



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Quels sont les freins au dépistage du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil en médecine générale ?

Etude des pratiques des médecins généralistes du Nord Pas de Calais.

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2016 à 18 heures
Au Pôle Formation
Par Marine Mocquant

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Benoit WALLAERT

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Dominique CHEVALIER

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur François DELFORGE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AVC	Accidents Vasculaires Cérébraux
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
EPU	Enseignement Post-Universitaire
ESPS	Enquête Santé et Protection Sociale
FID	Fédération Internationale du Diabète
FMC	Formation Médicale Continue
HTA	Hypertension Artérielle
IAH	Index d'Apnées-Hypopnées
IDM	Infarctus du Myocarde
IMC	Indice de Masse Corporelle
MG	Médecin(s) Généraliste(s)
MMS	Mini Mental State
OAM	Orthèse d'Avancée Mandibulaire
ORL	Oto-Rhino-Laryngologiste
PPC	Pression Positive Continue
PSA	Prostate Specific Antigen
SAHOS	Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil
SNIIR-AM	Système National d'Informations de l'Assurance Maladie
SPLF	Société de Pneumologie de Langue Française
WSCS	Wisconsin Sleep Cohort Study

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Définition du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS).....	2
II. Clinique du SAHOS	3
III. Diagnostic du SAHOS	4
IV. Traitements du SAHOS	4
V. Epidémiologie	5
VI. Question de recherche et objectif de notre étude	6
Matériels et méthodes	7
I. Type d'étude	7
II. Population cible	7
III. Recueil et analyse des données	7
Résultats	9
I. Caractéristiques des médecins.....	9
II. Analyse thématique	9
A. Pratique des médecins généralistes interrogés	9
1. Une prise de conscience liée à l'essor de la polysomnographie.....	10
2. Une stratégie de dépistage basée sur l'interrogatoire.....	10
3. Une connaissance des symptômes typiques du SAHOS.....	11
4. Les représentations des médecins sur les complications	12
5. Les tests de dépistage utilisés	13
6. L'importance de l'expérience.....	13
B. Les freins au dépistage.....	14
1. Des freins liés au médecin	14
a) L'absence de plainte	14
b) La méconnaissance des symptômes peu spécifiques.....	15
c) La méconnaissance des profils de patients atypiques.....	16
d) Les consultations de médecine générale : un frein au dépistage ?....	17
e) Une sous estimation de l'importance du SAHOS en tant que pathologie	18
f) Un dépistage parmi d'autres.....	19
g) Un manque de formation	20
2. Des freins liés au patient	20
a) L'absence de conjoint peut gêner le dépistage	20
b) Le déni du patient	21
c) L'acceptation du dépistage uniquement au stade des complications	22
d) Le manque de temps du patient	22
3. Des freins liés au traitement.....	22
4. Des freins liés aux modalités du dépistage	22
a) Les outils d'aide au dépistage	22
i. Une méconnaissance des outils	22
ii. Des outils jugés comme complexes.....	23
iii. Et sans réelle utilité	23

b) Les outils du diagnostic	24
i. La polysomnographie.....	24
ii. La polygraphie ambulatoire.....	25
C. Les améliorations à apporter	26
1. Pour améliorer le dépistage	26
2. Pour améliorer le diagnostic.....	27
a) Faciliter les rendez-vous chez le pneumologue.....	27
b) Favoriser le dépistage ambulatoire = la polygraphie	28
3. Développer la formation médicale initiale et continue	29
4. Développer l'information du médecin	30
5. Améliorer la sensibilisation du patient	31
Discussion.....	33
I. Discussion de la méthode de recherche.....	33
A. Choix d'une étude qualitative	33
B. Choix des entretiens semi-dirigés	33
C. Forces et limites de l'étude	33
1. Echantillonnage et recrutement des médecins	33
2. Recueil des données.....	34
3. Analyse des données	34
II. Discussion des résultats	34
A. L'absence de plainte et le rôle du conjoint.....	34
B. Une méconnaissance des symptômes peu spécifiques et des profils de patients atypiques	35
C. Des consultations chronophages.....	36
D. Une sous estimation de l'importance du SAHOS	37
E. Un dépistage systématique en présence de facteurs de risque cardiovasculaire ?	38
F. Des outils d'aide au dépistage qui passent à la trappe	39
G. Un retard au diagnostic.....	40
H. Freins liés au traitement.....	42
I. Les connaissances des médecins généralistes	43
Conclusion	44
Références bibliographiques	45
Annexes.....	49
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	49
Annexe 2 : Echelle de Somnolence d'Epworth	50
Annexe 3 : Questionnaire de Berlin.....	51
Annexe 4 : Verbatims de 12 entretiens	52

RESUME

Contexte : Avec une prévalence dans la population adulte de 3 à 7% chez l'homme et de 2 à 4% chez la femme, le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) constitue un problème majeur de santé publique. Le SAHOS est encore largement sous-estimé et sous-dépisté.

L'objectif de cette étude était d'explorer les freins au dépistage du SAHOS par les médecins généralistes.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-directifs auprès de douze médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. L'analyse thématique des verbatims a été réalisée en double aveugle, à l'aide du logiciel QSR NVivo 10.

Résultats : L'absence de plainte des patients quant aux symptômes du SAHOS et la méconnaissance des symptômes et profils atypiques expliquent principalement son sous-dépistage. La gravité possible du SAHOS par ses complications est sous-estimée par les médecins généralistes. Les consultations de médecine générale, considérées comme chronophages, font que le médecin y pense moins. Les outils d'aide au dépistage comme l'échelle de somnolence d'Epworth ou le questionnaire de Berlin sont peu exploités car peu adaptés à la pratique de la médecine générale. Les délais de consultation spécialisée pour réaliser la polysomnographie sont considérés comme trop longs, pouvant ralentir le diagnostic.

Conclusion : Les freins au sous-dépistage du SAHOS sont nombreux mais des possibilités d'améliorations peuvent être proposées. Pour cela, sensibiliser les médecins au travers des formations continues ou des campagnes de publicité paraît indispensable. Promouvoir la polygraphie ambulatoire peut également être une piste.

INTRODUCTION

I. Définition du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)

L'apnée du sommeil se caractérise par une interruption du débit aérien nasobuccal au cours du sommeil de plus de 10 secondes chez l'adulte, répétée au moins 5 fois par heure (1).

On observe un relâchement des muscles du pharynx et le blocage partiel ou total de la trachée provoquant des interruptions (apnées) ou des réductions (hypopnées) de la respiration, souvent liées à des ronflements. (2)

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

- A. Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs
- B. Deux, au moins, des critères suivants non expliqués par d'autres facteurs :
 - Ronflements sévères et quotidiens
 - Sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil
 - Sommeil non réparateur
 - Fatigue diurne
 - Difficultés de concentration
 - Nycturie (plus d'une miction par nuit)
- C. Critère polysomnographique ou polygraphique : index d'apnées-hypopnées ≥ 5 par heure de sommeil (IAH ≥ 5). (1)

L'IAH est la somme du nombre d'apnées et d'hypopnées par heure de sommeil. Le SAHOS peut être défini comme léger si IAH entre 5 et 15, modéré si IAH entre 15 et 30 et sévère si IAH égal ou supérieur à 30. (1)

II. Clinique du SAHOS

Le SAHOS associe des symptômes diurnes et des symptômes nocturnes.

Les symptômes nocturnes sont dominés par le ronflement entrecoupé d'apnées ou arrêts respiratoires.

D'autres symptômes tels que la polyurie nocturne, les sudations intenses, le somnambulisme sont susceptibles d'être retrouvés.

Les symptômes diurnes sont dominés par la somnolence qui peut être minimisée notamment si elle existe depuis de nombreuses années ou au contraire majorée par l'intéressé.

Une évaluation subjective de la somnolence peut être réalisée par l'échelle d'Epworth. Un score clinique supérieur à 10/24 signe une somnolence diurne excessive.

Il est également retrouvé d'autres symptômes tels que l'apparition de troubles cognitifs, trouble de la libido, comportement irritable ou agressif jusqu'à un syndrome dépressif. Il peut exister également des céphalées matinales.

Ces symptômes cliniques sont nombreux et la plupart du temps peu spécifiques. (3)

D'autres échelles ou questionnaires peuvent être utilisés comme outils d'aide au dépistage, tels que le questionnaire de Berlin évaluant le risque d'avoir un SAHOS (ronflement, somnolence, facteurs de risque). (4)

Des facteurs de risque du SAHOS ont été retrouvés tels que l'obésité, le sexe masculin, l'âge, la ménopause, la race noire, l'alcool et le tabac (5).

Le SAHOS est responsable de nombreuses complications :

- des complications liées à la somnolence diurne comme des accidents domestiques, du travail ou de voiture
- des complications métaboliques et endocriniennes comme un diabète de type 2, une intolérance au glucose et une résistance à l'insuline, une association aux signes du syndrome métabolique

- des complications cardiovasculaires : hypertension artérielle (HTA), insuffisance coronarienne, accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des troubles du rythme cardiaque. (6)

III. Diagnostic du SAHOS

La méthode diagnostique du SAHOS repose sur la polysomnographie qui est actuellement l'examen de référence. Elle permet un diagnostic de certitude en quantifiant les apnées et en vérifiant leur nature obstructive. (7) De plus en plus de recommandations donnent également une place à la polygraphie respiratoire qui est définie comme une polysomnographie simplifiée. (8)

IV. Traitements du SAHOS

Le traitement du SAHOS repose sur plusieurs mesures dont la mise en place d'une hygiène du sommeil, des mesures positionnelles et des mesures hygiéno-diététiques (3).

Le traitement d'un SAHOS sévère consiste maintenant en l'application d'une ventilation par pression positive continue (PPC) dans les voies aériennes supérieures au cours du sommeil via un masque nasal ou nasobuccal permettant d'éviter le collapsus inspiratoire du pharynx, responsable des apnées et hypopnées obstructives. L'appareil de PPC est remboursé à 65% par la Sécurité Sociale si le patient présente un IAH supérieur à 30 par heure. (9) La prescription initiale ne peut être faite que par un pneumologue ou un médecin ayant suivi une formation spécifique dans la prise en charge des troubles du sommeil (10).

Une alternative intéressante est rendue possible par l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) qui consiste comme son nom l'indique à avancer la mandibule par le biais d'une orthèse. Elle est plutôt réservée à des sous-groupes de patients : refus de PPC, porteurs d'un SAHOS modéré, sans surpoids, en classe II dentaire. (11)

Les traitements chirurgicaux peuvent constituer également une approche thérapeutique du SAHOS. L'uvulopalatopharyngoplastie est une intervention chirurgicale consistant en l'exérèse de la luette et amygdalectomie. Elle ne présente un taux de succès uniquement de 40% et est considérée comme insuffisante dans les SAHOS sévères. Cette technique, si elle est réalisée par laser, est réservée au traitement du ronflement. L'ostéotomie maxillo-mandibulaire qui consiste en l'avancement de la mandibule pour projeter la base de la langue vers l'avant, est une technique restant très exceptionnelle en France. (12)

V. Epidémiologie

Le SAHOS, longtemps considéré comme une pathologie anodine et anecdotique, représente désormais une préoccupation quotidienne des médecins. Même si son existence est connue depuis de nombreuses années, c'est l'avènement de la polysomnographie dans les années 1970 qui a permis de l'individualiser, puis de découvrir son implication dans diverses pathologies. (6)

L'étude de référence de la Wisconsin Sleep Cohort Study (WSCS) rapporte une prévalence du SAHOS de 4% chez les hommes et de 2% chez les femmes de 30 à 60 ans aux Etats-Unis. Une étude américaine de 2008 conclut que plus de 25% de la population adulte serait à haut risque de développer un SAHOS. (13)

En Angleterre, en 2010, des questions sur le ronflement, les apnées constatées et la somnolence diurne ont été posées aux personnes âgées de 16 ans ou plus. Au moins deux des trois symptômes clés étaient présents chez 16% des hommes et 7% des femmes, mais seuls 2% des hommes et 1% des femmes avaient été explorés à la recherche d'un SAHOS et moins de 1% utilisaient un appareil de ventilation en PPC. (14)

En France, le SAHOS semble être une pathologie sous diagnostiquée du fait du peu d'importance accordée par les médecins ou par les patients eux-mêmes aux ronflements et à la somnolence diurne.

Les données de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de 2008, bien que très difficiles à obtenir du fait de l'importance du sous diagnostic et de la

complexité du dépistage, estiment que seulement 15% des personnes ayant des symptômes évocateurs de SAHOS ont déjà bénéficié d'un enregistrement du sommeil.

Ces données ont permis également d'estimer une prévalence des symptômes évocateurs du SAHOS de 4,9% (7,9% chez les hommes et 2,9% chez les femmes). Cette prévalence augmenterait avec l'âge, atteignant 25% après 65 ans. (15)

De plus, avec le vieillissement de la population et l'évolution grandissante de l'obésité en France et malgré une meilleure connaissance du SAHOS par les médecins généralistes et la population générale, il est à prévoir une augmentation du nombre de patients atteints de SAHOS (15) (16).

Le SAHOS est également un problème de santé publique majeur du fait de ses complications. Il a en effet aujourd'hui un rôle reconnu dans l'induction, l'aggravation et la décompensation de nombreuses pathologies.

C'est un facteur de risque de mortalité cardiovasculaire précoce, bien que ne faisant pas partie de l'algorithme d'évaluation du risque cardiovasculaire en pratique courante. (12)

VI. Question de recherche et objectif de notre étude

D'après les éléments exposés ci-dessus, il y a donc nécessité d'améliorer l'accès au diagnostic pour les patients suspectés de SAHOS.

Le médecin généraliste étant le premier recours au dépistage de ce syndrome, pourquoi celui-ci reste sous diagnostiqué ?

L'objectif principal de notre étude était donc de rechercher et d'analyser les raisons du sous diagnostic du SAHOS par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Les objectifs secondaires étaient de connaître les améliorations pouvant être apportées dans cette prise en charge et les attentes des médecins généralistes concernant leur formation sur le SAHOS.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, menée auprès d'une population de médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-de-Calais, réalisée par des entretiens semi-directifs.

II. Population cible

Les entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes titulaires d'un doctorat en Médecine, installés en cabinet et ayant une activité libérale.

Le recrutement a été effectué dans l'annuaire téléphonique de manière aléatoire. Il était précisé lors de la prise de contact le sujet de l'étude ainsi que le temps nécessaire à la réalisation de l'entretien. Les médecins choisissaient alors la date et le lieu de rendez-vous. Le recrutement a été réalisé de manière à avoir un échantillonnage raisonné, à variation maximale.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'ils n'apportent plus de nouvelles données exploitables.

III. Recueil et analyse des données

Les entretiens individuels ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien (**Annexe 1**), élaboré à partir d'une revue de la littérature. Le guide d'entretien a été modifié au cours de l'avancée de l'étude. Lors de chaque entretien, deux outils d'aide au dépistage que sont l'échelle de somnolence d'Epworth (**Annexe 2**) et le questionnaire de Berlin (**Annexe 3**) ont été présentés aux médecins.

