou des reformulations si la question n'avait pas bien été comprise. Afin d'utiliser un vocabulaire compris en dehors du domaine médical notamment, j'ai fait lire à trois personnes ne travaillant dans le médical, le guide d'entretien afin de modifier quelques mots, tournure de phrase et préciser certains points.

Comme pour le texte d'introduction, de légers changements (tutoiements, vocabulaire) ont été réalisés pour mes entretiens avec des patients très jeunes (<25ans) et avec la population gitane. La barrière de la langue n'était pas un problème mais le vocabulaire parfois moins adapté à ce public pour ne pas créer de distance et permettre un dialogue plus naturel avec ces interviewés. Vous trouverez ci-joint le guide final en annexe.

c) Retranscription des entretiens

Les entretiens ont ensuite été retranscrits sur le logiciel de traitement de texte Word®. Chaque recueil a ensuite été anonymisé en attribuant à chaque retranscription un numéro (E1, E2, E3...). Après retranscription et analyse, les fichiers audios ont pu être supprimés.

III) Méthode d'analyse des données

a) Type d'analyse

La méthode d'analyse utilisée est l'analyse thématique ou analyse de contenu thématique (**ACT**) jusqu'à saturation des données. En effet, cette catégorie d'analyse peut être appliquée sur des supports de type entretiens, ce qui est le cas dans cette thèse. Comme l'écrit Rastier sur l'ACT en littérature, le cœur de la démarche repose sur le « *passage du lexical au thématique* ».

Aussi l'analyse thématique est appropriée lorsque le but est de rendre compte des différents thèmes soulevés et faire état des différences et des ressemblances.

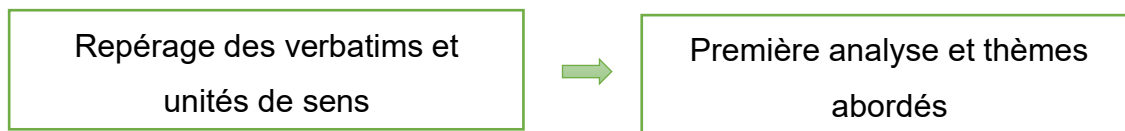
Ainsi on va créer une arborescence afin d'organiser et de mettre en évidence les grandes tendances et idées s'étant manifestées lors des entretiens.

b) Analyse des entretiens

Notre matériel d'étude pour l'analyse de chaque entretien est le verbatim. Il est issu de la retranscription fidèle des entretiens. Les données non verbales (gestes, émotions, pauses) n'ont pas été recueillies ou analysées.

La première étape de l'analyse consiste à identifier chaque unité de sens ou idée et à les numéroter dans chaque entretien (verbatim 1 entretien 1 : A1, verbatim 2 entretien 1 A2...). Une unité de signification est une phrase ou un ensemble de phrases liée à une même idée et donc à un même thème.

Toutes ces unités de sens sont classées dans un tableau, afin de rassembler les réponses se rapprochant tout en gardant le champ lexical employé par le sujet et être au plus proche de l'entretien : niveau d'inférence faible et éviter une première interprétation. Plusieurs lectures des retranscriptions ont donc été nécessaires pour ce processus.



De ces unités de sens émergent des thèmes et des sous thèmes notés dans un premier temps en marge : mode d'inscription en marge. Ces thèmes n'ont donc pas été définis à l'avance mais sont déterminés au fur et à mesure de l'analyse.

Cette méthode permet, via le logiciel Excel, de référencer tous les verbatims en unités de sens, de repérer la saturation des données et ainsi faire ressortir les thèmes et sous thèmes. C'est l'étape préparant l'élaboration de l'arbre thématique, ici il s'agit donc d'une démarche de thématisation continue puisque l'arbre a été enrichi au fur et à mesure. Ce codage a été réalisé par l'autrice de cette thèse, examiné et validé par son directeur.

c) Elaboration de l'arbre thématique

Les thèmes et sous thèmes ou rubriques alors définis, ils doivent être « organisés » c'est-à-dire hiérarchisés.

Ainsi une idée récurrente ou soulignée par le locuteur comme importante constitue un thème plus central qu'une deuxième idée mentionnée uniquement dans un seul entretien ou précisé par le patient comme plus accessoire par exemple. Lors de l'élaboration de l'arbre et la rédaction des résultats, une attention particulière a été prêtée afin de s'assurer du sens de deux verbatims ou unités de sens proches afin soit de les regrouper sous le même thème soit de les distinguer par différents thèmes ou sous thèmes. Ceci afin de s'assurer une interprétation minimale de la part de l'autrice et rester au plus proche de ce qu'a voulu dire l'interviewé.

Une fois structuré, l'arbre thématique a été réalisé avec le logiciel XMIND.

Résultats

I) Description des participants

Un court questionnaire a été rempli afin de caractériser l'échantillon.

	SEXE	AGE	METIER	MT	MW
E1	F	62	Elue territoriale	oui	non
E2	H	64	Directeur logistique	oui	oui
E3	H	38	Ingénieur responsable sav	oui	oui
E4	F	30	Professeur fitness	oui	oui
E5	F	20	Animatrice pour enfant	oui	non
E6	F	31	Esthéticienne	oui	oui
E7	F	28	Employé libre service	oui	oui
E8	H	36	Gérant des achats CHP	oui	oui
E9	H	71	Retraité, comptabilité	oui	oui
E10	H	25	Ingénieur en cybersécurité	oui	non
E11	F	42	Ne travaille pas / Arrêt école à 16 ans	oui	non
E12	H	46	Ne travaille pas	non	oui
E13	F	39	Ne travaille pas	oui	non

Treize entretiens ont été réalisés, l'échantillon se compose de sept femmes et six hommes entre 20 et 71 ans. L'âge moyen de l'échantillon était ici de **40,9 ans**.

Quatre participants ne travaillaient pas dont un patient retraité. Parmi les personnes ayant

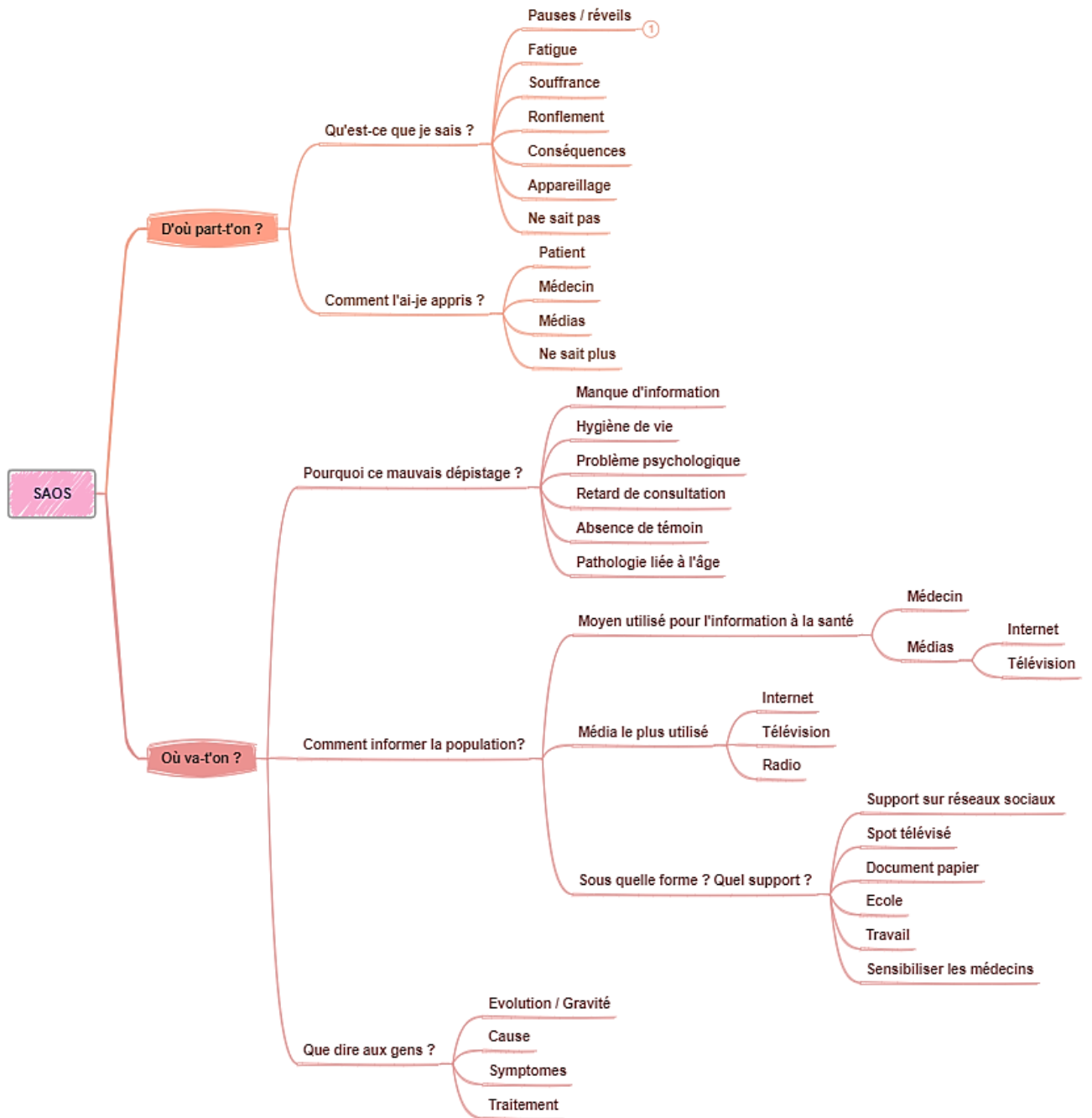
un travail, deux n'avaient pas vu le médecin du travail dans leur emploi actuel.

Un seul patient n'avait pas de médecin généraliste déclaré.

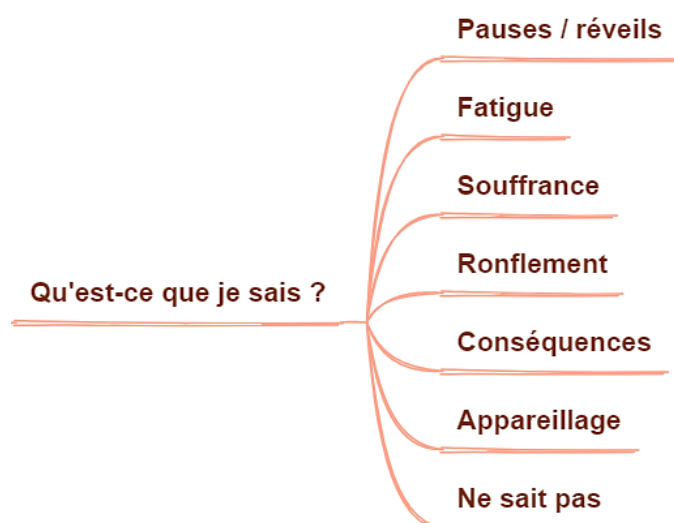
II) Analyse des entretiens

Les axes thématiques sont détaillés en sous thèmes ou rubriques et enrichis d'extraits de verbatims.

a) Arborescence thématique générale



b) D'où part-on ?



Douze participants ont déclaré avoir déjà entendu parler du SAOS et ont pu nous donner quelques précisions sur ce que c'était, pour eux.

Pauses et parfois de réveils souvent repérés par le/la conjoint

Beaucoup de participants répertorient l'idée de ce type de symptômes nocturnes. D'une part, l'idée de pauses respiratoires revient dans sept entretiens :

A3 « *C'est une sorte d'arrêt de la respiration qui fait que la personne se réveille euh, après un certain temps plus ou moins long* »

A35 « *par moment c'est comme si la personne respirait pas et du coup elle se réveille* »

A55 « *beaucoup des fois sa respiration s'arrêtait* »

A65 « *On respire plus en dormant pendant quelques minutes je crois* »

A82 « *C'est quand dans la nuit on a des arrêts de la respiration et ça cause des réveils, ou alors on se réveille pas forcément* »

A100 « *pendant un moment on arrête de respirer pendant le sommeil et qu'on est en apnée et que j'imagine que ça nous réveille ou pas* »

D'autre part, le repérage de ces anomalies par le conjoint ou la conjointe du patient est souvent mentionné.

A34 « *par leur épouse, enfin rendu compte par leur conjoint* »

A72 « *Ma mère parce que quand il dormait il respirait plus, alors il ronfle très fort puis à un moment ça s'arrête.* »

Fatigue

Plusieurs personnes mentionnent l'idée de fatigue : A4 « *cela provoque une réelle fatigue* » ou de sommeil de mauvaise qualité : A36 « *très fatiguée le lendemain, comme si elle avait pas trop dormi.* »

Quelqu'un a parlé d'endormissement diurne rapide : A116 « *J'ai un collègue l'autre fois il travaille avec moi, au bout de cinq minutes même quand il conduit il s'endort.* »

Souffrance

Le thème de la souffrance est récurrent lorsque les participants évoquent le SAOS.
A17 « *Par des relations qui en ont souffert* »
A32 « *par des gens qui en souffraient.* »
A4 « *qui peut dans un premier temps être handicapant* »

Ronflements

Plusieurs personnes évoquent A91 « *Des gens qui ronflent je crois, ça concerne des gens qui ronflent* ».
A124 « *A part qu'on ronfle et que ça fatigue mais c'est tout.* »

Conséquences

Quelques interrogés citent des complications dues au SAOS.
A116 « *même quand il conduit il s'endort.* »
A5 « *mais qui peut aussi avoir des conséquences, beaucoup plus radicales* »

Appareillage

Certains rapportent des informations sur le dépistage ou la prise en charge.
A109 « *Il a dit que lors du sommeil quand on regardait je sais pas avec quoi, le sommeil comment ça se passait il y a avait un problème.* »
A56 « *prise en charge par machine évitant les pauses la nuit* »

Ne connaît pas le SAOS

Une personne interrogée avait déjà entendu parler de SAOS mais ne savait "rien" sur le sujet. A46 « *Je ne sais pas du tout.* »



Patient

Beaucoup des participants ont répondu avoir entendu parler du SAOS par l'intermédiaire d'un patient atteint.

A1 « *quelqu'un de plus ou moins proche, qui en souffre* ».