A la fin de chaque entretien, les caractéristiques des médecins ont été recueillies : le sexe, l'âge, l'année d'installation, le milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), le mode d'exercice (seul, cabinet de groupe).

Les entretiens ont été menés par le même chercheur et enregistrés à l'aide d'un iPhone 5S® avec l'accord des participants. Ils ont ensuite été retranscrits intégralement sur Microsoft Word (**annexe 4**). Les verbatims obtenus ont été anonymisés puis analysés par le logiciel QSR NVivo 10. Un codage ouvert de chaque verbatim a été réalisé de manière indépendante par 2 chercheurs. Un codage axial a permis d'obtenir une analyse thématique des entretiens.

RESULTATS

I. Caractéristiques des médecins

12 médecins généralistes (MG) ont été interrogés entre février et avril 2016 : 6 femmes et 6 hommes, âgés de 31 à 68 ans. L'ensemble de leurs caractéristiques est retrouvé dans le **Tableau 1**.

Un entretien a été réalisé au domicile du médecin, tous les autres ayant eu lieu à leurs cabinets. Les entretiens duraient entre 12 et 38 minutes, avec une moyenne de 21 minutes.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

Médecin	Sexe	Tranche d'âge	Département d'exercice	Lieu d'exercice	Installé depuis
M1	M	50-59	Pas de Calais	Semi-Rural	30 ans
M2	M	60-69	Pas de Calais	Rural	30 ans
M3	F	30-39	Pas de Calais	Rural	3 ans
M4	M	60-69	Pas de Calais	Semi-Rural	30 ans
M5	M	30-39	Nord	Urbain	1 an
M6	M	60-69	Nord	Urbain	33 ans
M7	M	50-59	Pas de Calais	Urbain	25 ans
M8	F	40-49	Nord	Urbain	17 ans
M9	F	50-59	Nord	Urbain	22 ans
M10	F	50-59	Pas de Calais	Rural	25 ans
M11	F	50-59	Nord	Rural	30 ans
M12	F	50-59	Pas de Calais	Rural	17 ans

II. Analyse thématique

A. Pratique des médecins généralistes interrogés

Tous les MG interrogés estimaient dépister le SAHOS.

1. Une prise de conscience liée à l'essor de la polysomnographie

Pour certains MG, c'est l'évolution des moyens diagnostiques, en particulier la polysomnographie, qui aurait permis une modification des pratiques avec un dépistage du SAHOS par le médecin généraliste :

M4	« C'était pas quelque chose dont on parlait à l'époque. Je pense que c'est... euh... il y a eu une prise en compte je pense parce que les moyens de dépistage étaient beaucoup plus faciles. [...] Mais on n'avait pas les polysomnographies. Je pense que c'est les moyens de dépistage qui ont été entre guillemet vulgarisés, qui ont permis ça. Et donc il y a eu des gens qui s'y sont intéressés, ils ont fait des publications, comme ça on en parle dans la presse et c'est comme ça que c'est venu petit à petit. »
----	--

2. Une stratégie de dépistage basée sur l'interrogatoire

La majorité des MG accordaient une importance à l'interrogatoire des patients pour aider au dépistage. Cela leur permettait d'être alerté sur un possible SAHOS :

M1	« Ils viennent souvent pour de la fatigue, j'ai remarqué. Après on creuse un peu, est-ce qu'ils dorment bien ? est-ce qu'ils sont réveillés en pleine nuit ? est-ce qu'ils dorment dans la journée ? c'est un petit peu tout ça effectivement. Même si c'est pas coché, même si il y a pas de score... euh... après on dit bon (touche son nez), je crois qu'on va vous adresser pour réaliser un examen et c'est tout... »
M2	« Bah souvent on les repère parce que les gens se plaignent de fatigue, euh... notamment matinale, ou alors on les interroge un peu là-dessus. [...] Quand on a entendu parler de ronflement, alors on l'interroge si il y a pas avant le ronflement des périodes d'apnées. Après on demande si il y a, si il y a une fatigue matinale, si il y a des... des céphalées, des choses comme ça et dans ce cas là, on oriente vers le... le pneumologue. »

Ils réalisaient de ce fait un dépistage ciblé, non systématique, si le patient se plaignait de symptômes évocateurs de SAHOS :

M4	« J'y pense systématiquement quand j'ai les symptômes habituels de ça. [...] Sinon pas vraiment... C'est la plainte... c'est le patient qui se plaint. »
----	--

M5	« Je m'adapte en fait à la plainte et au motif de consultation. »
----	---

Ce dépistage pouvait être facilité par la présence du conjoint lors de la consultation qui signalait un ronflement, voire des apnées :

M12	« Mais c'est souvent l'épouse en fait qui... s'en aperçoit durant la nuit, on voit bien que... enfin elle constate que le patient euh... que son conjoint bon ronfle ça c'est sur et puis fait des pauses quoi. C'est surtout... bah c'est d'abord elle qui... qui en parle ici en disant « Attention tu fais des pauses quand tu dors ». »
M2	« Oui souvent le conjoint se plaint du ronflement de son... de son conjoint et... mais donc on est un petit peu alerté du coup et on... on pose des questions pour voir si c'est pas plutôt des... apnées... enfin pour voir si il existe pas des apnées quoi. Donc on interroge le conjoint. »

3. Une connaissance des symptômes typiques du SAHOS

Tous les MG interrogés citaient les symptômes typiques du SAHOS, avec :

- le ronflement en premier lieu :

M10	« Bah je leur demande s'ils ronflent en premier. »
-----	--

- mais aussi les apnées :

M3	« Tout ce qui est bah déjà troubles du sommeil aussi, quand l'épouse constate qu'il y a des ronflements, des pauses respiratoires »
----	---

- la somnolence diurne :

M2	« Le type qui se lève aussi crevé que lorsqu'il s'est couché, c'est pas normal quand même. [...] Et puis on interroge aussi le patient pour voir si il y a aussi une fatigue, des endormissements, euf..., enfin facile, diurne, après le repas ou en voiture, des choses comme ça. »
----	---

M12	« Sommeil est de mauvaise qualité et puis euh... ils s'endorment dans la journée. »
-----	---

- ou les céphalées matinales :

M2	« Les céphalées matinales des choses comme ça. »
----	--

M3	« Des maux de têtes au réveil... »
----	------------------------------------

De plus, les MG dépistaient le SAHOS plus aisément devant des facteurs de risque tels que :

- le patient obèse :

M10	« Enfin s'ils sont déjà obèses, hypertendus, diabétiques, euh... que l'IMC hmmm (écarte ses mains l'une de l'autre), c'est des questions qu'on pose. »
M2	« Bah éventuellement si c'est un... enfin quelqu'un qui est plutôt pléthorique, euh... il y a plus de risque. »
M5	« C'est vrai que j'essaye... bah j'y pense plus facilement quand ils sont en surpoids ou dès qu'ils ont des troubles du sommeil. »

- le sexe masculin :

M12	« C'est quand même des... des... souvent des hommes. »
-----	--

4. Les représentations des médecins sur les complications

L'hypertension artérielle était plus souvent considérée comme un symptôme d'appel au dépistage plutôt qu'une complication :

M2	« Euf il faut voir ce qu'il se passe aussi, enfin... une hypertension qu'on maîtrise mal, euh il y a des choses comme ça. »
M4	« Moi si vous voulez... bah j'y pense quand ? Quand j'ai quelqu'un qui se prétend fatigué tout le temps, qui s'endort systématiquement dès qu'il a rien à faire et qui se plaint d'avoir mal à la tête assez fréquemment et voir une HTA enfin une hypertension un petit peu résistante... en gros c'est comme ça. »
M8	« Quelqu'un qui a une tension qu'on a du mal à équilibrer... euh quelqu'un qui est fort fatigué alors qu'il n'a rien à faire de sa journée. »

Une autre complication citée par les MG était le risque d'accident de voiture dû à la somnolence diurne :

M2	« Moi j'ai des patients qui se sont retrouvés dans les champs quand même. Sans gravité mais enfin ça fait drôle quand même quoi. »
----	--

Etaient cités de façon plus anecdotique d'autres événements cardiovasculaires comme :

- les AVC :

M4	« Complications, c'est quoi pour vous ? C'est... des AVC, c'est des... »
----	--

- les infarctus du myocarde (IDM) :

M12	« Bah souvent c'est après des infarctus ou des problèmes d'insuffisance cardiaque... »
-----	--

5. Les tests de dépistage utilisés

Tous les MG connaissaient la polysomnographie comme moyen de dépistage du SAHOS, et adressaient leurs patients directement à un pneumologue la pratiquant :

M10	« Bah euh... dès que c'est pour faire la nuit, j'ai... bah voilà dès que j'ai une suspicion, bah je les envoie chez le pneumologue. »
M6	« Bon après, après on fait faire chez le pneumo quoi. »
M9	« On l'envoie au pneumo du coin. »

Certains évoquaient la polygraphie ambulatoire, d'autant qu'elle pouvait être réalisée par d'autres spécialistes que le pneumologue comme :

- des médecins généralistes :

M2	« Ou alors maintenant on a ici dans le secteur, on a un généraliste qui s'est équipé d'un... je sais pas trop comment, d'une poly... d'une polygraphie là... »
----	--

- des oto-rhino-laryngologistes (ORL) :

M4	« Et donc ici on travaille soit avec euh... il y a un ORL qui fait de l'ambulatoire, qui a un appareil ambulatoire. »
----	---

- des cardiologues :

M5	« Là j'ai dans mes... dans mes correspondants, des cardiologues qui sont formés à faire des... des polysomno. »
----	---

6. L'importance de l'expérience

Certains MG soulignaient son rôle sur leur pratique :

M3	« Oui bah surtout sur ces profils atypiques où on s'y attend pas quoi, ça a été... Voilà quelques expériences point de départ. »
----	--

M6	« Hum... parce que quand j'avais des patients qui étaient appareillés et qui suivaient correctement leur traitement, euh... ces patients là disaient eux-mêmes qu'ils étaient améliorés. Et donc quand ils sont pas améliorés, c'est... il y a pas 50 solutions, souvent c'est que c'est mal fait ou que... c'était peut être pas ça. Euh on n'en sait rien. Mais bon quand même, quand ils prennent leur traitement correctement, ils sont contents donc ils me... ils le réclament. Du coup on a tendance quand même dans ces cas là, à essayer d'en chercher un peu plus. C'est tout bête je pense... »
----	--

Les MG étaient souvent sensibilisés par des proches atteints d'un SAHOS :

M11	« J'ai peut être été sensibilisé à ça parce que j'ai un conjoint qui a été appareillé. »
M12	« C'est vrai que... alors après peut être parce que dans ma famille, on en a parlé et que euh... j'ai pas mal d'oncles et tantes qui ont cette machine hein la nuit qui les réveille, qui... »
M5	« J'en ai deux dans ma famille qui déjà sont appareillés. Donc déjà j'ai mon beau-père et puis le mari de ma cousine. Donc c'est vrai que forcément après tu te dis... bah oui lui, lui il y ait. Il est obèse, diabétique, il fait des pauses respiratoires donc... Ouais c'est quelque chose qu'on a en tête mais c'est vrai... »

B. Les freins au dépistage

1. Des freins liés au médecin

a) L'absence de plainte

Les MG reconnaissent dépister le SAHOS grâce à une plainte du patient, l'absence de celle-ci pouvant donc limiter le dépistage :

M5	« Mais celui qui va pas forcément se plaindre de... de troubles du sommeil parce que... ils peuvent avoir des somnolences diurnes et finalement pas s'en plaindre, c'est... pour eux c'est pas toujours... c'est normal de faire la sieste après manger et donc voilà... il y a pas forcément de... »
----	---

M5	<i>« Déjà si j'ai pas de plainte de sommeil, je vais pas forcément aller rechercher ça. [...] Non je pense que ça vient du fait que les patients s'en plaignent pas toujours et que nous on aille pas chercher l'information. Il faut... et si le médecin n'y pense pas, il va pas aller creuser. »</i>
M2	<i>« Bah euh il y a des gens qui ne se plaignent pas... qui ne se plaignent pas facilement. Ils sont fatigués mais ils ont une explication qui n'est pas forcément la bonne. Ils disent qu'ils sont fatigués parce qu'ils travaillent trop et ils en parlent pas donc... c'est vrai que ceux là... je vais pas forcément poser la question, donc je vais passer à côté. On peut pas poser toutes les questions à tout le monde. »</i>

A la question d'un dépistage systématique du SAHOS en présence de facteurs de risque cardiovasculaire, nous constatons une homogénéité dans les réponses des interviewés : seulement en cas de plainte :

M12	<i>« Non. Pas systématiquement. Non, j'enclenche... je le fais si il y a des plaintes si vous voulez, mais... j'y pense pas systématiquement. »</i>
M4	<i>« Honnêtement, j'y pense pas. J'y pense pas. Je vous dit c'est la plainte, c'est essentiellement la plainte. »</i>

b) La méconnaissance des symptômes peu spécifiques

Même si les MG semblaient connaître la plupart des manifestations cliniques typiques du SAHOS, seuls certains MG signalaient des symptômes moins spécifiques, pouvant entrainer à leurs yeux un retard au dépistage.

Ces symptômes pouvaient être :

- des troubles de l'humeur :

M8	<i>« Mais il y en a un... je crois que ça s'est déclenché, on y a pensé au départ parce que le moral il allait pas du tout et puis on a gratté un peu partout et puis on est parti là dessus et puis on a... on a tiré là dessus. Mais ça a mis du temps hein... le fait d'arriver jusqu'à penser au syndrome d'apnées du sommeil et puis de faire les examens quoi. »</i>
----	--

M3	« Et effectivement, avec des patients qui étaient pas bien dont une de mes patientes, ça m'a marqué, l'ancien médecin et puis même elle pensaient et tout le monde lui disait « t'es dépressive, c'est pour ça que t'es tout le temps fatiguée » et compagnies, et vraiment pas le profil : vie saine, mince, une belle femme et tout... et en fait on a trouvé un syndrome d'apnées du sommeil. »
	<ul style="list-style-type: none"> des sueurs nocturnes :
M4	« Et aussi parfois les gens, je crois que c'est un symptôme auquel on pense moins : c'est les sueurs. Quand ils transpirent énormément la nuit, ça fait parti des... des signes de... mais on y pense moins. »
	<ul style="list-style-type: none"> des troubles cognitifs :
M9	« Euh après c'est... enfin c'est pas le manque de concentration, perte de mémoire, des choses comme ca euh... »

c) La méconnaissance des profils de patients atypiques

Les MG reconnaissent dépister plus facilement un patient au profil typique. Certains racontaient avoir été étonnés de la découverte d'un SAHOS chez d'autres :

M7	« J'en ai quelques uns où ça a été demandé et effectivement ils avaient pas du tout le profil. Je l'avais devant moi et c'était étonnant. »
M5	« Euh... je pense euh... mais c'est pas une patiente vasculaire en fait. Euh... c'est vrai que c'était assez curieux parce qu'on a tous l'idée, enfin moi j'ai l'idée du patient obèse, en surpoids, c'est la majorité... enfin les patients que j'ai, c'est plus ce patient là... euh... qui se plaignent soit d'une mauvaise qualité de sommeil, qui sont peut-être un peu hypertendus aussi, on va y penser. [...] Mais je pense qu'on peut peut-être aussi en passer à côté, euh... Je vais quand même moins y penser facilement sur une plainte du sommeil du patient qui est pas obèse, ou qui a pas forcément ça alors que... ou peut être y penser plus tardivement. Ca c'est vrai... A tord. »
M9	« Mais bon ça, c'est... l'apnée c'est connu, le tout c'est d'y penser quoi. Le tout c'est d'y penser à l'apnée parce que c'est vrai qu'on va y penser avec quelqu'un de très gros, on va pas forcément y penser avec quelqu'un, enfin... de plus maigre ou plus jeune, ou plus... ou qui ronfle pas, éventuellement. »

Ils découvraient alors un SAHOS :

- chez le jeune :

M6	« A la suite d'une découverte d'une insuffisance cardiaque donc voilà. Et en plus il avait un syndrome d'apnées du sommeil. Un jeune. La trentaine. »
M10	« Chez les obèses, les diabétiques, et aussi... des surprises aussi, chez les enfants... et chez les jeunes adultes. »

- ou la femme :

M12	« C'est quand même des... des... souvent des hommes. Ah remarquez il y a des femmes aussi. Mais c'est marrant j'y pense plus chez un homme que chez une femme. Mais c'est vrai qu'il y a des femmes qui font aussi des apnées du sommeil... hmmm. »
-----	---

- ou encore le mince :

M5	« J'ai une patiente qui fait 50 kilos, qui est mince comme ça (montre son auriculaire) et qui a un SAHOS sévère donc c'est vrai que... »
----	--

d) Les consultations de médecine générale : un frein au dépistage ?