A17 « *Par des relations qui en ont souffert* »

A54 « *Mon père qui en fait.* »

A71 « *mon beau père en fait* »

A115 « *un collègue à moi* »

A122 « *on a fait récemment le test à ma fille vous savez.* »

Médecin

Plusieurs ont reçu l'information d'un médecin. A108 « *C'est le Docteur X.* »
 A123 « *c'est le cardiologue* »

Chez les patients qu'ils connaissent, le diagnostic a été posé A2 « *je crois par son médecin généraliste.* » A73 « *puis c'est son médecin traitant qui a fait le diagnostic* »
 A19 « *Mmm, c'est des troubles du sommeil* » A20 « *et puis donc consultation du médecin après qui a diagnostiqué.* »

Médias

Quelques personnes citent la télévision, la presse A18 « *dans la presse ou à la télévision* » ou internet A86 « *reçoit newsletter sur son téléphone sur infos de santé* »
 A99 « *euh par des articles sur internet sans doute* » comme voie d'information sur ce sujet précis.

Une personne en a entendu parler à la faculté.

A81 « *via la faculté et moi en général je m'intéresse beaucoup à ce qui est la santé.* »

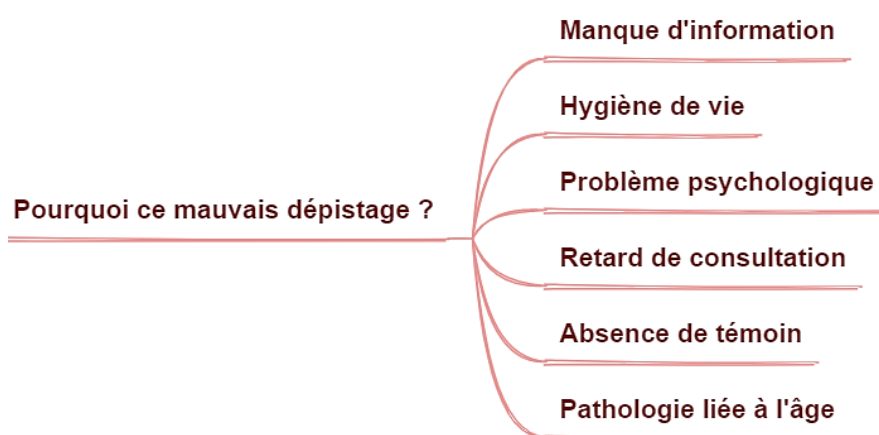
Ne se souvient plus

Plusieurs personnes avaient entendu parler du SAOS mais ne se souvenaient plus par quel biais.

A45 « *j'en ai entendu parler comme ça.* »

A64 « *Je ne me souviens plus, c'était il y a longtemps.* »

c) Où va-t-on ?



Trois personnes, bien qu'ayant entendu parler du SAOS, n'avaient pas de pistes quant aux raisons de ce mauvais dépistage : « *Je ne sais du tout.* » A58

Manque d'information

Le « *manque d'information* » A49 comme motif du sous dépistage est une idée qui revient dans presque tous les entretiens. A6 « *Peut être qu'on en parle pas suffisamment* »

A22 « *Parce qu'on ne connaît pas bien les symptômes* »

A66 « *Parce qu'on en entend pas assez, on a pas assez de retour.* »

A93 « *Et puis il y a pas trop de campagnes d'information là-dessus comme sur le cancer ou tout ça.* »

Qu'ils associent ce défaut aux médias A9 « *manque de communication par des moyens, des médias ordinaires.* » ou au corps médical A26 « *sensibiliser les médecins* »

Trouble du sommeil : hygiène de vie plus que pathologie

Beaucoup de participants attribuent le sous dépistage au fait que la maladie est silencieuse et indolore A92 « *Parce qu'on souffre pas je suppose, on doit pas tellement souffrir, les gens n'en parlent pas trop peut être aussi.* » A39 « *Parce que les gens ne réalisent pas qu'ils sont malades.* »

A101 « *Parce que les gens pensent que c'est juste qu'ils dorment pas bien.* »

Plusieurs participants, dès qu'on mentionne trouble du sommeil, pensent que ce sont simplement des mauvaises conditions de sommeil qui les provoquent, et pas forcément quelque chose de pathologique. A21 « *On assimile ça plutôt à des mauvais comportements ou une mauvaise hygiène de vie.* » A37 « *On dort mal "parce que [...] qu'ils ont juste trop bu de café ou qu'ils pensent à autre chose* »

Trouble du sommeil : problème psychologique

Le côté psychologique des troubles du sommeil est cité, on associe rarement ces derniers à une "vraie" pathologie pouvant faire l'objet d'une prise en charge spécifique. « *c'est pas médical mais plus psychologique.* » A38

Retard de consultation

Deux personnes interrogées relèvent qu'il y a souvent un délai de consultation pour ce motif : A84 « *les gens ils y vont quand ils sont vraiment HS.* », A117 « *on attend souvent longtemps avant de consulter pour son sommeil, il faut en parler au médecin* »

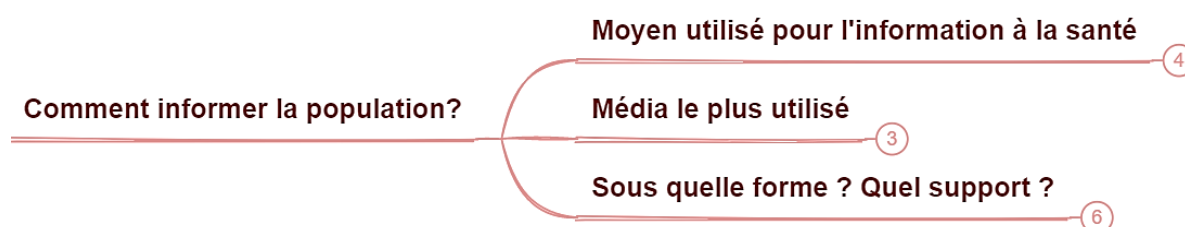
D'après l'un d'entre eux, A83 « *le sommeil n'est pas vraiment dans la culture française à la base contrairement à d'autres pays et donc l'étude n'est pas* ».

Absence de témoin

On citera aussi l'importance d'un témoin des pauses ou ronflement notifiée par une participante comme possible raison de sous dépistage : A74 « *Pas de témoin de pause pour les personnes dormant seules.*

SAOS lié à l'âge

Une personne nous dit A8 « *peut-être aussi parce qu'on imagine que c'est à partir d'un certain âge* ». Excluant ainsi à tort les personnes plus jeunes du diagnostic.



Moyen utilisé pour l'information à la santé

Un patient a déclaré A41 « *Je ne m'informe pas trop.* » au sujet de la santé.

- Médecin

Une grande partie des participants déclarent s'informer par l'intermédiaire d'un médecin.

A11 « *essentiellement via le généraliste.* »

A112 « *Quand j'ai des questions ou pour mes enfants je me renseigne au docteur* »

A119 « *Bah je vais voir le docteur.* »

- Média

Six participants indiquent se documenter sur A48 « *internet* » ; A127 « *Internet, sur le téléphone.* »

A94 « *Je vais sur internet quand j'ai besoin de renseignements ou que je ne comprends pas quelque chose* »

Deux personnes déclarent tirer leur information de la télévision A60 « *Plus la télévision* »

Média le plus utilisé

- Sept patients utilisent le plus A47 « *internet* » ou A67 « *facebook* »
- Quatre participants consomment surtout du contenu sur la télévision.

A111 « *c'est la télé* »

- Une personne déclare écouter majoritairement A10 « *la radio* ».

Sous quelle forme ? Support d'information?

- Support sur réseaux sociaux

Beaucoup de personnes suggèrent d'utiliser internet et plus particulièrement les réseaux sociaux les plus consultés.

A42 « *Ce qui marche le mieux en ce moment c'est les réseaux sociaux, une ou plusieurs campagnes* »

A50 « *puis ensuite faire plus de pub, autre que papier par exemple. ... via internet par exemple* »

A95 « *Par internet* », A96 « *par des campagnes* ». A96

Plusieurs proposent d'utiliser ce média et de créer un support interactif dans un format de publicité ou de vidéo par exemple.

A104 « *En faisant une chaîne Youtube, et il faut qu'elle soit marrante sinon on regarde pas, enfin intéressante.* »

- Spot télévisé

D'autres pensent qu'un « *spot télévisé* » A28 pourrait viser plus large.

A77 « *Je pense la télé car ça toucherait plus de monde.* »

A61 « *Par de campagne à la télé* »

A78 « *Bah comme ils font les pubs, par exemple pour le covid* »

- Document papier

Une participante trouve pertinente l'idée d'un support directement au domicile :

A52 « *c'est vrai que dans les grandes campagnes de dépistage, comme pour le col de l'utérus on nous l'envoie directement chez nous, et ça marche bien.* »

- A l'école

Une patiente suggère l'école comme plateforme d'information sur la santé et la prévention.

A12 « *Je pense que l'école à mon avis, peut être un bon point de départ.* »

A13 « *Et bien je pense qu'à l'école il manque, peut être un cursus ou des informations dès tout petit de prévention santé, même dès la maternelle.* »

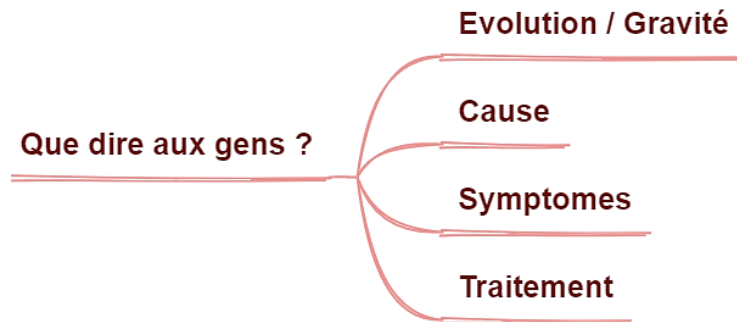
- Au travail

Un entretien cite l'idée d'utiliser la voie de l'entreprise pour atteindre la cible

A27 « sensibiliser...dans le domaine de l'entreprise cela peut être plus compliqué »

- Sensibiliser les médecins généralistes et autres

A26 « Bien... sensibiliser les médecins »



En ce qui concerne les messages clés sur la pathologie, les participants s'accordent pour dire que l'évolution, la gravité et les symptômes sont des informations importantes à transmettre à la population.

Evolution et gravité

Beaucoup de participants indiquent que d'après eux, ce qu'il faut savoir A105 « D'abord la gravité », A43 « Si ça se guérit. » et A113 « Comment on peut évoluer », si c'est A106 « A vie ou pas à vie ».

Ils insistent sur l'importance de connaître A30 « Les effets les plus graves, qui peuvent nuire à sa santé ».

Cause de la maladie

Une grande partie des patients interrogés mentionne la cause comme un des éléments fondamentaux à partager sur le SAOS :

A14 « Je dirai que si on veut faire de la prévention c'est la cause »

A89 « La cause je pense » A97 « La cause déjà pour pouvoir traiter. »

A79 « Je pense que le plus important est la cause, car c'est la cause qui va donner les symptômes. »

Symptômes

Pour plusieurs personnes, ce sont A69 « *les symptômes* » qui restent l'élément crucial à faire connaître à la population. A51 « *En premier je dirai les symptômes.* »

Traitement

Quelques-uns évoquent les méthodes de traitement éventuels comme aussi pertinents à divulguer au public.

A129 « *Le traitement, la guérison* » A120 « *Le traitement normalement non ?!* »

Discussion

I) Principaux résultats et comparaison avec la littérature

a) Qu'est-ce que je sais ?

Notre étude a montré que les patients ont déjà entendu parler du SAOS. Deux thèses d'exercice confortent nos résultats.

- En 2016, 91,3% des interrogés pour une étude en Lorraine disaient connaître le SAOS. (45)
- En 2019, un travail réalisé dans les Landes chiffrait cette proportion à 95%. (46)

Cette thèse n'a pas mis en évidence de différence entre les hommes et les femmes sur cette question. Cependant, plusieurs travaux constatent que les femmes sont mieux informées sur le SAOS (47). En effet elles consultent plus et sont plus préoccupées par leur santé. (48)

Les patients interrogés mentionnent principalement la **fatigue**, les **ronflements** et les **pauses** respiratoires comme symptômes du SAOS, comme chez les individus de l'étude de 2010 (48), 2016 (41) et 2017 (49).

La plupart des autres symptômes et complications reste mal identifiée. Comme dans notre étude, on notera la mention des **complications** accidentogènes bien attribuées au SAOS parmi les individus interrogés lors d'entretiens conduits par d'autres chercheurs. (45,48)

La notion de **souffrance** est un thème abordé à plusieurs reprises dans les échanges avec les patients. Ce constat n'a pas été retrouvé dans d'autres écrits.

b) Comment l'ai-je appris ?

Notre échantillon avait surtout obtenu des informations sur la SAOS par l'intermédiaire de proches, souvent atteints du syndrome. Certains patients ont reçu l'information de médecins. Plus rarement, les médias avaient fait découvrir à la population cette pathologie.

On retrouve les mêmes moyens d'information dans d'autres travaux. Le **rôle de l'entourage** dans la diffusion des connaissances et dans le dépistage est primordial. Cependant, la place des médecins généralistes et spécialistes comme source d'information reste importante. (46)

c) Pourquoi ce mauvais dépistage ?

Ce travail a permis de relever plusieurs explications à ce mauvais dépistage. D'après les participants c'est d'abord par manque d'information. Les individus interrogés avaient déjà entendu parler du SAOS mais n'avaient pas vraiment été sensibilisés à un éventuel dépistage. De plus, les troubles du sommeil sont souvent attribués à des facteurs psychologiques, réactionnels ou à une mauvaise hygiène de vie. La possibilité d'une étiologie autre n'est que rarement évoqué par le patient.

En janvier dernier, une étude algérienne illustre la même situation : 65% des sujets banalisent ces troubles et seulement 27% consultent leur généraliste.(50)

Des études appuient nos résultats.

Une étude de 2009 soulève des freins au dépistage que nous avons aussi retrouvé dans ce travail de thèse. Ici, il s'agit du cancer colo-rectal (CCR) (51). Elle montre que le manque d'information sur la pathologie est motif de sous dépistage. Toutefois, informer n'est pas tout. En effet, ils soulignent, comme pour le SAOS, l'importance du médecin traitant pour la compréhension de l'utilité de la campagne.

Aussi, on constate que la bonne santé est une raison de non-participation au dépistage.

Si la personne ne se sent pas malade, le test ne l'intéresse pas (51). Cette notion a aussi été retrouvée dans notre étude : les troubles du sommeil relevant pour les patients d'une mauvaise hygiène de vie et non d'une pathologie nécessitant un traitement spécifique. Le caractère indolore du SAOS a aussi été souligné, le patient ne se sait pas malade. Il ne cherche donc pas à se faire dépister.