Les MG soulevaient le fait qu'ils manquaient de temps pour dépister le SAHOS :

M11	« Bah c'est peut être nous quoi aussi, peut être le manque de temps aussi, c'est vrai qu'on a tellement de choses à penser quand on a une consultation, que bon... »
M2	« On a pas le temps non plus... »

De plus, l'existence de pathologies associées fait que le médecin y pense moins :

M12	« Hmm... Mais vous savez, il ont tellement déjà de trucs... à faire. Souvent ils sont diabétiques, ils sont cardiaques, il faut déjà qu'ils prennent... ils ont du cholestérol, ils ont déjà pleins de médicaments. »
-----	---

De même que les motifs de consultations multiples :

M5	« Euh c'est vrai qu'il faut y penser... mais comme le problème et souvent en médecine générale, c'est que c'est... c'est rarement la plainte... c'est le... je veux dire c'est rarement la cause de la consultation. C'est-à-dire qu'ils viennent pour autre chose, ils viennent pas pour ça. Ils viennent pour renouveler leurs traitements, ils viennent aussi parce que en même temps, ils ont mal au pied. Et toi là dedans il faut y penser, c'est pas toujours évident de te dire : euh... tu vois bien ils viennent avec plusieurs motifs de consultation et puis tu te dis, « ah il faudrait peut-être que lui j'y pense ». Donc euh... parfois je pense qu'on zappe les patients à risque parce que on y pense pas. [...] C'est que souvent ils viennent avec des problèmes, des demandes multiples en consultation et t'as pas toujours le temps d'y penser. »
M7	« Bah je crois que les consultations elles sont... il y a toujours plusieurs motifs de consultation, ce qui fait qu'on est limité dans le temps, et que c'est pas... on peut pas toujours tout aborder. »

Le dépistage systématique des patients à risque apparaissait alors peu envisageable en raison du surcroît de travail qu'il engendrerait :

M6	« Non... Non. Non parce que ca devient trop lourd. Il faudrait presque dans ces cas là je vais dire dépister tous les diabétiques. Hum... tous les coronaropathies... toutes les artériopathies. Il y a du boulot hein ? »
----	--

e) Une sous estimation de l'importance du SAHOS en tant que pathologie

Un MG faisait remarquer que le SAHOS serait physiologique :

M3	« Oui... mais je pense que finalement, on en fait tous plus ou moins des apnées. Tout le monde a minima. Et quand ça devient trop sévère, c'est là qu'effectivement, ça pose problème. »
----	--

Plusieurs MG interrogés exprimaient le fait que le dépistage du SAHOS ne constituait pas une urgence :

M4	<i>« Et c'est pas non plus une notion d'urgence. Vous me dites c'est un infarctus, bah on fait l'électro. Une apnée du sommeil on a un peu de temps pour se retourner. D'abord ça fait souvent plusieurs mois où ils sont en apnées. »</i>
M2	<i>« Enfin... il vaut mieux s'en occuper rapidement mais c'est enfin pas une urgence vitale quand même. »</i>
M9	<i>« L'apnée c'est pas comme l'infarctus enfin l'angine de poitrine ou des choses comme ça quoi... euh... »</i>

Un autre MG signalait également qu'il peut prendre le temps et dépister une autre fois :

M5	<i>« Voilà la prochaine fois, ça peut se faire après, on a le temps en médecine générale, c'est pas tout tout de suite comme à l'hôpital donc... euh... ça je pense qu'il faut aussi savoir y penser et le faire par la suite. »</i>
----	--

Ce dépistage serait de plus considéré comme du ressort du spécialiste :

M6	<i>« Après c'est un peu au pifomètre quoi. Faut dire ce qu'il est. Je fais de la médecine générale, bah voilà... Je suis pas spécialiste, c'est tout. Maintenant si ça va pas, je passe la main. »</i>
----	--

f) Un dépistage parmi d'autres

Un MG signalait qu'il existe trop de dépistage en médecine générale et que celui du SAHOS en est un parmi d'autres :

M6	<i>« Après on pense à un SAHOS mais bon... pas systématiquement, pas d'emblée quoi. Vous, vous allez me demander de dire : « bah voilà faut faire une mammographie, faut faire un PSA, faut faire... des examens... » et ainsi de suite mais je veux dire... dans ces cas là, on s'en sort plus quoi. »</i>
----	---

Il indiquait également qu'il existe d'autres dépistages que le SAHOS plus important :

M6	« On nous demande tellement de choses à dépister que tout compte fait, après ca... on casse toutes les priorités des autres... du coup il y a plus de priorités. Pour moi la priorité, ce serait déjà arrêter de fumer mais bon... On y arrive pas non plus. Pour essayer de faire arrêter quelqu'un de fumer, il faut déjà prendre du temps un... Bah ça prend du temps mais c'est souvent on va dire, ça se fait par obligation quoi. »
----	---

g) Un manque de formation

La plupart des MG rappelaient que le SAHOS n'est pas un sujet qui a été abordé lors de leur formation initiale :

M3	« Déjà moi dans mes études, même si j'ai pas 60 ans, bah on était pas formé à dépister tout le monde »
M6	« Ah non. En ce qui me concerne moi ? Ah non. Moi ma formation initiale, elle date d'il y a 30 ans (rigole). Il y avait pas tout ça. »

De plus, pour ceux participant à une formation médicale continue (FMC), ceux-ci ne se rappelaient plus avoir eu un sujet sur le SAHOS :

M1	« Non. Je suis dans une FMC mais je pense pas, ca ne me dit rien qu'on ait fait un travail sur le syndrome d'apnée du sommeil. »
M12	« Alors honnêtement non. Non. Non mais c'est la FMC qui réunit, c'est le jeudi... le troisième jeudi du mois. Non non non on en a jamais parlé. »

2. Des freins liés au patient

a) L'absence de conjoint peut gêner le dépistage

Un autre frein évoqué était l'absence du conjoint lors de la consultation :

M4	« Après bien sur les questions bah c'est « est-ce qu'il ronfle ? », ca c'est... faut qu'il y ait un conjoint, il y en a pas toujours, un... »
M4	« Le problème, c'est que si il est tout seul à la maison, qu'il est veuf ou pas marié... bah on sait pas si il ronfle. »

M5	« Parce que souvent c'est ça, c'est le conjoint qui vient en disant... ca aussi ça arrive en disant « mais quand même tu dors pas bien, tu fais des pauses... ». Bon là forcément on va... Mais parfois le conjoint bah il dort bien, il se réveille pas. »
----	---

b) Le déni du patient

Selon certains interviewés, des patients refuseraient de croire qu'ils ont un SAHOS :

M9	« Et dans le sens inverse, j'avais un patient qui était persuadé de faire de la narcolepsie parce qu'il dormait tout le temps. Faut dire il fait au moins 160 kilos. Et donc il a été voir un neurologue, persuadé que c'était de la narcolepsie, parce que... et en fait c'était des apnées du sommeil sévères euh... mais lui il refusait, enfin il voulait pas en entendre parler, pour lui c'était forcément... c'était forcément de la narcolepsie parce qu'il s'endormait partout, même dans la salle d'attente (rigole) donc euh... Et pour finir c'est des apnées du sommeil sévères, très sévères. »
M5	« C'est ça le dépistage : les gens se sentent bien, toi tu penses qu'ils ont quelque chose mais eux ils voient pas l'intérêt. »

D'où une appréhension voir un refus à toute forme de dépistage :

M10	« Mais le problème du dépistage par ici c'est que... euh... voilà, les gens ne veulent pas en entendre parler. Parce que ca leur retire leur bonne idée de bonne santé. Juste faire une prise de sang ou un examen, ca leur retire leur idée de bonne santé, leur intégrité physique. Parce qu'on touche à un truc, peut être que ca sera pas normal et ca les rend fou. »
M6	« Bon déjà je veux dire... moi j'ai pas les chiffres en tête mais bon les mammographies systématiques, on doit être à combien ici... on doit être à tout casser à 50%, dans le Nord. Euh... les frottis, je pense qu'on est encore à moins que ça. Les hémocults, alors là on doit être à 20%. Les touchers rectaux, on doit être à 5% (rigole). »

c) L'acceptation du dépistage uniquement au stade des complications

Un MG expliquait que les patients n'acceptent le dépistage que tardivement :

M6	<i>« Mais bon, même quand c'est comme ça... je veux dire moi j'ai des patients, je veux dire... j'ai des patients : j'ai l'exemple de deux qui sont appareillés depuis combien ? Depuis 6 mois, bah ca fait combien de temps que je leur en parle ? ca fait dix ans que je leur en parle. »</i>
----	---

d) Le manque de temps du patient

De plus, un MG a constaté un manque de temps de la part des patients pour aller se faire dépister :

M10	<i>« Bon ceux qui ont une voiture ils ont pas le temps et ceux qui n'ont pas de voiture, bah c'est la zone. »</i>
-----	---

3. Des freins liés au traitement

Selon certains MG, le traitement par PPC semblerait être connu par un nombre croissant de patients. Le diagnostic pouvait donc être retardé voire complètement refusé à la moindre évocation de l'appareillage futur :

M5	<i>« Les gens ils savent à peu près ce que c'est, ils savent que ça va être dormir avec un masque et il y en a beaucoup qui veulent même pas aller faire le dépistage parce ils disent que de toute façon « moi je pourrais pas ». »</i>
M4	<i>« Alors je les préviens quand je leur fais un... le test, je leur dis en sachant que si on dépiste, la solution c'est l'appareillage. Alors quelque fois ca peut arriver qu'ils y en a qui disent « bah non de toute façon je ferais jamais ca ». Bon bah ils sont libres de ce qu'ils veulent faire. »</i>

4. Des freins liés aux modalités du dépistage

a) Les outils d'aide au dépistage

i. Une méconnaissance des outils

La majorité des MG ne connaissaient pas les outils d'aide au dépistage :

M12	<i>« Euh... Des outils d'aide au dépistage ? Euh... non... »</i>
-----	--

M2	« Celui-là je le connais pas... ce nom là me dit rien. Et ca consiste en quoi ? »
----	---

ii. Des outils jugés comme complexes

De plus, après information sur les outils d'aide au dépistage dont l'échelle de somnolence d'Epworth et le questionnaire de Berlin, certains MG les jugeaient complexes :

M11	« Bon après c'est assez euh... c'est pas toujours très précis quand même. C'est pas toujours évident, ils savent pas toujours bien répondre. Je crois qu'on peut facilement... au niveau des points c'est pas toujours bien... enfin je pense que c'est pas forcément très reproductible... »
-----	---

Ils n'étaient d'ailleurs pas adaptés à une population défavorisée :

M9	« Donc soit on y pense ou on a un doute et puis on... pas obligé d'avoir forcément le score. (Regarde le questionnaire de Berlin). Enfin, [ville du secteur du MG], ils sont pas forcément tous très cortiqués, donc (rigole) c'est pas... le questionnaire c'est pas forcément... »
----	--

iii. Et sans réelle utilité

La plupart des MG interrogés estimaient que les outils d'aide au dépistage ne sont pas nécessaires dans le dépistage :

M2	« Euh je l'utilise, non je l'utilise pas en tant qu'échelle pour... je fais pas une cotation, je pose les questions qui vont bien et puis... j'ai pas besoin de coter en fait... enfin je trouve pas utile de... de coter. »
M4	« Ouais mais j'avoue que les questionnaires standardisés, j'utilise pas. Que ce soit les... les MMS, que ce soit les échelles de machin de truc. Ca fait 33 ans que je pratique comme ça, je suis peut être un peu scléreux mais j'ai toujours été... moi on m'a appris à être un clinicien. Donc je résonne en terme de clinicien et je cherche, j'interroge, je regarde et j'écoute et après je... Donc j'ai pas... j'ai jamais eu besoin d'échelles... d'outils où on coche des croix pour dire « voilà ca me semble significatif ». »

De plus, ils pouvaient rompre le dialogue avec le patient :

M1	« <i>Point de vue dialogue avec le patient, j'ai toujours une petite appréhension d'avoir mon petit stylo en même temps que je lui pose des questions et puis de commencer à cocher (prend son stylo et fais signe de cocher sur la feuille), je trouve que ca... ca rompt un peu la... qu'on le fasse un petit peu après peut être, de l'écrire après, mais pendant l'interrogatoire, je trouve que poser les questions et à chaque fois cocher c'est... j'aime pas trop cette... ce feeling en fait. »</i>
----	--

Et même s'ils les avaient à disposition, les MG ne les utiliseraient pas :

M9	« <i>Bah oui c'est sur que c'est intéressant mais après le problème c'est qu'après, on a... on risque... enfin on en a pour tout quoi donc enfin c'est pareil... euh... faut le sortir du tiroir, il faut y penser, euh... enfin pour tout, pour l'asthme, la BPCO et tous ces trucs un peu..., mais enfin on pourrait en avoir pour d'autres pathologies aussi donc après... on s'en sort plus quoi, enfin je veux dire... »</i>
M6	« <i>Non... Bah des échelles, il y en a eu pleins. Alors le... nous on en a pleins, parce qu'on a pas que des échelles que pour ça. Je veux dire... du coup je veux dire après on finit par plus les utiliser quoi... »</i>

b) Les outils du diagnostic

i. La polysomnographie

La majorité des MG interrogés évoquaient comme un des principaux freins au dépistage un délai d'attente trop long pour consulter le pneumologue :