Incitateurs	Freinateurs
Cas familial	Précarité
Adhésion au principe de prévention	Difficulté accès aux soins
Être en couple	Bonne santé
Logique d'obéissance	Négligence
Relation de confiance avec MT	Peur du résultat
	Test rebutant

D'autres études apportent des pistes nouvelles.

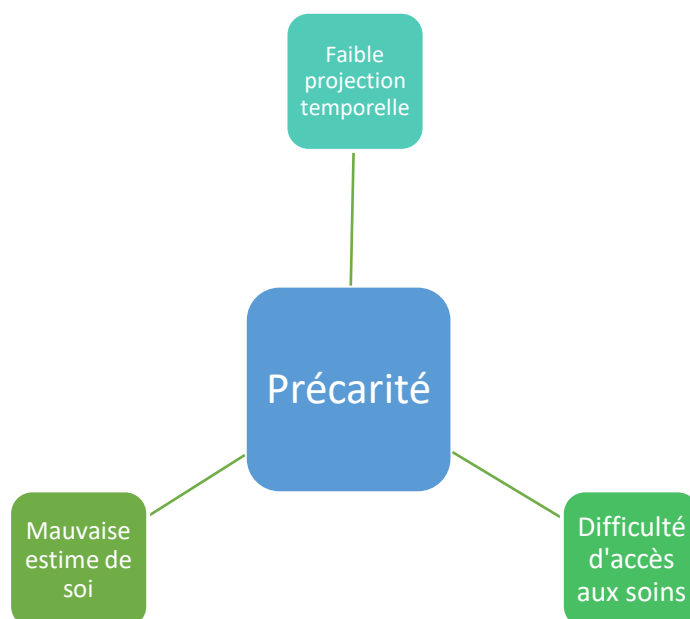
D'autres travaux ont mis en évidence des raisons de sous dépistage différents en questionnant aussi les patients. Tous les écrits cités ici, concernent des dépistages de cancer (colon, utérus...). La recherche bibliographique n'a pas permis de trouver d'étude sur le SAOS spécifiquement.

L'étude réalisée en 2013 dans l'Isère est très intéressante : on étudie alors l'implication des patients au dépistage organisé pour un cancer (52). Se pencher sur les motifs de participation ou de non-participation met en lumière des pistes d'amélioration pouvant être applicables au SAOS.

- Un cas de cancer dans la famille ou parmi les proches s'avère être un facteur d'exposition à la connaissance et incitant au dépistage.
- La compréhension de l'intérêt de la prévention et son adhésion sont, aussi, des motifs de participation. (53)

- Certains individus acceptent le dépistage par logique simple d'obéissance. Un dépistage leur est conseillé, ils y consentent (53).
- L'entourage joue aussi beaucoup. En effet, l'étude FADO par exemple, montre qu'être en couple pousse à la participation en prévention (54). Le SAOS touche homme et femme, avec une prédominance masculine comme nous l'avons vu plus haut. Cependant c'est la femme qui incite au dépistage et à l'attention à la santé en général.
- La précarité a un poids important dans la réalisation du dépistage.
 - Elle entrave considérablement l'accès aux soins et par extension, la participation au dépistage. (55)
 - Des études en psychosociologie ont démontré que la précarité induit une modification du rapport au temps avec une hypertrophie du présent et une faible projection temporelle vers le futur. Cette dernière conditionne pourtant l'adhésion à la prévention. (56,57)
 - Il existe aussi souvent chez ces patients une mauvaise estime de soi, frein à la réalisation d'acte de prévention (58).

Les agriculteurs ou les personnes affiliées à la MSA par exemple participent moins au dépistage que des personnes affiliées au régime général. (59)



d) Comment informer la population ?

Moyens d'information

Les individus interrogés se tournent surtout vers leur médecin généraliste pour se documenter sur leur santé. Beaucoup utilisent aussi internet ainsi que les réseaux sociaux pour obtenir des réponses à leurs questions.

En 2012, une étude française (60) affine nos résultats. Dans ce travail, les patients utilisent surtout la télévision et la radio pour se documenter. Cependant, beaucoup n'ont pas confiance en ces médias (échelle de confiance 5,7/10). Elle confirme le rôle majeur du médecin traitant sur l'information au dépistage. Ici, il n'est pas la première source d'information des patients mais c'est celui en lequel les patients ont le plus confiance (échelle de confiance 8,2/10).

En 2017, une nouvelle étude suggère que les campagnes médiatiques sont plus efficaces pour la diffusion d'information mais la méfiance des individus envers les médias traditionnels persiste (61). C'est pourquoi elle insiste aussi sur le rôle du médecin dans la compréhension de l'importance du dépistage.

Supports d'information

- Interrogés sur les moyens pour améliorer le dépistage, les patients proposent des campagnes d'information par l'intermédiaire des réseaux sociaux. Un grand nombre ont cité l'importance des supports qui doivent être didactiques, agréables comme des vidéos explicatives par exemple.
- Une personne mentionne l'intérêt d'une campagne arrivant directement au domicile du patient.

A une époque où l'on se trouve souvent noyé dans les courriers électroniques envoyés en masse, l'importance d'une lettre envoyée au domicile n'est pas à négliger.

Plusieurs travaux concernant le CCR s'accordent à dire que ce moyen peut être intéressant avec l'objectif de dépistage en tête. (51,52)

Pour beaucoup, cette lettre était le déclencheur principal de réalisation du test.

Elle avait plusieurs rôles :

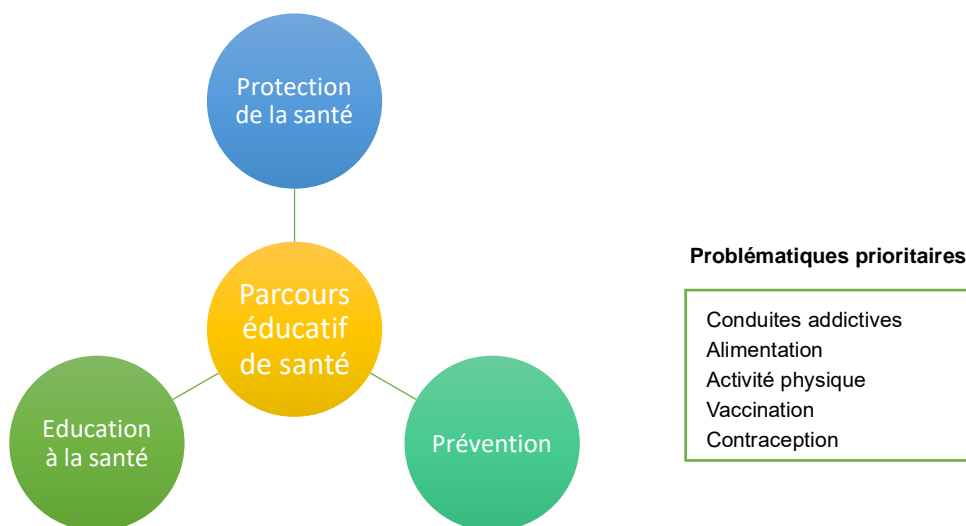
- Information pour les personnes n'étant pas familières avec ce test par exemple.
- Rappel ou réactivateur pour les personnes qui auraient pu oublier
- Sensation de suivi individuel

La population a confiance en cette méthode d'information (60).

- On cite aussi l'école comme possible lieu d'apprentissage aux bons gestes de prévention.

En 2018, le comité interministériel de la santé guidé par Edouard Philippe et Agnès Buzyn a présenté plusieurs mesures en matière de prévention. (62)

Émerge alors l'idée d'un parcours éducatif de santé concernant toutes les écoles et établissements scolaires. (62)



L'école est un lieu d'apprentissage propice à l'échange de message de prévention. Toutefois, même si le SAOS peut toucher l'enfant, d'autres sujets de santé plus fréquents et importants sont à prioriser.

e) Que dire aux gens ?

Les patients insistent ici sur l'importance à leurs yeux de connaître d'abord l'évolution, puis la cause et les symptômes de la maladie.

Aucune étude n'a étudié l'importance de chaque aspect d'une maladie pour les patients.

A noter que le SAOS est multifactoriel et qu'il n'existe donc pas une cause « simple » qui serait parlante pour les patients. D'après moi, la cause ne serait donc pas le premier élément à mettre en avant dans une campagne d'information et dépistage.

Ici, je pense qu'il serait plus efficace de parler des symptômes et des conséquences. En effet, le but est de faire de la prévention secondaire afin de traiter les gens et d'éviter des complications.

II) Forces de l'étude

a) Originalité du sujet

L'originalité du sujet est un des points forts de cette étude. La thématique du dépistage et de la prise en charge du SAOS a été décrite dans la littérature, mais aucune étude ne concerne le point de vue des patients sur le SAOS, leurs attentes, leurs besoins, et le sous dépistage. C'est donc un sujet **inédit**.

Il est pertinent puisque représente un problème actuel de santé publique. En effet c'est à la fois une maladie chronique fréquente, sous dépistée, qui entraîne des complications graves et dont la prise en charge améliore considérablement la qualité de vie.

b) Une méthode appropriée à la question de recherche

Etude qualitative

L'objet ici est un phénomène humain, et la recherche qualitative est la méthode à adopter lorsque l'on vise la compréhension et la profondeur d'un sujet ou phénomène particulier.

Entretien

Les participants n'ont pas pris connaissance du guide à priori, aboutissant ainsi à des échanges spontanés mais aussi afin d'éviter un biais de sélection par manque d'intérêt ou de connaissance sur le sujet.

Les entretiens ont été réalisés après des consultations prévues, au cabinet ou à domicile. Je n'ai pas interrogé de patients lorsqu'ils étaient avec leurs enfants ou lorsqu'ils étaient trop fatigués... afin d'avoir suffisamment de temps pour échanger avec eux, dans une atmosphère calme et confortable.

Avant de commencer l'entretien, je rappelais aux participants le caractère anonyme de leurs déclarations, et j'insistais sur le fait que mon objectif principal était basé sur leur perception et non leurs connaissances pour les mettre à l'aise.

Echantillon

Après avoir mené plusieurs entretiens et afin d'atteindre un échantillon en variation maximale, la suite du recrutement des participants a été réalisée au fur et à mesure en fonction de leurs caractéristiques (sexe, âge,...).

Investigateur

La standardisation des entretiens a été garantie puisque j'étais la seule investigatrice pour cette étude.

De plus, avant chaque entretien lorsque je sentais une gêne ou lorsque la personne me disait « ne rien savoir » ou « ne rien avoir à apporter » je m'efforçais d'expliquer que l'intérêt de cette étude n'était pas d'avoir les bonnes réponses mais de récolter surtout une diversité d'opinions. En effet, j'expliquais que cette thèse avait lieu d'être puisque nous ne sommes actuellement pas assez « bon » pour le dépistage à ce jour et que nous souhaitons donc leur aide pour améliorer les choses.

c) Validité externe : diversité de l'échantillon et saturation des données

La saturation des données et l'échantillonnage de l'étude confèrent aux résultats une bonne validité externe. On peut donc considérer que tous les points de vue ont été entendus, et donc que les résultats sont généralisables/transférables à la population étudiée : la population majeure des Pyrénées Orientales.

d) Validité interne ou crédibilité

La cohérence ou validité interne est limitée du fait de l'absence d'étude antérieure sur le sujet. L'analyse des verbatims a été réalisée par une seule et même personne, et ce biais d'interprétation diminue aussi la validité interne de l'étude. Cependant, une triangulation partielle avec mon directeur de thèse a été appliquée pour les cinq premiers enregistrements. De plus, le guide d'entretien a structuré les rencontres, ce qui améliore aussi la validité interne de cette thèse.

III) Faiblesses

a) Biais d'investigation

Une des faiblesses réside dans le type d'étude. La recherche qualitative nécessite de recueillir une information sans influencer le discours du patient par du verbal (relances) ou du non verbal (acquiescement...). Ce travail de thèse étant ma première expérience d'analyse qualitative, ce n'était pas aisé. Au fur et à mesure des échanges, j'ai essayé de me fixer sur le guide d'entretien, sans dévier ou parler trop pour éviter de majorer ce biais de subjectivité.

b) Biais d'échantillonnage

Ce biais est induit par le fait que les sujets n'ont pas été tirés au sort. Ici, on a choisi de ne pas interroger les patients ne parlant pas français ce qui représentent dans la région, un pourcentage non négligeable, ainsi que les mineurs, population non indemne du SAOS. De plus, il s'agit d'une étude locale : petit échantillon de patients, consultant à Perpignan, pendant une durée limitée.

Ici les entretiens ont été menés chez des patients consultant à SOS médecins. On aurait pu penser que ces patients avaient moins de médecins généralistes déclarés que la population générale puisque consultant cette structure d'urgence et donc peut être moins accès à des informations de prévention par cet intermédiaire de soins primaires mais ce n'était pas le cas. En effet un seul patient sur les treize interrogés a déclaré ne pas avoir de médecin traitant. Cependant il aurait été intéressant de savoir à quelle fréquence ils le consultaient réellement.