M1	« <i>La seule gêne c'est le délai d'attente parce que effectivement il faut du temps pour avoir la consultation déjà. »</i>
M12	« <i>Hmmm... Chez le pneumo... Enfin il faut compter euh... 2 ou 3 mois, minimum. Et à l'hôpital c'est pire, c'est facile 4 à 5 mois. »</i>
M2	« <i>Le seul problème c'est un peu les délais qui sont quelque fois un petit peu long... »</i>

De plus, certains trouvaient astreignant le fait d'aller voir un spécialiste pour réaliser le diagnostic :

M4	<i>« Ca rend toujours service, parce que là on est obligé d'aller voir un correspondant. »</i>
----	--

Le diagnostic hospitalier était parfois considéré comme contraignant pour certains patients :

M5	<i>« Ah moi j'ai connu ça au... le début un petit peu..., c'était systématiquement à l'hôpital donc ça à l'époque c'était contraignant pour les gens : « je vais dormir une nuit à l'hôpital, pfff, je vois pas l'intérêt. » »</i>
----	--

De plus, les MG exprimaient les difficultés du diagnostic en campagne et le problème de l'accessibilité au pneumologue :

M6	<i>« En campagne, peut être que c'est un peu plus difficile parce que bon il faut aller euh... il faut aller voir un spécialiste, il faut être hospitalisé... ou alors être hospitalisé donc des fois ils veulent pas trop. »</i>
M10	<i>« Et après aussi les... par ici ca devient... c'est 1) les rendez vous des spécialistes qui sont... pas très facile d'accès et 2) à chaque fois il faut aller à [ville du secteur du MG] bon voilà... Mais voilà... [ville du secteur du MG], le premier pneumologue, il est accessible par train. En libéral. Le pneumologue hospitalier, non, pas par train, il faut train + navette et là c'est le gros bordel. Donc voilà si vous n'avez pas de voiture, ni famille, alors là ca pose problème. »</i>

ii. La polygraphie ambulatoire

Il a été proposé aux MG de bénéficier d'un appareil ambulatoire pour réaliser le diagnostic eux-mêmes : certains MG refuseraient par manque de temps et le fait que cela apporterait une surcharge de travail :

M9	<i>« Pfff... non. Parce que déjà la charge de travail, elle est suffisamment importante alors après si... on fait tout après : on met les implants, on fait (rigole), c'est pas votre domaine mais bon je veux dire si on veut, on... enfin c'est... je fais pas... non non, franchement non, chacun son... non. »</i>
----	--

M12	« Non quand c'est vraiment spécifique, non j'ai pas le temps... j'envoie chez le pneumo pour faire l'enregistrement une nuit et puis... c'est lui qui dépiste. Parce qu'après il faut lire l'enregistrement, donc on a pas forcément le temps de lire les résultats. »
M4	« Le problème c'est qu'on a déjà de plus en plus de choses à faire, c'est toujours la même histoire. »

C. Les améliorations à apporter

Les MG interrogés ont proposé différentes pistes d'améliorations possibles.

1. Pour améliorer le dépistage

Une recherche de SAHOS de façon plus systématique permettrait pour les MG de dépister plus facilement.

Les propositions pouvaient être :

- à partir d'une certaine tranche d'âge :

M12	« Mais je pense que... Pfff... allez honnêtement on le ferait faire passer une certaine tranche d'âge, je dirais 60-65, on dépisterait beaucoup plus. (...) Mais c'est vrai... bon à partir de 60-65 ils disent quand même tous qu'ils sont fatigués. C'est vrai, c'est vrai. Mais je pense qu'ils le font, ils le font... un syndrome d'apnées du sommeil. C'est sur. »
-----	--

- un bilan annuel réalisé par le MG où il y aurait quelques items sur le SAHOS :

M8	« Donc il y aura des... si un jour il y avait des... des bilans typiques annuels qu'on ferait avec les patients etc.... bah ca devrait faire parti des items. Ca existe pas, on fait pas des bilans de santé euh... mais il y aurait un bilan de santé annuel, il y aurait 10 items, et bah ca devrait faire parti des items. »
----	---

- ou ajouter une recherche sur les troubles du sommeil et le SAHOS dans le bilan proposé par la sécurité sociale (gratuit, tous les 5 ans) :

M8	« Je sais même pas si à la médecine du tra... la médecine... les bilans de santé... je sais même pas si ils posent des questions là dessus. (Sort un bilan de santé et cherche). Bah ils font souffler déjà (parle de la spirométrie) mais là ils devraient poser 2-3 questions à cet endroit là (montre la fin de la partie spirométrie). Il y a rien. Et je trouve que ca manque. Il y a rien. Je trouve que
----	--

	<i>là ça serait un moyen de faire un dépistage. Parce que les bilans de santé comme ça c'est pas les jeunes qui le font, c'est les plus âgés. Voilà. »</i>
--	--

Il serait également intéressant de créer un nouveau questionnaire permettant de faire remarquer les facteurs de risque de SAHOS au MG :

M5	<i>« Peut être des scores ou des choses comme ça. Ça pourrait peut être être intéressant de savoir qu'avec tels facteurs de risque, il faudrait plus... Un peu comme on a certain scores cliniques en cardio ou en... Ça pourrait être intéressant. Je pense que ça serait plus systématique. »</i>
----	---

Une manière individuelle pour les MG serait de s'intéresser comme pour le tabac à la qualité du sommeil de son patient :

M5	<i>« Mais je pense qu'on... on pose pas forcément toujours assez systématiquement la question en fait du sommeil. Ça devrait être comme les habitudes de tabac, des choses comme ça. Il faut que ça devienne systématique chez nous. Le tabac, les habitudes de vie, ça il faut le demander et c'est vrai qu'on... il faut que ça rentre. »</i>
----	---

Notamment en signifiant l'existence de ces troubles dans le dossier médical pour ne pas omettre un bilan ultérieur :

M5	<i>« Mais à nous aussi de le noter dans un certain coin du dossier, en disant... ce que je fais parfois : « tiens lui il est obèse, il faudrait lui demander ? ». Voilà la prochaine fois, ça peut se faire après, on a le temps en médecine générale, c'est pas tout tout de suite comme à l'hôpital donc... euh... ça je pense qu'il faut aussi savoir y penser et le faire par la suite. »</i>
----	---

2. Pour améliorer le diagnostic

a) Faciliter les rendez-vous chez le pneumologue

La diminution du délai de consultation permettrait un meilleur dépistage :

M7	<i>« Améliorer le dépistage ? Bah d'abord des... des délais de consultation plus court, d'une part. »</i>
----	---

M8	« Bah peut être un accès plus rapide à la polysomno... ou du moins à la consultation pneumo. Après une fois que c'est enclenché, c'est enclenché. Le frein il est là. Le frein il est dans le retard... dans le retard à avoir le rendez-vous pneumo ou la polysomno. Une fois que c'est fait c'est tout. Donc... c'est tout. »
M5	« Pouah... Non je pense c'est avoir... avoir des bons intervenants en fait qui puissent le faire assez rapidement. »
M5	« C'est surtout ça parce qu'on va... C'est vrai qu'après si on est un peu plus dans le systématique et dans le dépistage, après pour les orienter ensuite rapidement. »

b) Favoriser le dépistage ambulatoire = la polygraphie

Pour certains MG, promouvoir la polygraphie ambulatoire permettrait une plus grande facilité :

- car elle permet d'éviter l'hôpital :

M5	« Il faut... Alors peut être je pense que c'est mieux qu'il y ait des dépistages comme ça ambulatoire plutôt que systématiquement à l'hôpital. [...] Alors que ces dépistages ambulatoires où on te met la machine et tu rentres à la maison, ça c'est mieux accepté donc ça je pense que c'est bien. »
M12	« Ils font maintenant je sais un dépistage en ambulatoire, donc ils ne sont plus obligés de passer la nuit à l'hôpital, ils ont un appareil qui mesure le nombre d'apnées... et puis... C'est mieux, c'est mieux pour le patient ça... »
M9	« Bah euh... le plus souvent en ambulatoire maintenant. Ah oui oui, bah oui. Parce que apparemment maintenant il y a des dispositifs où les gens dorment chez eux, c'est mieux pour... enfin c'est mieux parce qu'il y en a qui à la limite veulent pas passer une nuit à l'hôpital quoi... »

- pouvant être réalisé par des spécialistes différents du pneumologue :

M2	« On a un généraliste qui s'est équipé d'un... je sais pas trop comment, d'une poly... d'une polygraphie là..., donc maintenant on va pouvoir les faire plus facilement parce qu'il faut aussi trouver des pneumologues qui ... enfin il y a des délais d'attente quoi en fait. »
----	---

- et de ce fait améliorer l'acceptation du patient :

M9	« Pfff, maintenant qu'on peut le faire chez soi, déjà les gens ils sont moins réticents à faire leurs enregistrements. »
M5	« Alors que ces dépistages ambulatoires où on te met la machine et tu rentres à la maison, ca c'est mieux accepté donc ça je pense que c'est bien. »

Faciliter le diagnostic c'est aussi, pour quelques MG, permettre la réalisation de la polygraphie ambulatoire par le MG :

M4	« Oui si on avait un appareil mis à disposition pourquoi pas, ca peut... ca rend toujours service »
M10	« J'ai rien contre que vous distribuez les machines, et puis tout ce qui est IMC pas normal, vous foutez les machines une nuit. Parce que... pourquoi pas, vous me mettez un appareil, je vais faire du va et vient avec mes clients, donc euh voilà... Il me faut l'appareil d'enregistrement tout bête et puis voila, ici (montre son étagère), et ca sera beaucoup mieux. Voilà ! Ca prend pas de temps, tu mets la machine, c'est la pince à linge, c'est branché sur le courant et après ils reviennent, paf tu mets la carte mémoire et après tu vois si il l'a ou il l'a pas. »

3. Développer la formation médicale initiale et continue

La sensibilisation des MG dès la formation initiale permettrait un meilleur dépistage ensuite :

M3	« Enfin je pense que même à l'échelle des spécialistes, on pensait pas à tout ça il y a 20 ans donc, euh..., déjà moi dans mes études, même si j'ai pas 60 ans, bah on était pas formé à dépister tout le monde donc je pense que ça compte beaucoup la formation à la base et puis l'accès oui au... au test, au pneumologue. »
M5	« Non je pense que c'est un manque... si t'es pas sensibilisé, tu vois effectivement ça je l'ai appris... je l'ai appris à l'internat. »

Si celle-ci n'a pas pu être réalisée, c'est la FMC qui pourrait à ce moment là permettre de mieux dépister :

M4	<i>« Donc on a croisé des gens, on en a entendu parlé, il y a eu des réunions, enfin des... EPU ou des choses comme ça, des articles etc. »</i>
M7	<i>« Oui en FMC, on a déjà parlé... Il y a une FMC labo, ils en avaient parlé... ils l'avaient évoqué, c'était le... je me souviens plus si c'était le sujet principal mais ça avait été évoqué oui. Et les pneumologues quand ils se sont installés à la polyclinique de [ville du secteur du MG], la clinique à [ville du secteur du MG], ils ont fait montré leurs plateaux techniques dont les... les systèmes de polygraphie et de polysomnographie aux médecins généralistes. Ca a aidé un petit peu... pour faire connaître le syndrome. »</i>

4. Développer l'information du médecin

Les MG proposaient l'information du médecin par la remise de fiches synthétiques sur le SAHOS :

M7	<i>« Et certainement de... Avoir des fiches synthétiques, un petit peu comme ça s'est fait avec le syndrome des jambes sans repos ou bien les douleurs neuropathiques, à disposition du médecin avec quelques... quelques questions clés, pour euh... pour évoquer facilement le diagnostic, et puis ensuite entreprendre un dépistage. Oui ca serait pas mal oui. »</i>
----	--

C'est aussi au médecin de rester informé par un effort de recherche personnelle sur la pathologie :

M5	<i>« Tu sais, il y a des tas de choses où on y pense pas euh... Alors je trouve que c'est important de se former, c'est une mauvaise raison mais... euh... là tu vois, le fait de faire une formation ou d'en reparler simplement, bah tu vas te dire c'est vrai... on va être plus vigilant. »</i>
M2	<i>« Bah par les lectures, par les... ouais, l'autoformation. Non mais c'est quand même relativement important... donc ouais ouais voilà... »</i>

M7	<i>« Parce que j'ai commencé à en entendre parler. Parce qu'il y a eu des articles dans le quotidien du médecin, dans la revue du praticien, j'ai un petit peu fouillé. Parce que j'ai fait... j'ai fait un diplôme de... sur l'hypertension artérielle et c'était un sujet qui était important, dans le diplôme. Un petit peu... un tout petit peu de connaissances sur l'apnée du sommeil. »</i>
----	--

Preuve que l'information délivrée au médecin est très importante : le fait de discuter avec les MG des questionnaires d'aide au dépistage (Berlin et Epworth) a permis aux MG un recours plus aisé à ces échelles :

- en les préimprimant :

M10	<i>« Voilà. Mais je n'utilise pas le questionnaire en soit. Non mais je peux le faire : hop photocopie (prend le questionnaire et va le photocopier). Voilà. Oui c'est sympa la photocopie. »</i>
M5	<i>« Bah tu vois au moins... je vais me mettre à l'imprimer et puis... (montre le questionnaire d'Epworth). »</i>

- en les incluant dans leur informatique :

M11	<i>« Ok. Bah peut être que je peux trouver facilement. Je vais déjà le photocopier. Voilà, bah l'autre il est déjà dans l'ordinateur. Bah peut être que celui là je le trouverais dans le logiciel, je pense, il faudrait que je le cherche. »</i>
M2	<i>« Bah oui ce que je devrais faire, c'est le ... le mettre sous forme informatique et puis le sortir lors d'une consultation... mais je l'ai pas fait (rigole). »</i>

5. Améliorer la sensibilisation du patient

L'amélioration du dépistage passe aussi par l'information du patient. Les MG proposent différentes possibilités :

- des campagnes de publicité ou affiches publicitaires :

M12	<i>« Qu'est-ce qui pourrez améliorer le dépistage... ? Je sais pas... Pfff... Des affiches peut être (rigole), la publicité, peut être en parler peut être plus. Ouais je crois, qu'est-ce que... Ouais des affiches destinées au patient qu'on mettrait dans la salle d'attente, parce qu'ils les lisent les affiches des salles d'attente. »</i>
-----	--

- des fiches à remettre au patient :

M12	<i>« Faire après des petits mémos... ou des petites fiches qu'on pourrait leur donner. [...] On pourrait y penser à faire des fiches à distribuer, des petits mémentos... c'est possible. »</i>
-----	---

Un des freins au dépistage selon les MG était que la connaissance du traitement du SAHOS empêche le dépistage. Certains MG proposaient d'insister et d'expliquer l'appareillage :

M5	<i>« Mais voilà c'est... il y a aussi ça à vaincre un petit peu comme raison... Ils comprennent pas l'intérêt non plus de mettre ça quoi... Euh mais bon ça c'est à nous de leur expliquer. »</i>
M11	<i>« Après il faut que les patients soient motivés pour euh... Et puis après c'est le... aussi... enfin l'ascension de l'appareillage, je trouve qu'ils sont pas toujours très... ils sont pas toujours prêts à vouloir se faire appareiller. Il faut réussir à les convaincre qu'ils iront beaucoup mieux quoi. »</i>

Mais aussi par l'explication des complications du SAHOS au patient :

M5	<i>« C'est aussi un facteur de risque vasculaire. On a quand même des travaux qui montrent qu'ils font plus de problèmes cardiaques donc... euh... Ca c'est un argument qu'ils entendent et qu'ils ne savent pas. A chaque fois que j'en parle « oh je savais pas ». Et donc ça ça peut être motivant en disant « ça peut être bien, si vous dormez mieux, euh... votre cerveau est un peu mieux oxygéné, vous aurez moins de problème vasculaire », ça c'est des choses qu'ils peuvent... qu'ils peuvent entendre. »</i>
----	---

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode de recherche

A. Choix d'une étude qualitative

Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil est encore sous diagnostiqué en médecine générale. Plusieurs études ont été réalisées ces dernières années sur le SAHOS mais évaluant l'état des connaissances des médecins généralistes. Aucune d'entre elles ne s'attachaient à retrouver qu'elles pouvaient être les problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans ce dépistage. Pour permettre d'expliquer les raisons de ce sous diagnostic, l'analyse qualitative semblait la plus appropriée car elle permet de donner un aperçu des perceptions des MG, ainsi que d'étudier leurs différentes opinions sur ce sujet.

B. Choix des entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés permettaient de recueillir le point de vue et observations du MG sur le sujet. Les entretiens individuels, contrairement aux focus groups, permettaient de récolter l'opinion du participant, non influencée par d'autres.

C. Forces et limites de l'étude

1. Echantillonnage et recrutement des médecins

Le recrutement a été réalisé par appel téléphonique de manière aléatoire. Seuls les médecins répondant de manière positive, signifiant leur intérêt et du temps à accorder, étaient inclus dans l'étude. Cela a pu entraîner un biais de recrutement. Le recrutement a été réalisé jusqu'à saturation des données, avec recherche de variation maximale, permettant une bonne validité de l'étude.

2. Recueil des données

Les entretiens individuels ont permis le recueil des données, les focus groups étant techniquement plus compliqués. Les entretiens se sont déroulés pour la plupart au cabinet des médecins, hormis pour l'un d'entre eux effectué à domicile.

Le chercheur étant la personne réalisant les entretiens semi-directifs, il a pu induire un biais d'investigation de par sa connaissance du sujet, sa volonté de croiser les données et la possibilité de relancer la discussion. De plus, le chercheur ne possédait pas de formation particulière sur la réalisation des entretiens.

Cependant, les entretiens ont permis de sensibiliser les médecins au dépistage du SAHOS.

3. Analyse des données

La triangulation des données entre le chercheur et un autre a permis de limiter les biais d'interprétations.

II. Discussion des résultats

A. L'absence de plainte et le rôle du conjoint

La plupart des médecins interrogés estimaient que l'absence de plainte de la part des patients empêche leur dépistage.

En effet, le SAHOS est une pathologie insidieuse pouvant se développer progressivement sur plusieurs années. Ses symptômes, tels que le ronflement ou la somnolence diurne, peuvent être considérés comme faisant partie intégrante de la personnalité du patient et ainsi être normalisés. On estime en France que 80% des patients souffrant de SAHOS l'ignorent, considérant leurs manifestations comme normales (17).

La suspicion diagnostique du SAHOS est donc réalisée par le médecin généraliste si il existe une plainte de ronflements ou de somnolence diurne, si le patient est obèse ou s'il existe une complication telle que l'HTA difficile à contrôler (18).

La somnolence diurne peut aller du simple endormissement lors d'une activité passive à une somnolence extrême en parlant ou en mangeant. Les micro-éveils témoins d'épisodes d'apnées sont d'ailleurs rarement perçus par les patients.

Certaines personnes vivent avec leurs symptômes sans prendre conscience de l'impact sur leur vie quotidienne. Parfois ils ne les découvrent qu'après mise en place du traitement (19).

Autre point important souligné par les MG interrogés : l'absence de conjoint pouvait retarder le dépistage.

C'est en effet souvent de la plainte du conjoint que naît la suspicion diagnostique de SAHOS chez le médecin. Or en médecine générale, le patient vient souvent seul en consultation. La suspicion diagnostique de SAHOS peut donc être retardée par l'absence de conjoint, voire ignorée si le patient vit seul ou si son entourage souffre de troubles auditifs (5). Le SAHOS semble ainsi moins diagnostiqué chez les patients âgés (5). Il est également retrouvé un sous diagnostic du SAHOS chez la femme car selon les études, le conjoint masculin serait moins apte à rapporter les ronflements et les épisodes d'apnées (3).

B. Une méconnaissance des symptômes peu spécifiques et des profils de patients atypiques

Les symptômes typiques du SAHOS tels que le ronflement, les apnées, la somnolence diurne ou les céphalées étaient connus par les MG interrogés. Cependant, d'autres symptômes tels que les sueurs nocturnes, les troubles cognitifs ou de l'humeurs étaient rarement cités.

Ces résultats avaient déjà été retrouvés en 2002 dans l'étude de Billiard réalisée auprès de 579 praticiens : 1 ou 2 symptômes cardinaux du SAHOS étaient connus indépendamment mais la majorité des MG n'était capable de compléter le faisceau d'arguments en citant par exemple la nycturie, des troubles de mémoire et de concentration, des perturbations de la vie relationnelle, une pathologie cardiovasculaire associée (20). Les résultats de cette étude étaient confirmés par Pépin la même année (21), mais également en 2012 dans la thèse de Kronek (22).

Ce sont malheureusement ces symptômes peu spécifiques qui peuvent faire consulter les patients (23). Leurs signalements aux MG permettraient d'améliorer son dépistage. Au Québec, il aurait été retrouvé une durée de 8 ans entre le début des

symptômes et le diagnostic, et celle ci serait encore majorée avec davantage de sous diagnostic si les symptômes sont atypiques (19).

Dans notre étude, les médecins considéraient également qu'ils dépistent plus facilement le SAHOS devant la présentation classique d'un homme d'âge moyen, ronfleur, obèse et souvent hypertendu.

Mais cette association est absente chez 40% des sujets ayant un SAHOS (14) :

- Il est retrouvé que 20% des patients atteints de SAHOS seraient des femmes (17)
- Le SAHOS est plus fréquent et plus sévère chez le sujet âgé (12)
- Le ronflement présent chez plus de 95% des patients porteurs d'un SAHOS, est présent chez 50% des hommes et 25% des femmes de la population générale (6)
- Certains patients atteints de SAHOS présentent un indice de masse corporelle (IMC) normal, notamment les personnes âgées ou asiatiques (17)

Cela fait donc évoquer que ce stéréotype de patient limiterait le dépistage en étant non représentatif de la population générale et sous estimerait la prévalence du SAHOS dans certaines populations (17).

C. Des consultations chronophages

Pour les MG interrogés, les consultations de MG sont riches, variées et chronophages, ne facilitant pas le dépistage du SAHOS, d'autant plus si le patient présente de multiples pathologies nécessitant une surveillance régulière.

Selon une enquête de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalisée en 2002, la durée moyenne de consultation est de 16 minutes (24). Le temps accordé au dépistage est donc court et peut d'autant plus être diminué voir oublié pendant les périodes hivernales où le médecin peut être dépassé par des pathologies aiguës (24).

Il est à noter également que pour certains MG, il existerait d'autres dépistages déjà à réaliser.

D. Une sous estimation de l'importance du SAHOS

Si dans notre étude, la plupart des MG connaissaient les complications du SAHOS, ils sembleraient sous estimer leurs importances. Certains signaleraient qu'il n'y a pas d'urgence à le dépister et que ce dépistage peut être remis à plus tard.

Il est pourtant actuellement retrouvé que le SAHOS est responsable de nombreuses complications avec un fort taux de morbi-mortalité (25).

On peut citer en premier lieu les complications cardio-vasculaires avec notamment l'hypertension artérielle dont on retrouve une prévalence de l'ordre de 30 à 50% (26). Il existe également une prévalence de 30 à 40% de SAHOS chez les patients avec IDM et un risque augmenté de développer une nouvelle maladie cardiaque ischémique sans traitement (19). La prévalence du SAHOS est de 60% chez les patients ayant présenté un AVC ou un AIT (19).

A ce jour, il apparaît même que le SAHOS est un facteur de risque cardiovasculaire indépendant pour l'HTA et le diabète, voir pour l'athérome. Bordier propose même d'intégrer le SAHOS dans les facteurs de risque cardiovasculaires en prévention des événements cardiovasculaires (25).

Le SAHOS est également à l'origine de diabète, d'arythmie et de syndrome métabolique (19).

Il est également bien reconnu que le SAHOS entraîne une atteinte cognitive partiellement réversible et que 40 à 50% des patients avec un syndrome dépressif feraient un SAHOS (19).

Une autre complication importante est le risque d'accident de travail ou de circulation, due à la une somnolence diurne excessive. Il est d'ailleurs démontré que le risque d'accident de la voie publique est multiplié par 3 à 7 chez les patients avec un SAHOS (26)(27).

Il apparaît donc nécessaire de sensibiliser davantage les médecins généralistes aux complications du SAHOS pour permettre un meilleur dépistage.

E. Un dépistage systématique en présence de facteurs de risque cardiovasculaire ?

Il était dans notre étude posé la question de savoir si les médecins généralistes réalisaient un dépistage systématique du SAHOS devant des facteurs de risque cardiovasculaire. La plupart des MG interrogés ne le réalisaient pas systématiquement, mais seulement en cas de plainte.

Les facteurs de risque cardiovasculaire sont composés de l'âge, du sexe, du tabac, de l'HTA, de la dyslipidémie, du diabète, du syndrome métabolique :

- une déclaration de consensus sur le syndrome d'apnées du sommeil et le diabète a été publié en juin 2008 par la Fédération Internationale du Diabète (FID) : elle préconise un dépistage du SAHOS chez les diabétiques présentant des symptômes classiques et chez les patients conjuguant diabète et hypertension réfractaire (36)
- le SAHOS doit être systématiquement recherché chez les hommes ayant un syndrome métabolique et une HTA contrôlée ou non, même en l'absence de signe de somnolence diurne (37)
- les sociétés savantes recommandent également que devant une HTA mal contrôlée par une trithérapie antihypertensive ou traitée par une quadrithérapie antihypertensive, la recherche d'un SAHOS doit être entrepris en premier (25)
- au Québec, il est recommandé de rechercher systématiquement un SAHOS par questionnaire et examen clinique chez les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire, une insuffisance cardiaque ou une fibrillation auriculaire (FA), ceux porteurs d'un stimulateur cardiaque (19)
- selon la thèse de RAMSTEIN Julien en 2015, il est mis en exergue l'importance de dépister au plus vite la présence ou non d'un SAHOS chez un patient ayant fait une dissection aortique (38).

Il apparaît donc important de rechercher par l'interrogatoire et l'examen clinique, des signes évocateurs de SAHOS, devant des facteurs de risque cardiovasculaire.

F. Des outils d'aide au dépistage qui passent à la trappe

L'échelle de somnolence d'Epworth est un auto-questionnaire évaluant le risque de somnoler dans huit situations. Un score supérieur à 10 met en évidence une hypersomnolence. Même si le questionnaire d'Epworth présente une sensibilité médiocre (28), la SPLF considère qu'il est un des meilleurs outils permettant d'évaluer la somnolence du patient et recommande son utilisation pour l'évaluation clinique initiale d'un patient suspect de SAHOS (1).

Le questionnaire de Berlin constitue en lui même un outil du dépistage du SAHOS en évaluant 3 points : les ronflements et les apnées, la somnolence diurne, l'HTA et l'obésité. Il est cependant mal adapté au dépistage du syndrome d'apnée du sommeil devant une sensibilité et une spécificité faible (29).

La plupart des MG interrogés ne connaissaient pas les outils d'aide au dépistage tels que l'échelle de somnolence d'Epworth ou le questionnaire de Berlin. Pour ceux les connaissant, ils n'étaient pas utilisés car regroupant des questions pouvant être posées spontanément sans besoin d'un questionnaire. Les trouvant inadaptés à leur pratique, ils soulevaient le fait que devoir utiliser un questionnaire pouvait perturber la dynamique de la consultation.

Tous ces questionnaires sont souvent décrits comme trop longs pour être facilement utilisables en médecine générale (14).

Cette idée était également évoquée dans la thèse de Delamotte qui avait retrouvé un taux de 89,9% de médecins interrogés ne l'utilisant pas soit par manque de connaissance ou car ils évaluaient la somnolence du patient par quelques rapides questions (30).

Il était pourtant retrouvé dans le Baromètre Santé des médecins généralistes de 2009 une utilisation des questionnaires préétablis d'aide au dépistage d'une pathologie, chez 62,3% des médecins interrogés, même si elle est occasionnelle (31).

Un autre argument cité était la complexité de ces questionnaires et le fait qu'ils étaient inadaptés à une population défavorisée.

Une des améliorations proposée par les médecins généralistes interrogés serait la création d'un nouveau questionnaire évoquant les facteurs de risque de SAHOS.

Ce type de questionnaire a été évalué en 2015 dans la thèse de Lecuyer et Leignier. Cet outil de dépistage appelé le « DHODS » (Diabète, Hypertension, Obésité, Dyslipidémie, Sommeil) est considéré comme positif si le patient présente au moins une comorbidité parmi le diabète, l'hypertension, l'obésité et la dyslipidémie, et 2 symptômes parmi le ronflement, la somnolence diurne et la mauvaise qualité de sommeil. Il était retrouvé une valeur prédictive positive satisfaisante par rapport aux autres outils de dépistage existants. Cet outil n'a cependant pas été évalué à plus grande échelle. (32)

Nous avons pu remarquer dans notre étude que plusieurs médecins avaient, à la fin de l'entretien, demandé à photocopier les questionnaires ou à les garder, montrant que l'information et l'actualisation des données sur le sujet peut permettre un changement de pratique.

G. Un retard au diagnostic

La polysomnographie est l'examen de référence actuel pour le diagnostic du SAHOS en permettant de spécifier son degré de sévérité selon l'IAH. La plupart des médecins interrogés estimaient qu'elle est l'apanage du pneumologue. Cependant pour ces MG, les délais d'obtention des rendez-vous chez ce dernier, considérés comme trop long pour eux, constituaient un frein au dépistage.