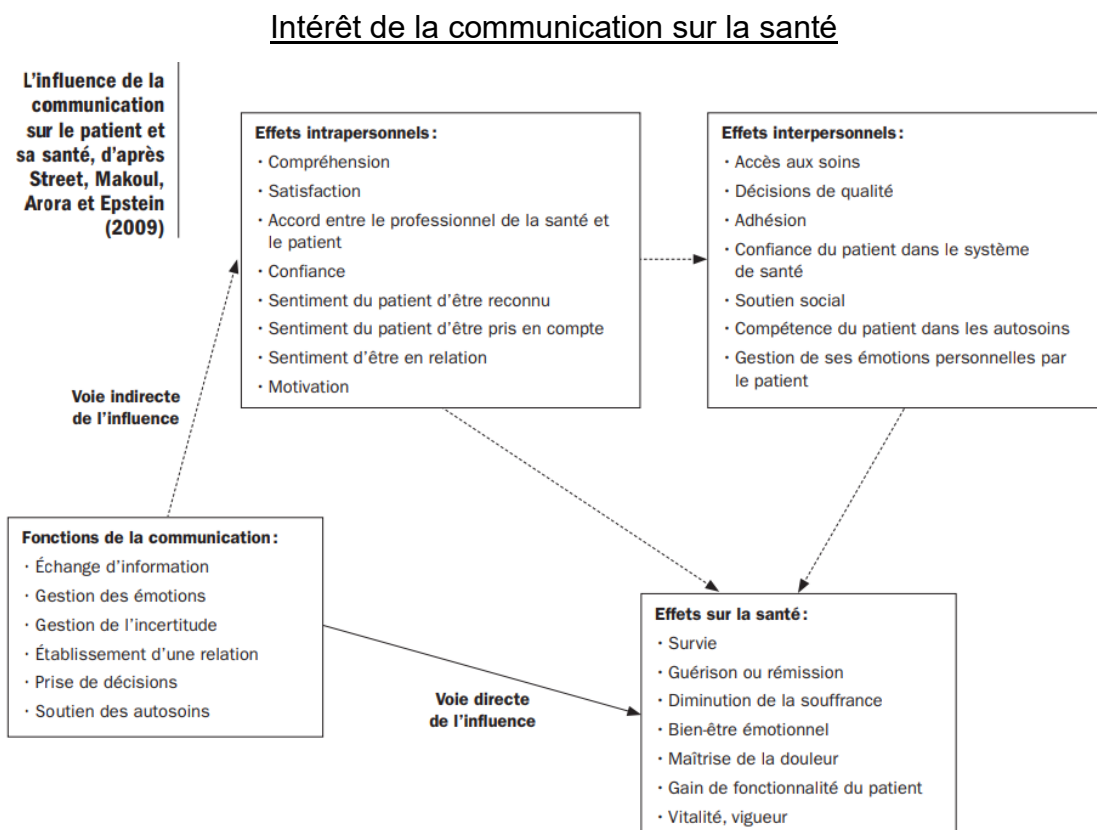
c) Biais de désirabilité sociale

Les patients ont pu fournir les réponses qu'ils pensaient que j'attendais, craignant un jugement. Ce phénomène a pu être exacerbé par le fait que les entretiens étaient enregistrés, même si j'ai tenté de le faire oublier aux participants en dissimulant le téléphone après avoir obtenu leur consentement. Quelques questions faisant appel aux souvenirs des patients, il a pu exister également un biais de mémorisation.

De plus, pour minorer ce biais de « volontarité », la plupart des entretiens a été menée avec des patients que je n'avais jamais reçu auparavant. Les rares cas où je les avais vus, la consultation était terminée et ils n'allaient vraisemblablement jamais me revoir.

IV) Ouvertures et perspectives d'amélioration du dépistage

a) Vers une campagne de dépistage



Source: Traduite et adaptée de Street, Makoul, Arora et Epstein (2009), p. 297.

Communication avec sa cible

Pour une campagne, quel que soit le produit il faut :

- Identifier les centres d'intérêt de vos parties prenantes
- Identifier les atteintes et les a priori ou réticences de chacun
- Identifier la population cible avec votre audit de communication (63)

Il est aussi nécessaire de définir quatre éléments essentiels afin d'atteindre son but de communication (annexe) (64). L'atteinte de la cible est un élément que l'on cherche lorsqu'on parle de campagne de dépistage. Ainsi c'est avec mon objectif secondaire en tête que j'ai décidé de chercher des informations dans des sources différentes, en se rapprochant de la publicité un moment.

Target Customer: *What is a concise summary of the attitudinal and demographic description of the target group of customers your brand is attempting to appeal to and attract?*

Patient ou famille de patient atteints du SAOS non dépisté, avec symptômes ou complications

Market Definition: *What category is your brand competing in and in what context does your brand have relevance to your customers?*

**Santé publique
Santé individuelle et prévention**

Brand Promise: *What is the most compelling (emotional/rational) benefit to your target customers that your brand can own relative to your competition?*

Information, meilleure connaissance de sa santé / promouvoir le dépistage chez ses proches /

Reason to Believe: *What is the most compelling evidence that your brand delivers on its brand promise?*

Diminution fatigue, accident, amélioration libido et état psychologique

Différentes cibles pour un même but : amélioration du dépistage (65)

Plusieurs pistes pour organiser une campagne de dépistage (31) :

Toute campagne s'édifie en fonction de sa cible.

- Pour le patient :
Activités de sensibilisation ou d'éducation

Campagne au sein d'une communauté, d'une région ou d'un pays en particulier.
Contacter des patients déjà connus pour tenter de savoir si des membres de leur famille seraient atteints (cas de pathologies avec facteurs héréditaires). Ici le sensibilisé (patient connu atteint) devient sensibilisateur (pour un proche).
Organiser une journée de tests dans une ou plusieurs villes ou régions

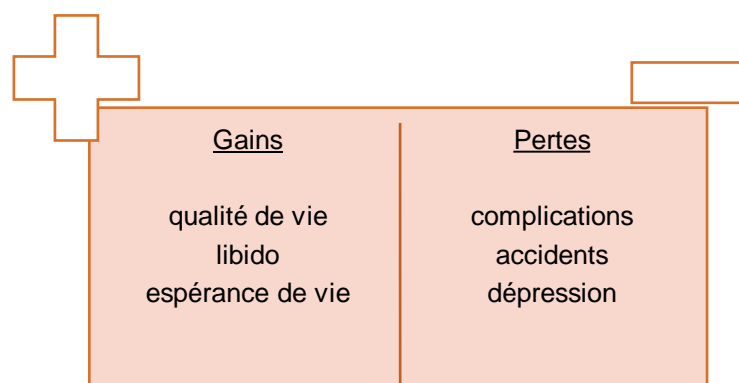
A noter qu'en France les campagnes de prévention utilisent souvent le second degré avec des **campagnes élaborées** ce qui ne fait que creuser les inégalités en santé. En Angleterre au contraire, les messages de communication en santé sont le plus **basiques** possibles afin d'être efficace chez les plus vulnérables. (66)

- Pour le professionnel de santé :
Organiser des **ateliers** pour informer des groupes précis de médecins (généralistes, urgentologues, obstétriciens-gynécologues) en fonction de la pathologie (ici médecins généralistes, pneumologue, mais aussi psychiatre, dentiste, médecin du travail...)

Quels messages sont-ils efficaces en santé ?

Les études montrent que la mention des conséquences d'un message de santé peut être à l'origine de l'adoption du comportement voulu ou recommandation. Ici cette recommandation est la consultation médicale amenant ou non un dépistage. Il serait donc utile de **mentionner les complications** de la maladie. (67)

En effet, informer les gens sur les « gains » ou les « pertes » encourus en suivant ou ignorant la campagne, modifie les attitudes ou comportements des individus.



En 2003, une étude américaine montre qu'une participante d'humeur négative est plus favorable à la mammographie après avoir vu un message insistant sur les gains. (« *En faisant une mammographie, vous utilisez la meilleure méthode pour vérifier que vos seins sont en bonne santé* ») (68)

En 2004, une seconde étude souligne l'intérêt d'un message positif pour inciter la population à utiliser de la crème solaire ou prendre un traitement préventif de la mononucléose. Ici, on conclue qu'un message de gain est plus efficace chez les sujets à bas risque concernant la pathologie. (69)

Plusieurs constats peuvent être utiles à l'élaboration d'une campagne.

*Lorsque la recommandation concerne un dépistage, le message négatif suscite une intention supérieure.

*Parler des gains est plus efficace, lorsqu'il présente une conséquence liée à la santé.

*Parler des pertes est plus efficace, lorsqu'il présente une conséquence sur la vie relationnelle.

Attention toutefois, **la peur n'est pas un message de fin en soi** (66). Elle peut être utilisée pour faire comprendre au patient la notion de risque et ouvrir la porte à des solutions. Cependant, elle peut aussi détourner le regard de la cible (70).

Supports existants sur le SAOS

Il existe déjà des documents d'information destinés aux patients sur l'apnée du sommeil mais aucun n'a été réalisé en interrogeant les patients.

Le premier est une bande dessinée comportant les messages essentiels à transmettre. Réalisé par des pneumologues, il comprend des images et des explications simples dans un format agréable. Cependant un peu long : il comporte vingt pages (71).

Un deuxième document à destination des patients a été réalisé par la FFAAIR. Ici, les explications sont plus complexes et l'on s'attarde sur les différentes thérapeutiques. C'est donc une cible différente par rapport à cette thèse puisque nous cherchions ici à informer des gens non dépistés. (72)

Un autre support, créé par l'Ordre des pharmaciens et l'INSERM a notamment été utilisé pour informer les patients en pharmacie lors d'une étude (73) (Annexe)

b) Améliorer le dépistage par les professionnels de santé

On l'a mentionné dans cette étude, il faut certes, informer le patient mais il est aussi indispensable de former le médecin.

Médecin généraliste

D'après une thèse d'exercice parisienne conduite en 2015, **89%** des médecins interrogés ont évoqué leur rôle dans le dépistage du SAOS (74). De plus le passage par un spécialiste n'est pas obligatoire pour atteindre une bonne observance (75). La prise en charge est donc réalisable en médecine générale.

On note en France une amélioration progressive des connaissances et des pratiques des médecins généralistes (76) (77). Toutefois, certains médecins se sentent encore à ce jour, mal formés. (**34%** d'après (74)).

Psychiatre

Le sous-dépistage pourrait être en partie dû à des **erreurs** diagnostiques ou à des pathologies entremêlées, telle que l'anxiété. Les consultations pour problèmes de sommeil n'ont pas nécessairement eu lieu chez un médecin spécialiste du sommeil mais souvent chez un psychologue, psychiatre (43) ou médecin généraliste. En effet, dépression et trouble du sommeil sont souvent liés. Les individus affectés potentiellement par un SAS, consultent davantage des psychiatres (3,2 %) que la population générale. (43)

Un travail de recherche en 2018 s'est intéressé aux patients anxiodépressifs, en particulier ceux jugés résistants aux traitements. Ils ont été dépistés puis beaucoup d'entre eux ont par la suite bénéficié d'un traitement ventilatoire qui a conduit à une amélioration de l'humeur, de la qualité de vie et de la consommation de psychotropes. (78)

Tous les prescripteurs d'antidépresseurs, anxiolytiques ou somnifères, doivent donc être sensibilisés à cette corrélation afin d'éviter une prescription médicamenteuse inutile et délétère.

Médecin du travail

En 2018, dans un service de santé au travail a tenu place une campagne de sensibilisation des employés puis remplissage du questionnaire de Berlin. Cette action a permis un dépistage important chez des patients symptomatiques volontaires, et ce, **3 ans plus tôt** que le dépistage classique. (43,79) Cette étude pose le doigt sur la place importante de la santé du travail dans le dépistage utilisant un test déjà connu. (80)

En 2020, une PSG a été réalisée chez tous les chauffeurs poids lourd d'une entreprise tunisienne (81) . Dans cette étude, la prévalence du SAOS chez cette population était supérieure à celle de la population générale. La question d'un dépistage systématique chez ces individus semble pertinente considérant le risque professionnel important.

En mars 2022, un autre travail utilisait le questionnaire STOP-BANG pour dépister le SAOS. Cette fois ci, c'est au sein de la population militaire active qu'avait lieu le recrutement et les résultats encourageants vont dans le même sens que l'étude précédente. Il serait judicieux d'utiliser un questionnaire comme le STOP-BANG lors de visites (38) (recrutement, maintien en activité, visites systématiques) afin de dépister plus précocement des troubles chez les actifs.

Dans mon travail de thèse, 8 individus ont déjà vu le médecin du travail dans leur entreprise actuel. Parmi ceux qui n'ont pas eu cette consultation, plusieurs ne travaillaient pas.

Il serait intéressant que le dépistage des troubles du sommeil soit un des rôles clé de la santé au travail qui reçoit des patients souvent en bonne santé, consultant moins. Chez cette population, il est possible que ce médecin soit leur seul interlocuteur médical. Un participant l'a d'ailleurs évoqué comme réponse au sous-dépistage.

De plus le dépistage prend une dimension collective dans ce contexte : la notion de risque individuel est plus au second plan, c'est en tant que travailleur qu'on se fait dépister. Le patient se fait tester plus automatiquement.(51,52)

Il paraît judicieux d'envisager **un dépistage systématique** par questionnaire (Berlin, STOP-BANG...) lors des visites d'information et de prévention. (79)

Le chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste étant un acteur du système de soins primaires, il peut détecter les facteurs de risque du SAOS, notamment anatomiques. (82)

De plus, les soins pouvant être longs, il peut être amené à constater des endormissements ou des épisodes de somnolence chez certains patients ce qui oriente la conversation. (83)

Les patients des dentistes sont composés à **53% d'actifs**, 31% de retraités et 16% de mineurs.

Ils voient donc en consultation, cette population en bonne santé qui peut échapper à la prévention ou au dépistage délivrés par le médecin généraliste puisque cette population consulte moins. (84)

Cependant cette voie d'information n'est pas parfaite, 30% des français n'ont pas de dentiste référent et 40% préfèrent choisir la consultation la plus rapide, peu importe le praticien. (85).

Le pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine est accessible, il côtoie toutes les classes de la population. Son rôle en santé publique n'est plus à démontrer. (73)

L'étude Pharma-SAS a permis aussi de dépister des patients ayant échappés au dépistage habituel (86). Néanmoins, les chercheurs ont été confrontés à quelques problèmes : difficulté d'accès aux examens diagnostiques, manque de temps pour le pharmacien, faible disponibilité des patients, formation insuffisante (87)... Cependant ces individus, dépistés ou non, ont reçu une information sur la pathologie. **Ce sont des sensibilisés, qui peuvent devenir sensibilisateurs** et accroître la connaissance de la population générale sur le sujet.

L'officine est un lieu de grand flux de patients, des questionnaires à remplir pendant l'attente en pharmacie ou intégrés au logiciel de délivrance de l'officine semblent être des pistes prometteuses.

Conclusion

Le SAOS est une maladie chronique fréquente dont le dépistage n'est pas optimal en France. Les patients connaissent un peu le SAOS mais n'ont pas conscience que des troubles du sommeil peuvent révéler une pathologie somatique.

Nous avons vu que pour améliorer le dépistage et donc atteindre **les « potentiellement atteints »** (non « récupérés » par le dépistage d'aujourd'hui) plusieurs acteurs entrent en jeu : médecin généraliste, psychiatre, médecin du travail, chirurgien-dentiste, pharmacien d'officine...

La recherche de cette pathologie doit être élargie afin de ne pas dépister que les personnes atteintes du SAOS avec ses complications, mais poser le diagnostic plus précocement afin de les éviter.