En 2009, à la demande de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), une étude relative au « recensement des structures de prise en charge des troubles du sommeil dans les établissements de santé » a été réalisée. Le délai moyen pour une première consultation était de 38 jours mais avec une grande variabilité selon les structures, cette étude ne spécifiant pas le délai dans notre région. Il a été retrouvé 26 établissements de prise en charge des troubles du sommeil dans la région Nord-Pas-De-Calais pour un taux de 0,64 structures pour 100 000 habitants. Il était bien retrouvé dans cette étude que ce sont les médecins généralistes libéraux qui constituaient la principale porte d'entrée des patients dans ces structures. (33)

La SPLF a défini un arbre de priorités des patients pour l'investigation et le traitement du SAHOS avec :

- priorité 1 : patients suspects de SAHOS avec hypersomnolence sévère (Epworth > 15) et activité professionnelle posant des problèmes de sécurité ou avec comorbidités
- priorité 2 : suspicion de SAHOS et hypersomnolence sévère
- priorité 3 : suspicion de SAHOS sans comorbidité, ni hypersomnolence, ni profession à risque
 - o *Comorbidités : insuffisance coronaire, HTA réfractaire, insuffisance respiratoire, HTA, insuffisance respiratoire hypercapnique, grossesse (1)*

La connaissance de ces niveaux de priorité par les médecins traitants pourrait éventuellement permettre une orientation plus adaptée des patients pour la polysomnographie et donc des délais plus rapides pour les patients à risque.

C'est le développement de la polygraphie ambulatoire que ce soit par les pneumologues mais aussi par des cardiologues, des ORL voire même par des médecins généralistes qui permettrait un dépistage plus rapide.

La polygraphie ambulatoire était vue par ces derniers comme plus simple et mieux acceptée par les patients.

Les avantages de la polygraphie ambulatoire sont :

- un environnement plus familial et flexible
- l'utilisation de moins de capteurs par rapport à la polysomnographie pouvant gêner le sommeil du patient
- une facilité pour les patients ayant des problèmes de transport
- un sommeil probablement moins entrecoupé
- une technique probablement moins complexe et donc une interprétation plus rapide et plus simple
- un coût inférieur à la polysomnographie (8)

Cependant, malgré une sensibilité retrouvée de 82 à 94% et une spécificité de 82 à 100% (7), la valeur de cet examen est limitée à un résultat positif (27). En cas de résultat négatif, on ne peut donc exclure complètement le diagnostic de SAHOS. Il est tout de même recommandé selon la SPLF l'utilisation de la polygraphie

ventilatoire en première intention en cas de suspicion diagnostique de SAHOS et en l'absence d'arguments pour un autre trouble du sommeil (1).

En 2010, selon les données issues du Système National d'Informations Interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM), il est retrouvé que 77,15% des actes de polygraphie ambulatoire étaient réalisées par des pneumologues, 12,6% par des ORL et seulement 2,53% par des médecins généralistes (8).

H. Freins liés au traitement

Dans notre étude, les médecins signifiaient que les patients pouvaient refuser le diagnostic du SAHOS par la polysomnographie en sachant que s'ils étaient diagnostiqués positifs, ils devraient être appareillés par la PPC.

En 2007, dans la littérature, il était retrouvé un taux initial de refus de la PPC entre 5 et 50%, d'autant plus si les patients présentaient peu d'événements respiratoires au cours du sommeil ou qu'ils soient peu somnolents (7) (14).

Même si la PPC est le traitement de première intention dans la SAHOS, d'autres traitements tels que l'orthèse d'avancée mandibulaire existent. Elle consiste à avancer la mandibule par le biais d'une prothèse. Son efficacité est bien démontrée mais restant moins efficace que la PPC. Même si elle n'est pas indiquée dans le traitement des SAHOS modérés à sévères, elle peut être si nécessaire proposée à des patients refusant la PPC et permettre ainsi un traitement de ces patients. (11)

Il apparaît également essentiel de développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) puisque comme dans toutes les maladies chroniques, c'est le patient qui est au centre de la prise en charge de sa maladie et de son traitement. Pour permettre cette prise en charge optimale, il semble ainsi nécessaire de développer la coopération entre le spécialiste du sommeil, le médecin généraliste et le prestataire de la PPC (34).

Pour cela, nous pouvons citer l'association « Passerelles Educatives » par exemple, qui a développé des outils éducatifs appelés « Ouvrir la voie » permettant une éducation thérapeutique du patient. Cet outil peut donc être une alternative lors

du refus d'un patient à se faire dépister, en permettant d'accroître leurs connaissances et de les informer sur leurs pathologies. (38)

Il est également à noter que la place du conjoint est indispensable dans la prise en charge du patient, étant les premiers à détecter les symptômes puis subissant l'intrusion du traitement dans leur sphère intime, visuelle et sonore (39).

I. Les connaissances des médecins généralistes

La plupart des MG interrogés ne se souvenaient pas avoir entendu parler du SAHOS durant leur formation initiale ou lors des formations continues.

L'enseignement de cette pathologie a été mis en place au début des années 90. Celui-ci est actuellement encore insuffisant, enseigné que quelques heures aux étudiants en médecine. Il n'existe d'ailleurs aucune formation prévue en DES de médecine générale, hormis lors du stage chez le praticien où elle peut être évoquée. (34). Dans le rapport sur le thème du sommeil de 2006, il était pourtant question d'instaurer un enseignement structuré comprenant par exemple des cours en premier cycle sur la physiologie du sommeil ainsi que la réalisation d'un module consacré aux pathologies du sommeil dès le deuxième cycle (34).

Pour ce qui est de la formation continue, celle-ci n'aborderait que rarement le sujet. Il est pourtant fréquemment avancé que 50% des connaissances acquises seraient obsolètes en 7 ans (40), soulignant l'importance de la poursuite de l'apprentissage et des remises à niveaux. Une des raisons pouvant expliquer la moins bonne diffusion des informations sur cette pathologie pourrait être l'absence de traitement médicamenteux au SAHOS (11).

Enfin, il est important de souligner l'importance de l'expérience dans le dépistage du SAHOS. En effet, plusieurs MG expliquaient une sensibilisation accrue au dépistage du SAHOS quand ils ont des patients apnéiques atypiques dans leur patientèle ou un proche touché par cette maladie.

Cette idée était déjà retrouvée dans l'étude de Pontier qui confirmait son rôle dans l'acquisition de certains réflexes diagnostiques (41).

CONCLUSION

Le SAHOS constitue un réel problème de santé publique de par sa fréquence dans la population générale et ses complications potentiellement graves voire mortelles. Cependant, celui-ci est encore largement sous-dépiaté en médecine générale. Or le médecin généraliste tient une place essentielle dans ce dépistage, en tant que premier intervenant : il semble donc important de repérer et de prendre en charge ces patients le plus rapidement possible.

Une des difficultés rencontrées par les médecins est l'absence de plainte de la part du patient, qui s'est habitué au fur et à mesure des années à ces symptômes. Il paraît indispensable que le SAHOS fasse l'objet de campagnes utilisant des supports médiatiques, affichés dans les salles d'attente des médecins.

Les consultations de médecine générale, considérées comme chronophages, font que le médecin ne peut pas s'attarder sur les symptômes d'appels. De plus, la méconnaissance des symptômes et des profils atypiques entraînent un retard au dépistage. Le médecin généraliste sous estime encore trop la gravité de cette pathologie. Sensibiliser le médecin traitant par le biais des formations continues semblerait être une solution.

S'appuyer sur les outils d'aide au dépistage existants pourrait permettre également de repérer plus facilement les patients à risque de SAHOS.

La question d'un dépistage systématique basé sur l'interrogatoire devant des facteurs de risque cardiovasculaire semble également importante à souligner aux médecins. Intégrer le SAHOS dans les logiciels médicaux pourrait améliorer ce dépistage systématique.

Développer la formation des médecins traitants à la polygraphie ambulatoire permettrait une prise en charge plus rapide des patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Escourrou P, Meslier N, Raffestin B, Clavel R, Gomes J, Hazouard E, et al. Quelle approche clinique et quelle procédure diagnostique pour le SAHOS? *Rev Mal Respir.* 2010;27:S115-23.
2. Redolfi S, Philippe C. La nosologie et la physiopathologie du syndrome d'apnées du sommeil. *AMC Prat.* Mai 2015;(238):40-2.
3. Côté G, Sériès F. L'apnée du sommeil [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.coeurpoumons.ca/fileadmin/documents/professionnels/outil/PDFs/L_apne__e_du_sommeil.2013.pdf
4. Abrishami A, Khajehdehi A, Chung F. A systematic review of screening questionnaires for obstructive sleep apnea - Une revue méthodique des questionnaires de dépistage de l'apnée obstructive du sommeil. *Can Anesthesiol Soc.* 2010;57:423-38.
5. Trzepizur W, Gagnadoux F. Épidémiologie du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil. *Rev Mal Respir.* juin 2014;31(6):568-77.
6. Meurice J-C. Démarche diagnostique et thérapeutique devant une suspicion de syndrome d'apnées obstructives du sommeil. *EMC - Traité Médecine AKOS.* janv 2006;1(3):1-9.
7. Gagnadoux F, Meurice J-C. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil. *Rev Mal Respir.* 2007;24:673-6.
8. Haute Autorité de Santé. Place et conditions de réalisation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire dans les troubles du sommeil - Rapport d'évaluation technologique. HAS; 2012 Mai.
9. Escourrou P, Sériès F, Orvoen-Frija E, Meurice J-C, Bironneau V, Roisman G. Diagnostic et traitement du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte. *EMC - Pneumol.* Avril 2015;12(2):1-7.
10. Haute Autorité de Santé. Comment prescrire les dispositifs médicaux de traitement du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil chez l'adulte. HAS; 2014 oct.
11. Pépin J-L, Levy P, Tamisier R. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil : diagnostic et modalités de traitement. *Médecine Mal Métaboliques.* mars 2006;2(2):92-9.

12. Vecchierini M-F. Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil: évolution d'un concept ancien. *EMC - Neurochir.* 2006;52(5):432-42.
13. Punjabi N. The Epidemiology of Adult Obstructive Sleep Apnea. *Proc Am Thorac Soc.* 2008;5:136-43.
14. Fuhrman C, Nguyen X-L, Fleury B, Boussac-Zarebska M, Druet C, Delmas M-C. Le syndrome d'apnées du sommeil en France: un syndrome fréquent et sous-diagnostiqué. *Institut de veille sanitaire; 2012 nov p. 510-4.*
15. Haute Autorité de Santé. Evaluation clinique et économique des dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS). Révision de catégories homogènes de dispositifs médicaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
16. Escourrou P, Roisman GL. Épidémiologie du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte et de ses complications. *Médecine Sommeil.* oct 2010;7(4):119-28.
17. Bodez D, Cohen A. Le syndrome d'apnée du sommeil en cardiologie: épidémiologie, risques et circonstances de découverte. *AMC Prat.* Mai 2015;(238):18-27.
18. Groupe Consensus. SAOS et médecine générale. Apnées du sommeil - Consensus et Pratique [Internet]. N°13 éd. oct 2012; Disponible sur: http://www.consensus-online.fr/IMG/pdf2/apnees13_ok.pdf
19. Collège des médecins du Québec. Apnée obstructive du sommeil et autres troubles respiratoires du sommeil [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2014-03-01-fr-apnee-sommeil-et-autres-troubles-respiratoires.pdf>
20. Billiard I, Ingrand P, Paquereau J, Neau J-P, Meurice J-C. Le syndrome d'apnées hypopnées du sommeil (SAHS): diagnostic et prise en charge en médecine générale. *Rev Mal Respir.* 2002;19:741-6.
21. Pépin J-L, Levy P. Syndrome d'apnées du sommeil (SAS): état des lieux des connaissances des médecins généralistes. *Rev Mal Respir.* 2002;19:685-8.
22. Kronek L. Evaluation des connaissances en 2012 sur le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et de sa prise en charge auprès de 679 médecins généralistes du Nord Pas-de-Calais. *Lille 2; 2013.*
23. Prescrire Rédaction. Syndrome d'apnées du sommeil: trop d'imprécisions dans le diagnostic et les indications de traitement. *Rev Prescrire.* Mai 2016;36(391):288.
24. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Avril 2006;Etudes et résultats(481).*
25. Bordier P. Complications cardiaques du syndrome d'apnée du sommeil. *AMC Prat.* Mai 2015;(238):9-17.

26. Foucher A. Conséquences cardiovasculaires des apnées du sommeil. EMC - Cardiol. mai 2007;3:463-73.
27. Réseau Morphée. Diagnostic devant une suspicion de syndrome des apnées du sommeil [Internet]. 2006. (Protocole de soins du Réseau Morphée). Disponible sur: http://www.fregif.org/docs/protocoles/protocole_de_soins_diagnostic_d_un_sas-532.pdf
28. Zimmet P, Alberti SG. Déclaration de la conférence de consensus de la FID sur l'apnée du sommeil et le diabète de type 2. 2008 Juin.
29. Hansel B, Cohen-Aubart F, Dourmap C, Giral P, Bruckert E, Girerd X. Prévalence et déterminants du syndrome d'apnées du sommeil chez des hommes ayant un syndrome métabolique et une hypertension artérielle contrôlée. Arch Mal Coeur Vaiss. Août 2016;100(8):637-41.
30. Ramstein J. Prévalence et influence pronostique du dépistage du syndrome d'apnée du sommeil obstructif après un syndrome aortique aigu [Thèse de médecine]. Lille 2; 2015.
31. Johns M. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep Med. Décembre 1991;14(6):540-5.
32. Ahmadi N, Chung SA, Gibbs A, Shapiro CM. The Berlin questionnaire for sleep apnea in a sleep clinic population: relationship to polysomnographic measurement of respiratory disturbance. Sleep Breath. févr 2008;12(1):39-45.
33. Delamotte C. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil: état des lieux de la pratique des médecins généralistes en Picardie [Internet] [Thèse de médecine]. université d'Amiens; Disponible sur: http://www.dumga.fr/_media/article-delamotte.pdf
34. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Inpes. 2011;266 pages.
35. Beguin Lecuyer J, Leignier J-F. Elaboration et évaluation pilote d'un nouvel outils du syndrome d'apnées obstructives du sommeil en médecine générale: outils DHODS (diabète, hypertension, obésité, dyslipidémie, sommeil). Médecine Hum Pathol. 2015;
36. Haute Autorité de Santé. Place et conditions de réalisation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire dans les troubles du sommeil - Annexes. HAS; 2012 mai.
37. Ministère de la Santé et des Solidarités. Rapport sur le thème du sommeil [Internet]. 2006 Décembre. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-5.pdf>
38. Association Passerelles Educatives. Passerelles éducatives - Développement de stratégies et d'outils éducatifs dans les maladies chroniques [Internet]. Disponible sur: <http://passerelles-edu.net/presentation.php>

39. Mouchaty E-N, Buxeraud J. Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil. *Actual Pharm.* mars 2015;(544):32-5.
40. CNFMCH. L'obligation de formation médicale continue (FMC). Historique, états des lieux et perspectives. [Internet]. 2005. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmcp.pdf
41. Pontier S, Matiuzzo M, Mouchague J-M, Garrigue E, Roussel H, Didier A. Prise en charge du syndrome d'apnées obstructives du sommeil en médecine générale en Midi-Pyrénées. *Rev Mal Respir.* 2007;24:289-97.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Je réalise donc ma thèse sur le dépistage du syndrome d'apnées obstructives du sommeil en médecine générale

Avec votre accord, je souhaiterais vous enregistrer, ce sera plus facile avec cette méthode d'exploiter mes entretiens. Cela restera bien sur anonyme.

Au cours de mes recherches, j'ai remarqué que celui-ci restait sous-diagnostiqué. L'objectif de mon travail est donc de rechercher et d'analyser les raisons de ce sous-diagnostic afin d'améliorer la prise en charge en soins primaires.