Idéalement, cette campagne toucherait tous les médias, puisque complémentaires, comme cela a été le cas pour le coronavirus, en adaptant le support au moyen de diffusion : spot télévisé, courrier personnalisé à domicile, publicité Facebook, Instagram, spot de sécurité routière...

Il ne faut pas oublier les populations précaires, moins informées et consultant moins. Ces supports doivent donc être visibles et accessibles dans les lieux fréquentés par ces populations fragiles : pôle emploi, agence d'intérim, associations solidaristes locales....

Les messages transmis doivent être clairs et ne pas nécessiter d'interprétation. Une bonne campagne de dépistage est une campagne simple, qui mentionne les complications, les gains et les pertes associés au traitement et à la pathologie.

Des pistes pour réaliser notre objectif secondaire ont été explorées mais aucun nouveau support n'a été créé. L'étape suivante serait logiquement la création de ce support et sa diffusion dans les lieux stratégiques mentionnés plus hauts.

Bibliographie

1. Le syndrome d'apnées du sommeil : un peu d'histoire [Internet]. Réseau Morphée. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/insomnies-apnees/apnees-sommeil/un-peu-dhistoire>
2. Les grandes dates de l'histoire de la maladie - FFAAIR [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.ffaair.org/maladies/apnee-du-sommeil/histoire/>
3. Chien YH, Guilleminault C. Revue historique sur le syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez l'enfant. Arch Pédiatrie. févr 2017;24:S2-6.
4. Item 108 - Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte [Internet]. Campus ORL. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://campusorl.fr/espace-etudiants/2eme-cycle-ecni/item-108-troubles-du-sommeil-de-lenfant-et-de-ladulte/>
5. Peppard PE, Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J. Longitudinal Study of Moderate Weight Change and Sleep-Disordered Breathing. JAMA. 20 déc 2000;284(23):3015-21.
6. Peppard PE, Austin D, Brown RL. Association of Alcohol Consumption and Sleep Disordered Breathing In Men And Women. J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med. 15 avr 2007;3(3):265-70.
7. Wetter DW, Young TB. The relation between cigarette smoking and sleep disturbance. Prev Med. mai 1994;23(3):328-34.
8. Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, Ten Have T, Rein J, Vela-Bueno A, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in women: effects of gender. Am J Respir Crit Care Med. mars 2001;163(3 Pt 1):608-13.
9. Johnson DA, Guo N, Rueschman M, Wang R, Wilson JG, Redline S. Prevalence and correlates of obstructive sleep apnea among African Americans: the Jackson Heart Sleep Study. Sleep. 5 sept 2018;41(10):zsy154.
10. Bixler EO, Vgontzas AN, Ten Have T, Tyson K, Kales A. Effects of age on sleep apnea in men: I. Prevalence and severity. Am J Respir Crit Care Med. janv 1998;157(1):144-8.
11. Lee W, Nagubadi S, Kryger MH, Mokhlesi B. Epidemiology of Obstructive Sleep Apnea: a Population-based Perspective. Expert Rev Respir Med. 1 juin 2008;2(3):349-64.
12. Syndrôme d'apnées du sommeil | Université Grenoble Alpes [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://hp2.univ-grenoble-alpes.fr/tout-sur-hypoxie/hypoxie/syndrome-apnees-sommeil>
13. Physiopathologie du SAOS [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://apneesdusommeil.alsace/dossiers-saos/dossier-saos/9-physiopathologie>
14. Terán-Santos J, Jiménez-Gómez A, Cordero-Guevara J. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. Cooperative Group Burgos-Santander. N Engl J Med. 18 mars 1999;340(11):847-51.
15. Mulgrew AT, Nasvadi G, Butt A, Cheema R, Fox N, Fleetham JA, et al. Risk and severity of motor vehicle crashes in patients with obstructive sleep apnoea/hypopnoea. Thorax. juin 2008;63(6):536-41.
16. Lindberg E, Carter N, Gislason T, Janson C. Role of snoring and daytime sleepiness in occupational accidents. Am J Respir Crit Care Med. 1 déc 2001;164(11):2031-5.
17. Saunamäki T, Jehkonen M. Depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome: a review. Acta Neurol Scand. nov 2007;116(5):277-88.

18. Schwartz DJ, Karatinos G. For Individuals with Obstructive Sleep Apnea, Institution of CPAP therapy is Associated with an Amelioration of Symptoms of Depression which is Sustained Long Term. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 15 oct 2007;3(6):631-5.
19. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med.* 11 mai 2000;342(19):1378-84.
20. Arzt M, Young T, Finn L, Skatrud JB, Bradley TD. Association of sleep-disordered breathing and the occurrence of stroke. *Am J Respir Crit Care Med.* 1 déc 2005;172(11):1447-51.
21. Shahar E, Whitney CW, Redline S, Lee ET, Newman AB, Nieto FJ, et al. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med.* janv 2001;163(1):19-25.
22. Peker Y, Carlson J, Hedner J. Increased incidence of coronary artery disease in sleep apnoea: a long-term follow-up. *Eur Respir J.* sept 2006;28(3):596-602.
23. Milleron O, Pillière R, Foucher A, de Roquefeuil F, Aegerter P, Jondeau G, et al. Benefits of obstructive sleep apnoea treatment in coronary artery disease: a long-term follow-up study. *Eur Heart J.* mai 2004;25(9):728-34.
24. Gami AS, Hodge DO, Herges RM, Olson EJ, Nykodym J, Kara T, et al. Obstructive sleep apnea, obesity, and the risk of incident atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol.* 6 févr 2007;49(5):565-71.
25. Gami AS, Howard DE, Olson EJ, Somers VK. Day-night pattern of sudden death in obstructive sleep apnea. *N Engl J Med.* 24 mars 2005;352(12):1206-14.
26. Sleep-Disordered Breathing and Glucose Metabolism in Hypertensive Men: A Population-Based Study. *J Intern Med [Internet].* 2001 [cité 10 mai 2022];249(2). Disponible sur: <https://scite.ai/reports/sleep-disordered-breathing-and-glucose-metabolism-WRG6kQ>
27. Punjabi NM, Shahar E, Redline S, Gottlieb DJ, Givelber R, Resnick HE, et al. Sleep-disordered breathing, glucose intolerance, and insulin resistance: the Sleep Heart Health Study. *Am J Epidemiol.* 15 sept 2004;160(6):521-30.
28. Collège des médecins du Québec. Apnée obstructive du sommeil et autres troubles respiratoires du sommeil - guide d'exercice. 2014;94.
29. Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, Marti-Soler H, Andries D, Tobback N, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med.* avr 2015;3(4):310-8.
30. Young T, Skatrud J, Peppard PE. Risk factors for obstructive sleep apnea in adults. *JAMA.* 28 avr 2004;291(16):2013-6.
31. DONNELLY J. Guide pour une campagne de dépistage de l'hémophilie et d'autres troubles de la coagulation [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <http://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1403.pdf>
32. Comment évaluer a priori un programme de dépistage ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_433375/fr/comment-evaluer-a-priori-un-programme-de-depistage
33. Senthilvel E, Auckley D, Dasarathy J. Evaluation of sleep disorders in the primary care setting: history taking compared to questionnaires. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 15 févr 2011;7(1):41-8.
34. Abrishami A, Khajehdehi A, Chung F. A systematic review of screening questionnaires for obstructive sleep apnea. *Can J Anaesth J Can Anesth.* mai 2010;57(5):423-38.
35. Puretic H, Plavec D, Pavlisa G, Zuljevic E, Samarzija M, Jakopovic M. The Epworth sleepiness scale 23 years after: Is daytime sleepiness still a valid screening tool for sleep apnea. *Eur Respir J [Internet].* 1 sept 2014 [cité 10 mai 2022];44(Suppl 58). Disponible sur: https://erj.ersjournals.com/content/44/Suppl_58/P2286

36. Klila M, Ouahchi Y, Hedhli A, Ben Salah N, Mjid M, Cheikh Rouhou S, et al. Performance du test NoSAS dans le dépistage du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). *Médecine Sommeil*. 1 mars 2022;19(1):14.
37. Oxymétrie nocturne au cabinet du médecin de premier recours [Internet]. *Revue Medicale Suisse*. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-218/oxymetrie-nocturne-au-cabinet-du-medecin-de-premier-recours>
38. Djouini MS, Bougrida M. Intérêt du questionnaire STOP-BANG dans le dépistage du syndrome d'apnée hypopnée du sommeil chez les militaires d'active. *Médecine Sommeil*. 1 mars 2022;19(1):12-3.
39. DONNADIEU F. Intérêt du score STOP BANG pour le dépistage du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil lors des visites de maintien en activité des sapeurs-pompiers du SDIS du Nord [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pompiers.fr/sites/default/files/content/download-file/2017-secourssante-conferencesspecialisees-06.pdf>
40. Lecuyer JB, Leignier JF. Élaboration et évaluation pilote d'un nouvel outil de dépistage du syndrome d'apnées obstructives du sommeil en médecine générale: outil DHODS (diabète, hypertension, obésité, dyslipidémie, sommeil). 2015;47.
41. iSidORT, piloté par l'uRpS des Masseurs-Kinésithérapeutes, [Internet]. Isidort - Tout savoir sur le SAHOS. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.isidort.fr/professionnels/>
42. Traitement Par Pression Positive (PPC) [Internet]. VitalAire Tunisie. 2016 [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.vitalaire.com.tn/patients-apnee-du-sommeil/traitement-pression-positive-ppc>
43. Tendero M. Analyse des déterminants du dépistage du syndrome d'apnées du sommeil en France [Internet]. 2014 [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01074953>
44. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines Ed. 3 - ScholarVox Université [Internet]. [cité 22 avr 2022]. Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.ezpum.scdi-montpellier.fr/reader/docid/88819614/page/1>
45. Arous F. Connaissances concernant le syndrome d'apnées obstructives du sommeil par la population générale de Lorraine. 2016;70.
46. Saint-Martin A. État des connaissances sur le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil par la population des Landes consultant en cabinet de médecine générale. 5 sept 2019;98.
47. Préoccupations des Français selon le sexe | Insee [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383052>
48. Walker SL, Saltman DL, Colucci R, Martin L, Canadian Lung Association Advisory Committee. Awareness of risk factors among persons at risk for lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease and sleep apnea: a Canadian population-based study. *Can Respir J*. déc 2010;17(6):287-94.
49. Sia CH, Hong Y, Tan LWL, van Dam RM, Lee CH, Tan A. Awareness and knowledge of obstructive sleep apnea among the general population. *Sleep Med*. août 2017;36:10-7.
50. Masson E. État des lieux des connaissances et attitude de la population de la ville de Sétif concernant les troubles du sommeil [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1494022/etat-des-lieux-des-connaissances-et-attitude-de-la>
51. ODENORE - Université Grenoble Alpes - Motifs de participation et de non participation au dépistage du cancer [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/motifs-participation-et-non-participation-au-depistage-cancer>
52. Mazet P. Analyse compréhensive des motifs de participation et de non participation au dépistage du cancer colo rectal des individus vivant dans des territoires précaires et faiblement participants. *Etude dans le département de l'Isère*. :52.

53. Pellissier-Fall A. Dépistage organisé du cancer du sein : participer ou non ? Une enquête qualitative en milieu rural en Basse-Normandie. *Médecine*. 1 avr 2007;3(4):183-7.
54. SPF. Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. Numéro thématique - Dépistage organisé du cancer colorectal en France [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/facteurs-d-adhesion-au-depistage-organise-du-cancer-colorectal-etude-fado-colorectal-france-decembre-2006-avril-2007.-numero-thematique-depis>
55. Le non-recours aux soins des actifs précoces (NOSAP) - PDF Free Download [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/1416762-Le-non-recours-aux-soins-des-actifs-pracaires-nosap.html>
56. Fioulaine N, Apostolidis T, Olivetto F. Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle. *Cah Int Psychol Soc*. 2006;72(4):51-64.
57. Fioulaine N. Temps de l'urgence, temps du projet: La rencontre des Temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situations de précarité. :5.
58. Paugam S. La disqualification sociale [Internet]. Presses Universitaires de France; 2009 [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-disqualification-sociale--9782130569671.htm>
59. Pagès A. Pauvreté et exclusion en milieu rural français. *Études Rural*. 1 janv 2001;(159-160):97-110.
60. Morere JF, Viguier J, Coscas Y, Pivot XB, Blay JY, Eisinger F, et al. Cancer screening: Source of information and level of trust. *J Clin Oncol*. 20 mai 2012;30(15_suppl):1567-1567.
61. Constant J. Analyse des motifs de participation au dépistage du cancer colorectal (CCR) par test immunologique fécal chez des patients n'ayant jamais participé au dépistage du CCR par test Hémocult en Haute-Garonne. :77.
62. Le parcours éducatif de santé [Internet]. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/le-parcours-educatif-de-sante-11786>
63. E-marketing : Actualité marketing, marques, communication, agences, publicité [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.e-marketing.fr/>
64. Communication avec sa cible. EM lyon business school;
65. Your-Comics. The means of communication for a public health campaign - Your-Comics [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://your-comics.com/fr/article/moyens-de-communication-en-sante-21.html>
66. Lamoureux P. Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé. *Trib Sante*. 2005;9(4):35-42.
67. Balbo L. Les communications de santé: l'effet du cadrage du message et de l'objectif annoncé (prévention versus dépistage) et la médiation par la valence de l'imagerie mentale. :447.
68. Keller PA, Lipkus IM, Rimer BK. Affect, Framing, and Persuasion. *J Mark Res*. 2003;40(1):54-64.
69. Lee AY, Aaker JL. Bringing the Frame Into Focus: The Influence of Regulatory Fit on Processing Fluency and Persuasion. *J Pers Soc Psychol*. 2004;86(2):205-18.
70. Courbet D. Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages suscitant de la peur. *Commun Inf Médias Théories Prat*. 15 févr 2003;(Vol. 22/1):100-20.
71. Ducrot J, Larme P. L'apnée du sommeil. 2013.
72. Sommeil F. Apnée obstructive du sommeil. Information pour le patient avisé [Internet]. Fondation Sommeil - Troubles du sommeil. 2016 [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://fondationsommeil.com/apnee-obstructive-sommeil-information-patient-avise/>

73. Perraudin C. Analyse économique et évaluation des pratiques du pharmacien d'officine: application au dépistage d'une maladie chronique: le syndrome d'apnées du sommeil. :207.
74. 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. PARIS DIDEROT; 2015.
75. Vaillant A, Rabec C, Georges M, Denizot A, Prudent M. Dépistage, diagnostic et prise en charge du SAOS en médecine générale. Médecine Sommeil. 1 mars 2019;16(1):34-5.
76. PONTIER S. Prise en charge du syndrome d'apnées obstructives du sommeil en médecine générale en Midi-Pyrénées [Internet]. EM-Consulte. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/146373/prise-en-charge-du-syndrome-d-apnees-obstructives->
77. Chevalarias J. Enquête sur les connaissances du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil en médecine générale en Dordogne : proposition d'un score décisionnel de réalisation d'un enregistrement du sommeil. 15 juin 2017;140.
78. Neuman-Pradel S, Neuman E. Intérêt du dépistage des troubles du sommeil dans les dépressions pharmacorésistantes. Médecine Sommeil. 1 mars 2018;15(1):59.
79. Khiari L, Cardon A, Pin MD, Lozeron MA. Action pluridisciplinaire de dépistage du syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez des salariés du tertiaire. 2020;
80. Leproust H, Helfer N, Dufour C, Lecapitaine D. Dépistage du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) dans un service autonome de santé au travail : bilan à trois ans. Arch Mal Prof Environ. juin 2012;73(3):434.
81. Ben Rhouma M, Zouari S, Bahri G, Bouden F, Mechergui N, Ben Said H, et al. Syndrome d'apnées du sommeil : dépistage et aptitude au travail auprès de 72 chauffeurs de poids lourds. Médecine Sommeil. 1 mars 2020;17(1):41-2.
82. Sommeil F. Apnée du sommeil - Dépistage, conséquences et traitements [Internet]. Fondation Sommeil - Troubles du sommeil. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://fondationsommeil.com/troubles-du-sommeil/troubles-du-sommeil-frequents/lapnee-du-sommeil/apnee-du-sommeil-traitements/>
83. Arbouz T. Le rôle de l'odontologiste dans le syndrome d'apnée obstructive du sommeil. :64.
84. Chirurgiens-dentistes 2021 : les chiffres clés - MACSF [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/actualites/infographie-chirurgiens-dentistes>
85. Quelques faits sur les dentistes en France | 19 centres dentaires - Paris - Lille - Strasbourg - Reims - Lyon - Villeurbanne - centre dentaire [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://placedentaire.fr/content/quelques-faits-sur-les-dentistes-en-france>
86. Lloret D, Laperche B. Dépistage du Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil et évaluation du risque cardiovasculaire à l'officine: implication du pharmacien et perspectives d'application. :125.
87. PAJAUD A. Syndrome des Apnées Obstructives du Sommeil: enquête auprès des pharmaciens d'officine de Meurthe-et-Moselle sur l'état actuel de leurs connaissances et de leurs pratiques. [2017]: LORRAINE;

Annexes

QUESTIONNAIRE DE BERLIN

*QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU RISQUÉ
D'AVOIR UN SYNDROME D'APNÉE DU SOMMEIL

Netzer N.C. Stoohs R.A., Netzer C.M., Clark K., Strohl K.P. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome *Ann Intern Med.* 1999; 131: 485-491.

Nom..... Prénom

Âge..... Sexe Masc. Fém.

Poids Taille IMC

Le poids ? Il a augmenté Il a diminué Il est stable

Cachet du médecin

▲ Catégorie 1 / RONFLEMENT

SCORE

RONFLEZ-VOUS ?

Oui Non Ne sais pas

INTENSITÉ DU RONFLEMENT

Fort comme la respiration Fort comme la parole Plus fort que la parole Très fort

FRÉQUENCE DU RONFLEMENT

Presque tous les jours 3-4 fois/semaine 1-2 fois/semaine 1-2 fois/ mois Jamais ou presque

VOTRE RONFLEMENT GÊNE-T-IL LES AUTRES ?

Oui Non

AVEC QUELLE FRÉQUENCE VOS PAUSES RESPIRATOIRES ONT-ELLES ÉTÉ REMARQUÉES ?

Presque tous les jours 3-4 fois/semaine 1-2 fois/semaine 1-2 fois/ mois Jamais ou presque

▲ Catégorie 2 / SOMNOLENCE

SCORE

ÊTES-VOUS FATIGUÉ APRÈS AVOIR DORMI ?

Presque tous les jours 3-4 fois/semaine 1-2 fois/semaine 1-2 fois/ mois Jamais ou presque

ÊTES-VOUS FATIGUÉ LA JOURNÉE ?

Presque tous les jours 3-4 fois/semaine 1-2 fois/semaine 1-2 fois/ mois Jamais ou presque

VOUS ÊTES-VOUS DÉJÀ ENDORMI EN CONDUISANT ?

Oui Non Ne sais pas

SI OUI, AVEC QUELLE FRÉQUENCE CELA SE PRODUIT-IL ?

Presque tous les jours 3-4 fois/semaine 1-2 fois/semaine 1-2 fois/ mois Jamais ou presque

▲ Catégorie 3 / FACTEUR DE RISQUE

SCORE

ÊTES-VOUS HYPERTENDU ?

Oui Non Ne sais pas

CALCUL DU SCORE

1 Point

2 Points

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Une catégorie est considérée positive si son score est supérieur ou égal à 2

- Sujet à haut risque : 2 ou 3 catégories positives
- Sujet à faible risque : 0 ou 1 catégorie positive

ECHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Nom Prénom âge Date

Instructions : Quelle probabilité avez-vous de vous assoupir ou de vous endormir dans les situations suivantes, indépendamment d'une simple sensation de fatigue ?
Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans de telles circonstances, imaginez votre réaction.

Utiliser l'échelle suivante pour choisir le nombre le plus approprié à chaque situation.

- 0 = pas de risque de s'assoupir
- 1 = petite chance de s'assoupir
- 2 = possibilité moyenne de s'assoupir
- 3 = grande chance de s'assoupir

Situations :

Assis en lisant	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
En regardant la télévision	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assis inactif en public (ex : théâtre, cinéma ou réunion)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Comme passager en voiture pendant une heure sans arrêt	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Allongé l'après-midi pour faire la sieste si les circonstances le permettent	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assis et en discutant avec quelqu'un	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assis tranquillement après un repas sans alcool	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Dans un voiture, après quelques minutes d'arrêt lors d'un embouteillage	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Merci de votre coopération

Résultat : Un résultat supérieur à 10 (à partir de 11) est généralement accepté pour indiquer une somnolence diurne excessive.

Référence : Traduit et adapté par l'INSV de : Johns M.W. – A new method for measuring daytime sleepiness : the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14, 540-545, 1991

FAITES LE TEST!

Le test NoSAS (pour No Syndrome d'Apnées du Sommeil) permet de détecter en quelques secondes les personnes à risque de souffrir d'apnées du sommeil. A chaque facteur de risque du syndrome équivaut un certain nombre de points. Reportez-vous au tableau ci-contre et additionnez les points correspondant à vos facteurs de risque. Un score de 8 points et plus suggère la présence d'apnées du sommeil. Si vous obtenez 8 points ou plus, parlez-en à votre médecin.

Exemple : Si vous êtes un homme (2 pts), que vous ronflez (2 pts), que votre IMC* est de 31 kg/m² (5 pts) et que vous ne présentez pas les autres facteurs de risque présentés dans le tableau, vous obtiendrez un score de 9 points.

* Indice de masse corporelle (IMC) = kg/m². Pour calculer votre IMC, vous devez donc diviser votre poids (en kilos) par votre taille (en mètre) au carré.

FACTEURS DE RISQUE	POINTS
Tour de cou de plus de 40 cm	4 pts
IMC* entre 25 et 29,9 kg/m ²	3 pts
IMC* de 30 kg/m ² ou plus	5 pts
Ronfleur(euse)	2 pts
Âge > 55 ans	4 pts
Sexe masculin	2 pts
TOTAL

1. Snoring Do you snore loudly (louder than talking or loud enough to be heard through closed doors)?	Yes/No
2. Tired Do you often feel tired, fatigued, or sleepy during daytime?	Yes/No
3. Observed apnea Has anyone observed you stop breathing during your sleep?	Yes/No
4. Blood pressure Do you have or are you treated for high blood pressure?	Yes/No
5. BMI more than 35 kg/m²?	Yes/No
6. Age Age over 50 yr old?	Yes/No
7. Neck circumference Neck circumference greater than 40 cm?	Yes/No
8. Gender Gender male?	Yes/No
High risk of OSA: answering yes to three or more items Low risk of OSA: answering yes to fewer than three items	

FICHE D'INCLUSION PATIENT SAOS

FICHE D'INCLUSION PATIENT

REPONSE

IDENTIFIANT MEDECIN = Nom Médecin/lieu / TAMPON

IDENTIFIANT PATIENT (Nom prénom)

AGE

SEXE

ANTECEDENTS (entourer les facteurs de risques) :

HTA

Obésité (IMC>30)

Diabète

Dyslipidémie (traitée ou non)

REPONSES POSITIVES (entourez les réponses positives) :

- RONFLEZ VOUS ?

- SOMMEIL de mauvaise qualité ?

- SOMNOLENCE DIURNE ?

POLYSOMNOGRAPHIE/POLYGRAPHIE : (remplie par les investigateurs)

LE SUJET

– Avez-vous déjà entendu parler de l'apnée du sommeil ?

=> *Si oui* : Comment ?

=> *Si connaît patient atteint* : Savez-vous comment/par qui le diagnostic a été posé ?

- Que savez-vous sur le sujet ?

L'apnée du sommeil est une maladie très sous diagnostiquée, c'est à dire que beaucoup de patients ne savent pas qu'ils en sont atteints et peuvent souffrir des effets indésirables.

LE SOUS DEPISTAGE

– *Si connaît l'SAOS* : Pourquoi ce mauvais dépistage d'après vous ?

– *Si ne connaît pas* : Comment expliquer le mauvais dépistage d'une maladie, peu importe laquelle ?

De nos jours beaucoup d'informations nous sont très rapidement accessible si l'on sait où et quoi chercher.

COMMUNICATION

– Quel média utilisez-vous le plus ?

– Comment vous informez-vous sur la santé ?

– Comment informer la population sur une problème de santé mal connu ?

→ *relance* : le meilleur moyen ?

→ *relance*: un prospectus ? Une affiche ?

– D'après vous, quels aspects d'une maladie est le plus important pour le patient de connaître ?

Si connaît le SAOS : Quels détails sont les plus pertinents à savoir sur le SAOS ?

Si connaît pas : Quels détails sont les plus pertinents à savoir sur une maladie ?

ENTRETIEN 1

Merci d'avoir accepté de me recevoir pour cet entretien.

Je m'appelle Sarah et je suis médecin généraliste. Dans le cadre de mon travail de thèse je souhaite recueillir les besoins et les attentes des patients en termes d'information sur la santé et le syndrome d'apnée du sommeil en particulier, afin d'aboutir à une campagne de dépistage.

Ces entretiens sont enregistrés et anonymisés et vous pouvez choisir d'y mettre un terme à tout moment si vous le désirez.

Etes-vous d'accord ?

- oui

Sexe femme 6 / Age 62

Niveau socioéco/Métier/formation élue territoriale, sans emploi, bac +5 commerce

- Avez-vous un médecin généraliste ? oui
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? non

- Avez-vous déjà entendu parler de l'apnée du sommeil ?
- oui A0
- Comment ?
- Quelqu'un de plus ou moins proche, qui en souffre. A1
- D'accord, Savez-vous comment/par qui le diagnostic a été posé ?
- Je crois par son médecin généraliste. A2

- Que savez-vous sur le sujet ?
- C'est une sorte d'arrêt de la respiration qui fait que la personne se réveille A3 euh, après un certain temps plus ou moins long je n'en sais rien mais qui peut dans un premier temps être handicapant parce que cela provoque une réelle fatigue A4 mais qui peut aussi avoir des conséquences, beaucoup plus radicales. A5

L'apnée du sommeil est une maladie très sous diagnostiquée, c'est à dire que beaucoup de patients ne savent pas qu'ils en sont atteints et peuvent souffrir des effets indésirables.

- Pourquoi ce mauvais dépistage d'après vous ? est-ce que vous avez une idée ?
- Peut-être qu'on en parle pas suffisamment A6, c'est encore quelque chose qui reste oui effectivement... avec un manque d'information A7 et peut être aussi parce qu'on imagine que c'est à partir d'un certain âge A8 , ce qui est peut être le cas d'ailleurs. ? je ne sais pas.
- Comment expliquer le mauvais dépistage d'une maladie, peu importe laquelle ?
- Peut-être un manque de communication par des moyens, des médias ordinaires. A9

De nos jours beaucoup d'informations nous sont très rapidement accessible si l'on sait où et quoi chercher.

- Quel média utilisez-vous le plus ?
- La radio A10
- Comment vous informez vous sur la santé ?
- Me concernant essentiellement via le généraliste. A11

- Comment informer la population sur un problème de santé mal connu ? le meilleur moyen ?
- Je pense que l'école à mon avis, peut être un bon point de départ. A12
- Et sous quelle forme ? si le lieu est l'école.
- Et bien je pense qu'à l'école il manque, peut être un cursus ou des informations dès tout petit de prévention santé, même dès la maternelle. A13

- D'après vous, en tant que patient quels aspects d'une maladie est le plus important pour le patient de connaître ?
- Aspects... vous voulez dire ses symptômes ? Ses conséquences ? ou sa cause ?
- Oui les symptômes, les traitements, le pronostic, la cause ou pourquoi ;..
- Je dirai que si on veut faire de la prévention c'est la cause, mais si on veut faire du curatif c'est les symptômes. A14

- Est-ce que vous avez autre chose à rajouter sur le sous dépistage ? ou des moyens de communication ?
- Votre idée était l'école, par le bien de cours ?
- Peut-être pas de cours mais je pense que globalement en France on est très axés sur le curatif et peut être pas suffisamment sur le préventif A15 et que alors, actuellement par le biais de l'environnement et le développement durable on va peut-être amener le côté santé par le côté planète / prévention de la planète mais il me semble que la prévention est quand même un peu faible.
- D'accord merci
- Je vous en prie.

ENTRETIEN 2

(Introduction)

Etes-vous d'accord ?

- OUI

Sexe HOMME : Age 63

Niveau socioéco/Métier/formation directeur logistique (Bac + 5 commerce)

- Avez-vous un médecin généraliste ? OUI
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? OUI

- Avez-vous déjà entendu parler de l'apnée du sommeil ?
- OUI A16
- Comment ?
- Par des relations qui en ont souffert A17, dans la presse ou à la télévision A18
- D'accord
- Si vous connaissez des gens, savez-vous comment/par qui cela a été diagnostiqué ?
- Mmm, c'est des troubles du sommeil A19 et puis donc consultation du médecin après qui a diagnostiqué. A20

D'accord, l'apnée du sommeil est une maladie très sous diagnostiquée, c'est à dire que beaucoup de patients ne savent pas qu'ils en sont atteints et peuvent souffrir des effets indésirables.