- Est-ce que vous pensez que le SAHOS est un sujet important ? Si oui : en quoi est-il important selon vous ?
- Pensez-vous le dépister facilement ?
- Quels sont les signes cliniques qui vous font penser au SAHOS ?
- Est-ce que pour vous, seul des patients comme ça (typique) peuvent être atteints d'un SAOS ?
- Avez-vous fait le dépistage du SAHOS après des complications ? Lesquelles ?
- Faites vous un dépistage systématique du SAHOS devant des facteurs de risque cardiovasculaire ?
- Une fois la suspicion clinique, que faites vous ? Est-ce que c'est facile pour vous d'adresser votre patient à un spécialiste ? Le retard est-il préjudiciable au patient ?
- Certains de vos patients ont-ils été dépistés par un confrère ? Est-ce que vous seriez intéressé pour faire le diagnostic vous-même ?
- Vous suspectez un SAHOS, la confirmation diagnostique est systématique ?
- Est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?
 - Si oui : Comment le connaissez vous ? Qu'est-ce que vous en pensez ? Vous les utilisez ? Pourquoi vous ne l'utilisez pas ?
 - Si non : Qu'est-ce que vous en pensez ? Vous l'utiliseriez ?
- Comment avez vous été sensibilisé au SAHOS ? Faites vous parti d'une FMC ? A-t-on déjà parlé du SAHOS lors de vos FMC ?
- Qu'est-ce qui selon vous pourrait améliorer le dépistage du SAHOS en médecine générale ?
- Pensez-vous que le SAHOS touche beaucoup de vos patients ? Pourquoi selon vous existe-t-il un sous-diagnostic ?
- Informations générales : âge / lieu d'exercice / mode d'exercice / années d'exercice / ville d'étude

Annexe 2 : Echelle de Somnolence d'Epworth

Échelle de Somnolence d'Epworth

Johns MW (Sleep 1991; 14:540-5) «A new method for measuring day time sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale.Sleep».

La somnolence est la propension plus ou moins irrésistible à s'endormir si l'on est pas stimulé.

(Nb. Ce sentiment est très distinct de la sensation de fatigue qui parfois oblige à se reposer).

Le questionnaire suivant, qui sert à évaluer la somnolence subjective, est corrélé avec les résultats objectifs recueillis par les enregistrements du sommeil.

Prénom :	Nom :	Date de naissance:.....
Date du test :	Ronflement? oui Non.....	

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes :

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

- notez **0** : si **c'est exclu**. «Il ne m'arrive jamais de somnoler: **aucune** chance,
 notez **1** : si **ce n'est pas impossible**. «Il y a un petit risque»: **faible** chance,
 notez **2** : si **c'est probable**. «Il pourrait m'arriver de somnoler»: chance **moyenne**,
 notez **3** : si **c'est systématique**. «Je somnolerais à chaque fois» :**forte** chance.
- Pendant que vous êtes occupé à lire un document 0 1 2 3
 - Devant la télévision ou au cinéma 0 1 2 3
 - Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...). 0 1 2 3
 - Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...) 0 1 2 3
 - Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent 0 1 2 3
 - En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche..... 0 1 2 3
 - Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool 0 1 2 3
 - Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage 0 1 2 3

Total (de 0 à 24) :

- **En dessous de 8: vous n'avez pas de dette de sommeil.**
- **De 9 à 14: vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes.**
- **Si le total est supérieur à 15: vous présentez des signes de somnolence diurne excessive. Consultez votre médecin pour déterminer si vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changer vos habitudes.**

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre niveau général de somnolence, il n'établit pas un diagnostic. Apportez le à votre médecin pour discuter avec lui des causes et des conséquences de ce handicap dans votre vie.

<http://www.sommeil-mg.net>

(copyleft sous réserve de mentionner la source)

Annexe 3 : Questionnaire de Berlin

Risquez-vous de faire des apnées du sommeil ?

Ce risque augmente avec l'âge et si vous êtes un homme

Répondez au Questionnaire de Berlin : évaluation du sommeil

Complétez votre taille _____ votre poids _____ votre âge _____ votre sexe _____

Catégorie 1

1. Est-ce que vous ronfliez ?
- oui
- non
- je ne sais pas

Si vous ronfliez ?

2. Votre ronflement est-il ?
- Légèrement plus bruyant que votre respiration
- aussi bruyant que votre voix lorsque vous parlez
- plus bruyant que votre voix lorsque vous parlez
- très bruyant, on vous entend dans les chambres voisines

3. Combien de fois ronfliez vous ?
- Presque toutes les nuits
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- jamais ou presque aucune nuit

4. Votre ronflement a-t-il déjà dérangé quelqu'un d'autre ?
- oui
- non

5. A-t-on déjà remarqué que vous cessiez de respirer durant votre sommeil ?
- Presque toutes les nuits
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- jamais ou presque aucune nuit

Catégorie 2

6. Combien de fois vous arrive-t-il de vous sentir fatigué ou las après votre nuit de sommeil ?
- Presque tous les matins
- 3 à 4 matins par semaine
- 1 à 2 matins par semaine
- 1 à 2 matins par mois
- jamais ou presque jamais

7. Vous sentez-vous fatigué, las ou peu en forme durant votre période d'éveil ?
- Presque toutes les jours
- 3 à 4 jours par semaine
- 1 à 2 jours par semaine
- 1 à 2 jours par mois
- jamais ou presque jamais

8. Vous est-il arrivé de vous assoupir ou de vous endormir au volant de votre véhicule ?
- oui
- non

Si oui, à quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?

- Presque tous les jours
- 3 à 4 jours par semaine
- 1 à 2 jours par semaine
- 1 à 2 jours par mois
- jamais ou presque jamais

Catégorie 3

9. Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?
- oui
- non
- je ne sais pas

INDICE IMC = (voir tableau)

Evaluation des Questions :

n'importe quelle réponse à l'intérieur d'un cadre est une réponse positive

Evaluation des Catégories :

La catégorie 1 est positive avec au moins 2 réponses positives aux question 1 à 5

La catégorie 2 est positive avec au moins 2 réponses positives aux question 6 à 8

La catégorie 3 est positive avec au moins 1 réponse positive et/ou un IMC > 30

Résultat final

Au moins 2 catégories positives indiquent une forte probabilité d'apnée du sommeil

Annexe 4 : Verbatims de 12 entretiens

ENTRETIEN 1 :

Je réalise donc une thèse au sujet du dépistage du syndrome d'apnées du sommeil. Au cours de mes recherches, j'ai pu remarquer que celui-ci était sous diagnostiqué, l'objectif de mon travail est donc de rechercher et d'analyser les raisons de ce sous-diagnostic.

Moi je parlerais plutôt d'un surdiagnostic. Parfois, ça me trouve même... Désormais c'est tellement à la mode que ça devient un petit peu sur... sur... surévalué. Enfin, c'est surtout le retour effectivement des pneumologues, enfin après les tests, qui eux le font parce qu'ils ont des doutes aussi quand on envoie des gens, mais aussi parce que, euh, parce qu'on l'a demandé tout simplement et donc qu'ils se sentent un peu obligés, mais il y a parfois pas mal de... on va dire, un bon pourcentage de... de... de retours qui disent effectivement qu'il n'y a pas d'apnée du sommeil franc tout au moins... ou a appareiller.

OK. Et vous votre expérience personnelle sur le SAHOS ?

C'est à dire que maintenant comme c'est bien connu dans différents symptômes, dans différentes pathologies, on a tendance à adresser assez facilement pour faire le diagnostic, pour éliminer effectivement déjà cette chose. On y met tout dans les apnées du sommeil maintenant, c'est comme dans la fibromyalgie, on met plein de... plein d'origines, plein de causes et compagnie, donc on fait les tests, voilà.

D'accord. Et qu'est-ce qui vous fait penser au syndrome d'apnées du sommeil chez un patient ?

Oui il y a des choses qui sont bien évidentes : celui qui se réveille en pleine nuit effectivement avec des maux de tête, qui se réveille souvent en pleine nuit éventuellement avec ou sans maux de tête, qui s'endort dans la matinée, euh... qui ronfle en plus, bon, en plus il est obèse... enfin vraiment, il rentre vraiment dans la catégorie quoi. Mais bon l'hypertension peut être parfois un peu, ça dépend...

D'accord. Et, est-ce que vous vous sentez sensibilisé plus actuellement ?

Ca fait partie maintenant d'un bilan presque systématique des syndromes métaboliques, de tout, tout ce qui est pathologie avec, euh, des facteurs de risque cardiovasculaire ou autre, ça fait partie maintenant du bilan quasiment standard presque.

Donc une fois la suspicion clinique, vous envoyez...

Chez le pneumologue oui.

Et vous n'avez pas de gêne pour l'envoyer là bas ?

Non, on l'explique au patient. La seule gêne c'est le délai d'attente parce que effectivement il faut du temps pour avoir la consultation déjà. Donc... ils repartent chez eux le jour même en général avec un petit appareil pour, euh, le dépistage chez eux, et ensuite une deuxième analyse et éventuellement une hospitalisation par la suite, mais le tout pour aller jusque l'hospitalisation, on a quasiment un délai de 4 à 5 mois.

Hum...

Donc du délai de consultation, du premier dépistage, de la lecture effectivement du dépistage demandé par le... le pneumologue et ensuite l'hospitalisation du patient, on est souvent à 4-5 mois

OK. Est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

(Réfléchit.) Non, vous voulez parler de quoi ?

Je vous laisse me dire...

Euh, à part la clinique, (réfléchit)..., non.

Parce qu'il existe des questionnaires standardisés... comme le questionnaire d'Epworth.

(Regarde le questionnaire.)

En fait c'est un questionnaire qui évalue la somnolence chez le patient suspecté de syndrome d'apnée du sommeil. Il se découpe en quelques questions, que l'on note de 0 à 3 selon les réponses. En fonction du résultat total, il y a un fort risque ou non de

somnolence.

En fait, vous... vous... ça vous permet uniquement de quantifier exactement l'interrogatoire qu'on fait quoi... Parce que ça fait partie effectivement... d'ailleurs on parle finalement que de la somnolence, de... de la journée. On ne parle de rien d'autre : des maux de tête, trouble du sommeil effectivement... non, réveils nocturnes, on ne parle de rien non, alors que ça fait partie aussi du lot. Oui bon ça, ça quantifie effectivement la somnolence.

Et est-ce que vous penseriez l'utiliser si jamais vous avez un patient devant vous avec des signes évocateurs de SAHOS ?

Oui, c'est pas, c'est pas, c'est pas impératif, c'est facile mais en général, point de vue dialogue avec le patient, j'ai toujours une petite appréhension d'avoir mon petit stylo en même temps que je lui pose des questions et puis de commencer à cocher (prend son stylo et fais signe de cocher sur la feuille), je trouve que ça... ça rompt un peu la... qu'on le fasse un petit peu après peut être, de l'écrire après, mais pendant l'interrogatoire, je trouve que poser les questions et à chaque fois cocher c'est... j'aime pas trop cette... ce feeling en fait.

Et qu'est-ce qui pour vous pourrait améliorer le dépistage, même si vous pensez que ça va mieux au niveau du diagnostic ?

Bien mis à part effectivement l'enregistrement du sommeil, je vois pas trop d'autres... d'autres... je pense qu'on reste dans la clinique : le doute ou la quasi certitude avec le cas clinique et puis ensuite dépistage, officialisation par l'examen quoi. Je le vois comme ça, je suis peut être un peu trop vieux...

Et le surdiagnostic du SAHOS ?

Maintenant ça l'est. Ça a été sous diagnostiqué pendant de nombreuses années. Maintenant comme c'est... c'est... même dans pas mal de choses... j'ai des... Dans la fibromyalgie, on le fait quasiment systématiquement maintenant, aussi. Je sais pas si dans vos études si vous avez vu la fibromyalgie ou autre...

Peu vu...

De toute manière il y a pas grand chose à dire. Polypathologie, polydouleurs musculotendineuses diffuses, principalement chez les femmes. Et euh... on le fait maintenant quasiment systématiquement parce que dette de sommeil éventuelle qui aurait pu aggraver effectivement ce genre de pathologie, puisqu'on a pas de causes particulières pour la fibromyalgie. Donc là aussi on commence à étendre aussi un petit peu... donc ça fait partie du diagnostic aussi. Donc les indications effectivement d'enregistrement du sommeil s'élargissent de plus en plus, donc parfois c'est un peu surévalué. A la rigueur, vaut mieux le faire sans syndrome d'apnée du sommeil que non.

Donc il y a une plainte des patients ?

La fatigue. Ils viennent souvent pour de la fatigue, j'ai remarqué. Après on creuse un peu, est-ce qu'ils dorment bien ? est-ce qu'ils sont réveillés en pleine nuit ? est-ce qu'ils dorment dans la journée ? c'est un petit peu tout ça effectivement. Même si c'est pas coché, même si il y a pas de score... euh... après on dit bon (touche son nez), je crois qu'on va vous adresser pour réaliser un examen et c'est tout...

Avez-vous fait des formations sur le SAHOS ?

Non. Je suis dans une FMC mais je pense pas, ça ne me dit rien qu'on ait fait un travail sur le syndrome d'apnée du sommeil. Mais on essaye de se tenir au courant.

ENTRETIEN 2 :

Je réalise donc une thèse au sujet du dépistage du syndrome d'apnée du sommeil. Au cours de mes recherches, j'ai pu remarquer que celui-ci était sous diagnostiqué, l'objectif de mon travail est donc de rechercher et d'analyser les raisons de ce sous-diagnostic.

Alors quelle est votre expérience sur le SAHOS ?

Bah souvent on les repère parce que les gens se plaignent de fatigue, euh...notamment matinale, ou alors on les interroge un peu là-dessus, enfin souvent ils se plaignent de fatigue. Ou alors c'est le conjoint, le conjoint qui a repéré, lui repère surtout les ronflements et quand on a entendu parler de ronflement, alors on l'interroge si il y a pas avant le ronflement des périodes d'apnées. Après on demande si il y a, si il y a une fatigue matinale, si il y a des... des céphalées, des choses comme ça et dans ce cas là, on oriente vers le... le pneumologue. Ou alors maintenant on a ici dans le secteur, on a un généraliste qui s'est équipé d'un... je sais pas trop comment, d'une poly... d'une polygraphie là..., donc maintenant on va pouvoir les faire plus facilement parce qu'il faut aussi trouver des pneumologues qui... enfin il y a des délais d'attente quoi en fait.

D'accord.

Voilà, mais bon, mais bon c'était pas vraiment la question. La question c'était comment les dépister non ?

Bah c'est un peu tout ce qui vous vient. La c'était une question un peu plus générale sur le syndrome d'apnées du sommeil.

D'accord.

Alors comment vous avez été sensibilisé au syndrome d'apnées du sommeil ?

Bah par exemple, j'ai repéré que des, des hypertensions qui étaient difficiles à maîtriser, souvent derrière il y a, enfin il peut y avoir une apnée du sommeil donc bon... c'est une... un des modes de sensibilisation et puis après... Non après moi je... c'est... Que vous dire ?