- Pourquoi ce mauvais dépistage d'après vous ?
- Parce que les gens pensent que c'est simplement des mauvaises conditions de sommeil qui provoquent ça, et pas forcément quelque chose de pathologique. A21
- D'accord et sans parler spécifiquement de l'apnée du sommeil,
Comment expliquer le mauvais dépistage d'une maladie en général ?
- Parce qu'on ne connaît pas bien les symptômes A22 et... parce qu'effectivement on assimile ça plutôt à des mauvais comportements ou une mauvaise hygiène de vie. A21

D'accord, de nos jours beaucoup d'informations nous sont très rapidement accessible si l'on sait où et quoi chercher.

- Quel média utilisez-vous le plus ?
- Quel ? - Média.
- La télévision, internet
- Ok et, Comment vous informez vous sur la santé ?
- Médecin quand même, A24 accessoirement télévision, plus rarement internet. A25
- D'accord,
Comment d'après vous informer la population sur une problème de santé qui est mal connu ?
- Bien... sensibiliser les médecins, A26 sensibiliser... ; dans le domaine de l'entreprise cela peut être plus compliqué..A27 mais ou spot télévisé A28ou forum internet. A29
- D'accord, d'après vous,
Quels aspects d'une maladie est le plus important pour le patient de connaître ?
- Les effets les plus graves, qui peuvent nuire à sa santé A30
- D'accord, et bien merci c'est fini.

ENTRETIEN 3

(Introduction)

Etes-vous d'accord ?

oui

Sexe masculin / Age 38 ans

Niveau socioéco/Métier/formation / : responsable sav

- Avez-vous un médecin généraliste ? oui
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? oui

- Avez-vous déjà entendu parler de l'apnée du sommeil ?
- Oui A31
- Comment ? par quel biais ?
- par des gens qui en souffraient. A32

- Savez-vous comment/par qui le diagnostic a été posé ?
- Par leur épouse, enfin rendu compte par leur conjoint A34 puis par un médecin/ A33
- Que savez-vous sur le sujet ?
- Euh, que par moment c'est comme si la personne respirait pas et du coup elle se réveille A35 très fatiguée le lendemain, comme si elle avait pas trop dormi. A36

L'apnée du sommeil est une maladie très sous diagnostiquée, c'est à dire que beaucoup de patients ne savent pas qu'ils en sont atteints et peuvent souffrir des effets indésirables.

- Pourquoi ce mauvais dépistage d'après vous ?
- Parce que les gens pensent qu'ils ont juste trop bu de café ou qu'ils pensent à autre chose, que c'est pas médical A37 mais plus psychologique. A38 Ils ne dorment pas pour une autre raison.
- Et sans parler de l'apnée en particulier,
Comment expliquer le mauvais dépistage d'une maladie, peu importe laquelle ?
- Parce que les gens ne réalisent pas qu'ils sont malades. A39

De nos jours beaucoup d'informations nous sont très rapidement accessible si l'on sait où et quoi chercher.

- Quel média utilisez-vous le plus ?
- Internet A40
- Comment vous informez vous sur la santé ?
- Je ne m'informe pas trop. A41

- Comment informer la population sur une problème de santé mal connu ?
- Ce qui marche le mieux en ce moment c'est les réseaux sociaux, une ou plusieurs campagnes. A42
- D'après vous, Quel aspect d'une maladie est le plus important pour le patient de connaître ?
- Si ça se guérit. A43
- Merci, au revoir
- Au revoir

ENTRETIEN 4

(Introduction)

Etes-vous d'accord ?

- Oui

Sexe FEMME /Age 30 ANS

Niveau socioéco/Métier/ COURS DE FITNESS

- Avez-vous un médecin généraliste ? OUI
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? OUI

- Avez-vous déjà entendu parler de l'apnée du sommeil ?
- OUI A44
- Dans quel contexte ? est-ce que vous savez qui vous en a parlé ?
- Non j'en ai entendu parler comme ça. A45

- Que savez-vous sur le sujet ?
- Je ne sais pas du tout. A46

L'apnée du sommeil est une maladie très sous diagnostiquée, c'est à dire que beaucoup de patients ne savent pas qu'ils en sont atteints et peuvent souffrir des effets indésirables.

- Quel média utilisez-vous le plus ?
- Internet A47
- Comment vous informez vous sur la santé ?
- Internet aussi A48

- Et quel serait le motif de ce sous dépistage ?
- Manque d'information, A49
- Comment délivrer cette information ?
- Il faudrait déployer des moyens de recherche puis ensuite faire plus de pub, autre que papier par exemple. ... via internet par exemple. A50

- D'après vous,
en tant que patient quels aspects d'une maladie est le plus important pour le patient de connaître ?
- En premier je dirai les symptômes. A51

- Est-ce que vous avez autre chose à rajouter sur le sous dépistage ? Ou des moyens de communication ?
- C'est vrai que dans les grandes campagnes de dépistage, comme pour le col de l'utérus on nous l'envoie directement chez nous, et ça marche bien. A52
- D'accord merci
- Au revoir

ENTRETIEN 5

(Introduction)

Etes-vous d'accord ?

- Oui

Sexe femme / Age 20

Niveau socioéco/Métier/ TRAVAIL ANIMATRICE POUR ENFANT

- Avez-vous un médecin généraliste ? OUI
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? NON pas dans l'entreprise actuel

- Avez-vous déjà entendu parler de l'apnée du sommeil ?
- Oui, A53
- Comment ?
- Mon père qui en fait. A54
- D'accord, Savez-vous comment/par qui le diagnostic a été posé ?
- Non j'étais petite.

- Que savez-vous sur le sujet ?
- J'avoue que je ne sais pas grand-chose, je sais juste qu'il avait une machine A56 pour l'aider à respirer parce que quand il ronflait A57 beaucoup des fois sa respiration s'arrêtait A55. Donc la machine l'aidait.

L'apnée du sommeil est une maladie très sous diagnostiquée, c'est à dire que beaucoup de patients ne savent pas qu'ils en sont atteints et peuvent souffrir des effets indésirables.

- Pourquoi ce mauvais dépistage d'après vous ? Est-ce que vous avez une idée ?
- Je ne sais du tout. A58

- Quel média utilisez-vous le plus ?
- Internet A59
- Comment vous informez vous sur la santé ? comment vous chercher des informations ?
- Plus la télévision. A60

- Comment informer la population sur une problème de santé mal connu ? Le meilleur moyen ?
- Par de campagne à la télé A61

- D'après vous, en tant que patient quels aspects d'une maladie est le plus important pour le patient de connaître ?
- Les symptômes, les traitements, le pronostic, la cause ou pourquoi ;..
- Un peu tout je pense, le diagnostic est important mais le suivi aussi. A62

- Est-ce que vous avez autre chose à rajouter sur le sous dépistage ? ou des moyens de communication ?
- Non
- D'accord merci

ENTRETIEN 6

(Information)

Etes-vous d'accord ?

OUI

Sexe FEMME / Age 31

Niveau socioéco/Métier/formation TRAVAIL / ESTHETICIENNE

- Avez-vous un médecin généraliste ? OUI
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? OUI

- Avez-vous déjà entendu parler de l'apnée du sommeil ?
- OUI A63
- Comment ?
- Je ne me souviens plus, c'était il y a longtemps. A64

- Que savez-vous sur le sujet ?
- On respire plus en dormant pendant quelques minutes je crois A65
- D'accord, ok.

L'apnée du sommeil est une maladie très sous diagnostiquée, c'est à dire que beaucoup de patients ne savent pas qu'ils en sont atteints et peuvent souffrir des effets indésirables.

- Pourquoi ce mauvais dépistage d'après vous ?
- Parce qu'on en entend pas assez, on a pas assez de retour. A66

De nos jours beaucoup d'informations nous sont très rapidement accessible si l'on sait où et quoi chercher.

- Quel média utilisez-vous le plus ?
- facebook A67
- Ok donc les réseaux sociaux
- Comment vous informez vous sur la santé ?
- Sur internet A68

- Comment informer la population sur une problème de santé mal connu ?
- Via les réseaux sociaux.
- D'après vous,
- Quels aspects d'une maladie est le plus important pour le patient de connaître ?
- Les symptômes A69
- Ok, c'est tout, merci.

ENTRETIEN 7

(Introduction)

Etes-vous d'accord ?

- OUI

Sexe femme / Age 28

Niveau socioéco/Métier/formation EMPLOYE LIBRE SERVICE

- Avez-vous un médecin généraliste ? OUI
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? OUI
- Avez-vous déjà entendu parler de l'apnée du sommeil ?
- OUI A70
- Comment ?
- Mon beau père en fait A71
- Savez-vous comment/par qui le diagnostic a été posé ?
- Ma mère parce que quand il dormait il respirait plus, alors il ronfle très fort puis à un moment ça s'arrête A72 puis c'est son médecin traitant qui a fait le diagnostic. A73

L'apnée du sommeil est une maladie très sous diagnostiquée, c'est à dire que beaucoup de patients ne savent pas qu'ils en sont atteints et peuvent souffrir des effets indésirables.

- Pourquoi ce mauvais dépistage d'après vous ?
- C'est dur déjà quelqu'un qui vit seul, moi par exemple je vis seule A74, je ne peux pas savoir si j'en fais s'il n'y a personne... Je pense déjà c'est plus compliqué à moins de s'enregistrer...

De nos jours beaucoup d'informations nous sont très rapidement accessible si l'on sait où et quoi chercher.

- Quel média utilisez-vous le plus ?
- La télévision A75
- Comment vous informez vous sur la santé ?
- Internet A76
- Comment informer la population sur une problème de santé mal connu ?
- Je pense la télé car ça toucherait plus de monde. A77
- Sous quelle forme ?
- Bah comme ils font les pub, par exemple pour le covid. A78
- D'après vous,
Quels aspects d'une maladie est le plus important pour le patient de connaître ?
- Je pense que le plus important est la cause, car c'est la cause qui va donner les symptômes. A79

ENTRETIEN 8

(Introduction)

Etes-vous d'accord ?

- Oui

Sexe homme / Age 36

Niveau socioéco gestion des achats de l'hôpital de Perpignan

- Avez-vous un médecin généraliste ? oui
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? OUI, quand je suis rentrée à l'hôpital.
- Avez-vous déjà entendu parler de l'apnée du sommeil ?
- Oui A80
- Comment ?
- Via la faculté et moi en général je m'intéresse beaucoup à ce qui est la santé en général. A81
- Et pour vous c'est quoi ? Vous savez un peu ?
- C'est quand dans la nuit on a des arrêts de la respiration et ça cause des réveils, ou alors on se réveille pas forcément A82

L'apnée du sommeil est une maladie très sous diagnostiquée, c'est à dire que beaucoup de patients ne savent pas qu'ils en sont atteints et peuvent souffrir des effets indésirables.

- Pourquoi ce mauvais dépistage d'après vous ?
- Dans ce que je lisais, le sommeil n'est pas vraiment dans la culture française à la base contrairement à d'autres pays A83 et donc l'étude n'est pas donc pas ... à la base de ça et les gens ils y vont quand ils sont vraiment HS. A84

De nos jours beaucoup d'informations nous sont très rapidement accessible si l'on sait où et quoi chercher.

- Quel média utilisez-vous le plus ?
- L'internet A85
- Comment vous informez vous sur la santé ?
- J'ai des newsletters sur mon téléphone. A86
- Comment informer la population sur une problème de santé mal connu ? Le meilleur moyen ?
- Il y a un moment il y a eu des campagnes de pub je crois à une époque. A87 Donc déjà pour les gens qui n'ont pas forcément internet, par ce biais là ou par les réseaux sociaux. A88
- D'après vous, En tant que patient quels aspects d'une maladie est le plus important pour le patient de connaître ?
- La cause je pense A89
- D'accord c'est tout bon, merci

ENTRETIEN 9

(Introduction)

Etes-vous d'accord ?

- Oui

Sexe HOMME / Age 71

Niveau socioéco/Métier/formation retraité, travaillait dans la comptabilité, les chiffres

- Avez-vous un médecin généraliste ? oui
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? oui à l'époque oui
- Avez-vous déjà entendu parler de l'apnée du sommeil ?
Très rarement A90
- Savez vous un peu ce que c'est ?
Des gens qui ronflent je crois, ça concerne des gens qui ronflent. A91
Mon fils, sa compagne ronfle souvent aussi aussi.
- D'après vous c'est ça ce sont des gens qui ronflent ?
- Entre autres oui, probablement oui.
Il me semble avoir entendu parler que ça concerne ces gens-là quoi. A91
On fait des contrôles sûrement.

L'apnée du sommeil est une maladie très sous diagnostiquée, c'est à dire que beaucoup de patients ne savent pas qu'ils en sont atteints et peuvent souffrir des effets indésirables.

- Pourquoi ce mauvais dépistage d'après vous ? Pourquoi on arrive pas à diagnostiquer cette maladie ? Est-ce que vous avez une idée ?
- Parce qu'on souffre pas je suppose, on doit pas tellement souffrir, A92 les gens n'en parlent pas trop peut être aussi. A92
- D'accord très bien
- Et puis il y a pas trop de campagnes d'information là-dessus comme sur le cancer ou tout ça. A93
- C'est vrai.

De nos jours beaucoup d'informations nous sont très rapidement accessible si l'on sait où et quoi chercher.

- Quel média utilisez-vous le plus ?
- Je vais sur internet quand j'ai besoin de renseignements. A94
- Par exemple pour vous informer sur votre santé, c'est internet votre média ?
- Par exemple quand je comprends pas des choses sur des prises de sang tout ça, oui. A94
- Comment informer la population sur une problème de santé mal connu ?
- Par internet, A95 par des campagnes. A96
- D'après vous, quels aspects d'une maladie est le plus important pour le patient de connaître ?
- La cause déjà pour pouvoir traiter. A97
- Ok merci ce sera tout.

ENTRETIEN 10

(Introduction)

Etes vous d'accord ?

- Oui

Sexe HOMME / Age 25

Niveau socioéco/Métier/formation élue territoriale, sans emploi, bac +5 Ingénieur cybersécurité

- Avez-vous un médecin généraliste ? oui
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? non

- Avez-vous déjà entendu parler de l'apnée du sommeil ?
- Oui A98
- Comment ?
- Euh par des articles sur internet sans doute A99

- Que savez-vous sur le sujet ?
- Euh, que c'est que pendant un moment on arrête de respirer pendant le sommeil et qu'on est en apnée et que j'imagine que ça nous réveille ou pas. A100

L'apnée du sommeil est une maladie très sous diagnostiquée, c'est à dire que beaucoup de patients ne savent pas qu'ils en sont atteints et peuvent souffrir des effets indésirables.

- Pourquoi ce mauvais dépistage d'après vous ? Est-ce que vous avez une idée ?
- Parce que les gens pensent que c'est juste qu'ils dorment pas bien. A101

De nos jours beaucoup d'informations nous sont très rapidement accessible si l'on sait où et quoi chercher.

- Quel média utilisez-vous le plus ?
- Internet A102
- Comment vous informez vous sur la santé ?
- Google ou un proche médecin, plutôt le médecin d'ailleurs. A103

- Comment informer la population sur une problème de santé mal connu ? Le meilleur moyen ?
- En faisant une chaîne Youtube, et il faut qu'elle soit marrante sinon on regarde pas, enfin intéressante. A104

- D'après vous, en tant que patient quels aspects d'une maladie est le plus important pour le patient de connaître ?
- Aspects... c'est quoi ? c'est symptômescause ???
- Il y a quoi comme choix ?
- Les causes les symptômes le pronostic, les traitements, les conséquences...
- C'est quoi le plus important à savoir ? ou à communiquer en premier ?
- D'abord la gravité A105, à vie ou pas à vie, ensuite....Comment atténuer les symptômes A106 et après la cause je dirai.
- D'accord merci c'est terminé.

ENTRETIEN 11

(Introduction)

Etes-vous d'accord ?

- Oui

- Sexe FEMME / Age 42

Niveau socioéco/Métier/formation ne travaille pas, arrêt école à 16 ans

- Avez-vous un médecin généraliste ? oui

- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? non

- Est-ce que vous savez ce que c'est l'apnée du sommeil ?

- Euh, on m'en a parlé mais je sais pas A107

- Est-ce que vous vous souvenez c'est qui qui vous en a parlé ?

- C'est le Docteur X. A108

- Est-ce que vous vous souvenez ce qu'il vous a dit dessus ou pas ?

- Il a dit que lors du sommeil quand on regardait je sais pas avec quoi, le sommeil comment ça se passait il y a avait un problème. A109

L'apnée du sommeil est une maladie qu'on connaît pas bien et du coup, il y a des gens qui ont cette maladie là mais qui le savent pas parce que c'est pas une maladie qui est connue comme la grippe ou d'autres maladies comme ça.

- Pourquoi vous pensez que on est pas bon pour diagnostiquer ? Pourquoi on arrive pas à trouver les gens qui sont malades ?

- Je ne sais pas je ne connais rien du tout, à part ce que le docteur x m'a dit. A110

- C'est quoi que vous utilisez le plus ? l'ordinateur ou la télé ou la radio ? pour les informations ?

- Pour les informations c'est la télé A111

- Et quand vous avez une question sur la santé ?

- Quand j'ai des questions ou même pour mes enfants je me renseigne au docteur quoi. A112

- D'après vous, en tant que patient c'est quoi le plus important à connaître sur une maladie ?

- Comment on peut évoluer, pour soigner en fait s'il y a une évolution A113

- D'accord merci c'est terminé.

ENTRETIEN 12

(Introduction)

Etes-vous d'accord ?

- Oui

Sexe HOMME / Age 46

Niveau socioéco/Métier/formation ne travaille pas

- Avez-vous un médecin généraliste ? NON
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? OUI
- Est-ce que vous savez ce que c'est l'apnée du sommeil ?
- Non enfin pas trop. A114
C'est quelqu'un qui travaille comme ça. A115 J'ai un collègue à moi l'autre fois il travaille avec moi, au bout de cinq minutes même quand il conduit il s'endort. A116

L'apnée du sommeil est une maladie qu'on connaît pas bien et du coup, il y a des gens qui ont cette maladie là mais qui le savent pas.

- Pourquoi vous pensez que on est pas bon pour diagnostiquer ? Pourquoi on arrive pas à trouver les gens qui sont malades ?
- Bah il faut parler au docteur. A117
- C'est quoi que vous utilisez le plus ? l'ordinateur ou la télé ou la radio ? Pour les informations ?
- Pour l'instant internet un peu. A118
- Et quand vous avez une question sur la santé ?
- Bah je vais voir le docteur. A119
- D'après vous, en tant que patient c'est quoi le plus important à connaître sur une maladie ?
- Le traitement normalement non ?! A120
- D'accord merci c'est terminé.

ENTRETIEN 13

(Introduction)

Etes-vous d'accord ?

- Oui

Sexe femme / Age 39

Niveau socioéco/Métier/formation ne travaille pas, Arrêt école à 16 ANS

- Avez-vous un médecin généraliste ? oui
- Avez-vous déjà vu le médecin du travail dans votre entreprise ? non
- Est-ce que vous savez ce que c'est l'apnée du sommeil ?
- Oui A121 on a fait récemment le test à ma fille vous savez. A122
- D'accord
- Et c'est votre médecin qui vous en parlé ?
- Non c'est le cardiologue. A123
- D'accord, et qu'est-ce que vous savez sur cette maladie-là ?
- A part qu'on ronfle et que ça fatigue mais c'est tout. A124

L'apnée du sommeil est une maladie qu'on connaît pas bien et du coup, il y a des gens qui ont cette maladie là mais qui le savent pas et qui ont des effets indésirables par exemple il y a des gens la tension c'est à cause de ça.

- Pourquoi vous pensez que on est pas bon pour diagnostiquer ? Pourquoi on arrive pas à trouver les gens qui sont malades ?
- Non, je ne sais pas... A125
- C'est quoi que vous utilisez le plus ? l'ordinateur ou la télé ou la radio ? pour les informations ?
- La télévision A126
- Et quand vous avez une question sur la santé ?
- Internet, sur le téléphone. A127
- Pour informer les gens je pense ...
- Internet, les choses simples sur google je pense. A128
- D'après vous, en tant que patient c'est quoi le plus important à connaître sur une maladie ?
- Le traitement, la guérison. A129
- D'accord merci c'est terminé.

Problem-Solution Fit canvas		Purpose / Vision	Version:
Define CS, fit into CL	1. CUSTOMER SEGMENT(S) CS Who is your customer? eg. working parents of 0-5 yo. kids	6. CUSTOMER LIMITATIONS EG. BUDGET, DEVICES CL What limits your customers to act when problem occurs? Spending power, budget, no cash in the pocket? Network connection? Available devices?	5. AVAILABLE SOLUTIONS PLUSES & MINUSES AS Which solutions are available to the customer when he/she is facing the problem? What had he/she tried in the past? Pluses & minuses?
	2. PROBLEMS / PAINS + ITS FREQUENCY PR Which problem do you solve for your customer? There could be more than one, explore different sides. eg. existing solar solutions for private houses are not considered a good investment (1).	9. PROBLEM ROOT / CAUSE RC What is the root of every problem from the list? eg. People think that solar panels are bad investment right now, because they are too expensive (1.1), and possible changes to the law might influence the return of investment significantly and diminish the benefits (1.2).	7. BEHAVIOR + ITS INTENSITY BE What does your customer do about / around / directly or indirectly related to the problem? eg. directly related: tries different "green energy" calculators in search for the best deal (1.1), usually chooses for 100% green provider (1.2). indirectly related: volunteering work (Greenpeace etc)
Focus on PR, tap into BE, understand RC	3. TRIGGERS TO ACT TR What triggers customer to act? eg. seeing their neighbor installing solar panels (1.1), reading about innovative, more beautiful and efficient solution (1.2)	10. YOUR SOLUTION SL If you are working on existing business - write down existing solution first, fill in the canvas and check how much does it fit reality. If you are working on a new business proposition then keep it blank until you fill in the canvas and come up with a solution that fits within customer limitations, solves a problem and matches customer behaviour.	8. CHANNELS of BEHAVIOR CH ONLINE Extract channels from Behavior block OFFLINE Extract channels from Behavior block and use for customer development
Identify strong TR & EM	4. EMOTIONS BEFORE / AFTER EM Which emotions do people feel before/after this problem is solved? Use it in your communication strategy. eg. frustration, blocking (can't afford it) > boost, feeling smart, be an example for others (made a smart purchase)		

SI VOUS ETES HYPERTENDUE ET QUE VOUS RONFLEZ :
VOUS AVEZ UN RISQUE DE SOUFFRIR D'APNEES DU SOMMEIL


NON TRAITÉ, LE SAS A DES CONSEQUENCES SUR LA VIE
QUOTIDIENNE ET SUR LA SANTÉ


IL EST IMPORTANT D'EN PARLER
A VOTRE MEDECIN GENERALISTE
LORS DE VOTRE PROCHAINE VISITE MEDICALE

Le Syndrome d'Apnées du Sommeil (SAS)

*Cette brochure a été conçue à l'occasion de
la campagne d'information et de dépistage du
syndrome d'apnées du sommeil en officine*

*en collaboration avec
l'Institut National de la Santé et de la
Recherche Médicale (INSERM)
et le
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens*

 **Inserm**
Institut national
de la santé et de la recherche médicale


Ordre national
des pharmaciens

Vous avez de l'hypertension artérielle et vous ronflez? Parlez-en à votre pharmacien

Votre pharmacien participe actuellement à
une campagne d'information et de dépistage du
syndrome d'apnées du sommeil
en collaboration avec
L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
(INSERM)
Et le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

La maladie

► Le SAS se caractérise par plus de 10 arrêts répétés de la respiration par heure de sommeil (apnées) chez un sujet ronfleur

► Le degré de sévérité de la maladie est variable en fonction du nombre d'apnées par heure de sommeil mesuré au cours d'un enregistrement

► La fréquence du SAS est de 5% en population générale. Parmi les sujets atteints, aujourd'hui, seuls 15% sont diagnostiqués

Les symptômes

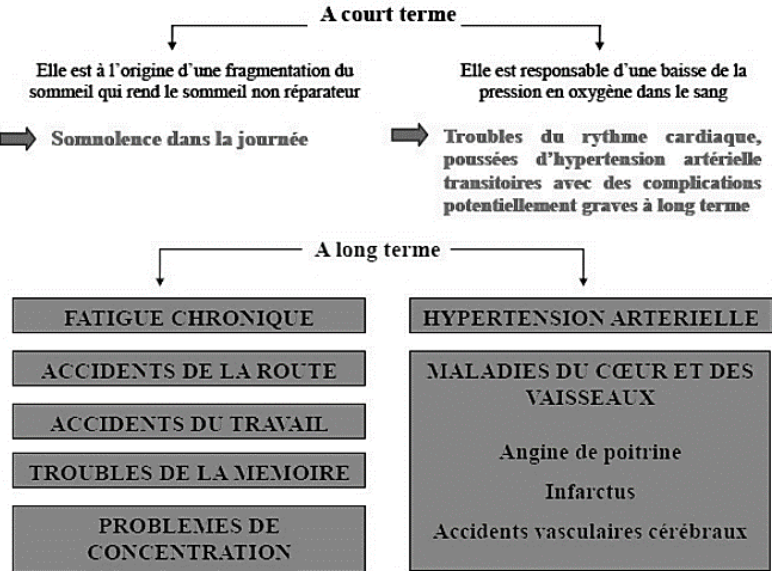
- Ronflement
- Arrêt de la respiration pendant le sommeil
- Somnolence dans la journée, c'est-à-dire envies de dormir contre lesquelles il est difficile ou impossible de lutter (au volant, au travail, en famille, entre amis)

Les facteurs de risque

- Certains facteurs augmentent le risque de développer un SAS :
- avoir un excès de poids
 - être un homme
 - être une femme ménopausée
 - avoir des anomalies morphologiques (grosses amygdales, mâchoires de petite taille)

Les conséquences du SAS

- L'importance des conséquences du SAS varie généralement avec son degré de sévérité
- La répétition des apnées au cours du sommeil a des conséquences à court et à long terme



Serment



Résumé

Introduction : Le SAOS est une maladie chronique fréquente. Elle touche 5 % de la population, mais seulement 20 % des patients ont reçu le diagnostic. Cette pathologie multifactorielle entraîne des complications à court et long terme, touchant la santé physique et psychologique des patients : hypertension, cardiopathie, dépression, accidents... Ces risques sont nettement minorés par les prises en charge existantes, il existe donc un vrai bénéfice à améliorer ce dépistage. Pour se faire, nous avons interrogés les patients sur leurs connaissances, leurs attentes et leurs besoins en termes d'information sur le SAOS et son dépistage.

Méthode : Il s'agit ici d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale, l'analyse est thématique jusqu'à saturation des données. Au total, treize patients ont été interrogés.

Résultats : Notre étude montre que les participants connaissent le SAOS et notamment les symptômes les plus fréquents : fatigue, pauses respiratoires, somnolence diurne... Beaucoup parlent de souffrance, pourtant ils associent troubles du sommeil à un problème d'hygiène de vie ou un problème psychologique. Ils ne consultent donc pas forcément leur médecin pour ce motif. Ils mentionnent aussi le manque d'information comme première cause de mauvais dépistage et proposent plusieurs moyens afin d'améliorer la prise en charge : spot télévisé, document au domicile, publicité sur les réseaux sociaux...

Discussion : Les patients citent des méthodes d'amélioration du dépistage bien connues des médecins et des grandes instances de santé. Cependant de nouveaux points spécifiques du SAOS ont été mis en lumière par cette thèse et des travaux traitant de sujets complémentaires. En effet, il faut informer les patients d'une part, mais ne pas oublier les professionnels de santé de l'autre. Ainsi, le ciblage des médecins généralistes, psychiatres, dentistes, pharmaciens et médecins du travail permettrait d'atteindre les patients potentiellement atteints, encore non dépistés. Attention aussi à ne pas oublier les populations précaires qui consultent moins et adhèrent moins au dépistage en général.

Conclusion : Le SAOS est aujourd'hui une pathologie connue, dont le traitement améliore la qualité de vie, les conséquences ainsi que l'espérance de vie. Il faut donc élargir le dépistage pour dépister plus tôt et traiter la maladie avant l'apparition de ses complications.

Mots clés : soins primaires, apnée du sommeil, campagne de dépistage, santé publique, population cible, communication