Non c'est très bien. Alors vous me parlez un peu avant de l'interrogatoire du conjoint...

Non, enfin, le conjoint. Oui en fait on interroge le conjoint dans ces cas là. Oui souvent le conjoint se plaint du ronflement de son... de son conjoint et... mais donc on est un petit peu alerté du coup et on... on pose des questions pour voir si c'est pas plutôt des... apnées... enfin pour voir si il existe pas des apnées quoi. Donc on interroge le conjoint, à la fois le conjoint pour voir si il a repéré des périodes d'apnées et puis on interroge aussi le patient pour voir si il y a aussi une fatigue, des endormissements, euh..., enfin facile, diurne, après le repas ou en voiture, des choses comme ça. Moi j'ai des patients qui se sont retrouvés dans les champs quand même. Sans gravité mais enfin ça fait drôle quand même quoi. Voilà.

D'accord. Et à part par une remarque du conjoint, il y a d'autres manières où vous le dépistez, si il y a un profil type de patient...

Bah éventuellement si c'est un... enfin quelqu'un qui est plutôt pléthorique, euh... il y a plus de risques. Après quelqu'un qui se plaint de céphalées, et surtout de céphalées matinales, euh il faut voir ce qu'il se passe aussi, enfin... une hypertension qu'on maîtrise mal, euh il y a des choses comme ça. Une fatigue, ouais une fatigue. Voilà.

D'accord. Et donc euh, une fois la suspicion clinique qu'est-ce que vous faites à ce moment là...

Bah il y a l'interrogatoire, enfin on peut poser les questions... et puis bah il faut quand même le prouver donc à l'enregistrement, soit à domicile soit à l'hôpital, on passe une nuit à l'hôpital.

D'accord. Et c'est déjà en route pour votre collègue généraliste ?

Le collègue, là, ... bah il s'est formé récemment. Là pour l'instant il a un appareil en location. Bah disons qu'il a mis plusieurs boîtes... sur le coup pour à mon avis trouver la manière (rigole), la... la solution la moins onéreuse. Donc pour l'instant, oui il démarre mais c'est juste, ça débute juste donc ... j'ai pas d'expériences avec lui pour l'instant parce que voilà...

D'accord. Donc vous, actuellement, vous les envoyez...

Au pneumologue. Pour l'instant c'est encore au pneumologue ouais.

Et vous n'avez pas de gêne à l'envoyer chez le pneumologue ?

Non... non... (Réfléchit). Par rapport au patient ? qui serait réticent ou...

...

Non, non. Ca se passe toujours bien, j'ai jamais eu de... Non ça se passe bien... le seul problème c'est un peu les délais qui sont quelque fois un petit peu longs... mais bon c'est pas non plus... c'est pas une vraie urgence non plus. Enfin... il vaut mieux s'en occuper rapidement mais c'est enfin pas une urgence vitale quand même. Sauf s'il se plante en voiture...

En effet. Est-ce que votre sensibilisation au syndrome d'apnées du sommeil viendrait des complications du SAHOS ?

Bah oui parce que... bah déjà potentiellement c'est quand même dangereux. Comme je vous dis les gens vont travailler en voiture, surtout à la campagne, donc il faut pas qu'ils s'endorment au volant, donc ca... quand on suspecte un... un syndrome d'apnées du sommeil, on a quand même ça en tête. Et puis après il y a quand même des pathologies comme l'hypertension qui est pas toujours bien maîtrisée quand ce syndrome existe. Voilà donc c'est deux... deux facteurs. Alors après oui il y a aussi les obèses ou les pléthoriques qui en font plus facilement. Je pense que c'est pas le syndrome qui fait... qui génère l'obésité, mais plutôt l'obésité qui génère, enfin qui est responsable du syndrome, mais après tout j'en sais rien... en tout cas les deux coexistent.

Et à ce moment là quand vous avez un patient obèse ou avec des facteurs de risque cardiovasculaire, est-ce que vous y pensez systématiquement ?

Ah oui oui je pose la question... oui oui.

Quelles questions ?

Bah si il... le le... bah d'abord si son conjoint se plaint pas par exemple et puis euh... c'est la fatigue matinale... le type qui se lève aussi crevé que lorsqu'il s'est couché, c'est pas normal quand même. Les céphalées matinales des choses comme ça. L'endormissement facile après le repas... ou dans les situations... un peu monotones : la conduite automobile ou et... des choses comme ça.

D'accord. Est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

Des outils non... mais vous allez m'aider... (rigole)

Oui... alors il existe des questionnaires standardisés...

Ah oui oui...

Vous en connaissez ?

Bah oui il y a ... il y a l'échelle pour faire la part entre les dépressifs et les ... les apnées du sommeil mais je sais plus comment ça s'appelle, euh je sais pas dites moi... c'est un drôle de nom...

Alors j'en ai deux surtout. Il y a l'échelle de somnolence d'Epworth...

Oui c'est ça oui... (regarde le questionnaire)

Vous l'utilisez ?

Euh je l'utilise, non je l'utilise pas en tant qu'échelle pour... je fais pas une cotation, je pose les questions qui vont bien et puis... j'ai pas besoin de coter en fait... enfin je trouve pas utile de... de coter. Non je le fais un peu de manière, euh c'est comme monsieur Jourdain, je fais de la prose sans le savoir... non, non je cote pas mais... mais bon c'est les questions qui reviennent, c'est ce que je vous ai dit, assis et inactif, euh... ouais c'est les trucs comme ça.

Et est-ce que si vous l'aviez à disposition, vous l'utiliseriez ?

Bah oui ce que je devrais faire, c'est le ... le mettre sous forme informatique et puis le sortir lors d'une consultation... mais je l'ai pas fait (rigole).

Après il y a le questionnaire de Berlin...

(Regarde le questionnaire). Celui-là je le connais pas... ce nom là me dit rien. Et ça consiste en quoi ?

C'est un peu le même genre de questionnaire que l'Epworth mais le questionnaire d'Epworth mesure une somnolence excessive et Berlin des risques d'avoir un syndrome d'apnées du sommeil...

D'accord, ok. Bah celui là je le connaissais pas... (rigole). Mais bon ça se recoupe un peu

quand même... de toute façon l'intérêt c'est de... c'est d'être alarmé sur un possible syndrome d'apnées du sommeil et après de le confirmer... et puis de le traiter après quoi...

Vous avez beaucoup de patients atteints de syndrome d'apnées du sommeil ?

Beaucoup non... mais j'en ai quand même. Bah quand on les recherche, on en trouve en fait...

D'accord. Est-ce toujours vous qui avez fait le diagnostic ?

Oui en fait... le diagnostic c'est la confirmation... c'est le pneumologue. Pour le dépistage c'est moi... ou alors c'est le conjoint qui m'amène sans... Voilà, mais bon on l'a fait ensemble.

Et des patients ont déjà été dépistés par un confrère... comme un cardiologue ou une sortie d'hospitalisation ?

Oui le cardiologue qui par exemple dit c'est bizarre il y a un gros traitement pour la tension et ça marche pas... oui le cardiologue peut pousser à faire... à demander une consultation... chez le pneumo. Euh après une sortie d'hospitalisation... jamais. Non après le cardiologue éventuellement.

Ok. Alors qu'est-ce qui pour vous pourrait améliorer le syndrome d'apnées du sommeil ?

Bah il faut poser des questions... pour dépister il faut poser des questions donc... et puis ça va vite en fait. Bon évidemment quelqu'un qui vient pour une angine on va pas l'interroger... parce que sinon on peut faire... vous allez venir avec votre formulaire... on va l'interroger sur sa prostate, enfin il y a des limites. Mais enfin dès qu'il y a une accroche, et puis on les interroge... Voilà.

Ok. Vous avez des formations particulières sur le SAHOS ?

Non... non...

Vous faites partie d'une FMC ?

Non... non...

Et vous avez été sensibilisé donc par...

Bah par les lectures, par les... ouais, l'autoformation. Non mais c'est quand même relativement important... donc ouais ouais voilà...

Pourquoi selon vous existe-t-il un sous diagnostic encore du SAHOS ?

Bah je pense que si on... la première chose qui a du me titiller, c'est le... le risque d'accident quand même automobile. J'ai notamment une dame qui s'est réveillée dans les champs. Bon elle a traversé la route, elle a rencontré aucune voiture sur son passage. Elle est passée entre deux arbres donc ça s'est bien passé (rigole) et puis elle s'est retrouvée gentiment au milieu des blés. Bon mais à partir de là on commence à dire... (rigole) si je m'en étais rendu compte avant, ce serait peut être pas arrivé. Donc c'est ça qui m'a un peu intéressé. Donc je pose assez facilement les questions et quand on pose les questions, on en trouve effectivement. Donc c'est sûrement vrai que c'est sous diagnostiqué mais c'est un peu vrai pour toutes les pathologies, on pose pas toutes les questions... On a pas le temps non plus... euh mais bon là... en fait il faut être en alerte quand il y a des... faut interroger un petit peu plus. Voilà...

Et donc des choses qui vous alertent ?

Euh bon... c'est l'hypertension qui va mal... le... le type qui vient... sa plainte c'est une fatigue, bah il faut déjà voir si c'est une fatigue... si c'est pas quelqu'un qui travaille trop ou... si c'est une fatigue que je dirais anormale... euh... bah faut voir si ça correspond pas. Enfin ça peut être autre chose mais si ça correspond pas à ça. Voilà des trucs comme ça....

Et vous pensez qu'on passe à côté de patients qui n'ont pas le profil typique, qui ne sont pas fatigués...

Bah euh il y a des gens qui ne se plaignent pas... qui ne se plaignent pas facilement. Ils sont fatigués mais ils ont une explication qui n'est pas forcément la bonne. Ils disent qu'ils sont fatigués parce qu'ils travaillent trop et ils en parlent pas donc... c'est vrai que ceux là... je vais pas forcément poser la question, donc je vais passer à côté. On peut pas poser toutes les questions à tout le monde. Mais bon il y a un jour qu'il y a quelque chose qui alerte... voilà.

ENTRETIEN 3 :

Je réalise donc une thèse au sujet du dépistage du syndrome d'apnées du sommeil. Au cours de mes recherches, j'ai pu remarquer que celui-ci était sous diagnostiqué. Donc je voulais savoir un petit peu votre expérience sur...

Bah euh euh... si je suis d'accord avec vous. En fait jusqu'à récemment, on avait tous en tête le profil patient en surpoids, bon vivant et effectivement, avec des patients qui étaient pas bien dont une de mes patientes, ça m'a marqué, l'ancien médecin et puis même elle pensait et tout le monde lui disait « t'es dépressive, c'est pour ça que t'es tout le temps fatiguée » et compagnie, et vraiment pas le profil: vie saine, mince, une belle femme et tout... et en fait on a trouvé un syndrome d'apnées du sommeil. Et un monsieur également: douleurs thoraciques, j'en ai deux dans mes patients, des hommes de 40 ans: douleur thoracique et finalement rien du tout au poumon mais syndrome d'apnées du sommeil et ça va mieux. Donc je pense qu'on a pas fini de... d'explorer tout ça...

Et qu'est-ce qui vous a fait penser chez cette patiente par exemple....

La patiente en question, c'est pas moi qui y ai pensé (rigole). C'est la pneumo et puis bah du coup en voyant ce profil là, maintenant j'ai tendance à dire pour tout le monde qui me parle de somnolence dans la journée, de sommeils perturbés et compagnie, bah très vite...

Et quels sont les autres signes cliniques qui vous orientent vers le syndrome d'apnées du sommeil ?

Alors bah alors tout dépend. Il y a toutes ces histoires de somnolence au volant, devant la télé etc. Des maux de têtes au réveil... Tout ce qui est bah déjà troubles du sommeil aussi, quand l'épouse constate qu'il y a des ronflements, des pauses respiratoires et puis après beaucoup... bah les douleurs thoraciques, je commence à y penser aussi. Voilà en gros..., et puis après selon les profils des patients également, quand il y en a qui collectionnent... Dyspnée aussi au moindre effort dans la journée. Enfin pour beaucoup de symptômes.

Alors vous les envoyez où à ce moment là ?

Ou au [centre hospitalier du secteur] en polysomnographie pneumo ou alors avec le [pneumologue du secteur].

C'est un médecin qui fait... ?

Voilà une pneumo qui est assez branchée aussi SAHOS. D'ailleurs elle va faire un, c'est la mode en ce moment en fait (fouille dans ses affaires et sort un papier) les SAHOS. J'ai vu qu'elle allait faire une soirée et j'ai même pas répondu mais là ces jours ci pour ça.

Et vous ça vous aide que des médecins soient équipés du matériel...

Bah oui oui. Avant j'étais dans la Somme et c'était très très long les délais pour obtenir une polysomnographie, c'était l'horreur: c'était au bout de 6 mois, euh... Qu'ici c'est rapide.

Est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

Euh... au niveau de la médecine générale?

Oui

Euh non pas spécialement.

Alors j'en ai ramené: il y a l'échelle de somnolence d'Epworth: vous le connaissez?

Oui oui...

Vous l'utilisez ?

Euh bah moi pas personnellement non comme beaucoup de médecins généralistes je pense. Ca va plutôt être un interrogatoire et on fait un peu dans sa tête le compte mais après très vite je vois le [pneumologue du secteur]. Elle envoie le questionnaire au patient et puis hier j'en ai rempli un avec un patient.

D'accord. donc plutôt dans le suivi...

Oui je crois que c'est la grande différence. Enfin, il y a quelques généralistes qui font ce qui est échelle, même pour l'arrêt du tabac, pour plein de choses mais je pense que c'est vrai que la plupart des généralistes on est beaucoup moins échelles que ce qu'on apprend quand on est en hospitalier, au quotidien.

Et donc comment vous avez été sensibilisé au syndrome d'apnées du sommeil?

Des expériences sur les patients... et vraiment ça compte beaucoup.

Et donc vos patients ont souvent été dépistés par un confrère...

Oui bah surtout sur ces profils atypiques où on s'y attend pas quoi, ça a été... Voilà quelques expériences point de départ et puis après comme j'ai envie de dire...

Et est-ce que, au delà du profil atypique, dans le profil typique: vous faites un dépistage un peu systématique si ils ont des facteurs de risque cardiovasculaire...

Bah oui oui. De toute façon, bah encore une fois en médecine générale, il y a une grosse demande des patients et un sentiment de mal être enfin pour ceux où ça dure, où c'est jamais bien: je pense qu'il faut pas hésiter... Et souvent bah les patients diabétiques, en surpoids et tout, bah ils vont jamais bien. Ils sont tout le temps pas bien donc... on se met à parler de ça.

Et qu'est-ce qui selon vous pourrait améliorer le dépistage?

Bah peut-être mieux nous former. Enfin je pense que même à l'échelle des spécialistes, on pensait pas à tout ça il y a 20 ans donc, euh..., déjà moi dans mes études, même si j'ai pas 60 ans, bah on était pas formé à dépister tout le monde donc je pense que ça compte beaucoup la formation à la base et puis l'accès oui au... au test, au pneumologue.

Vous c'est donc plus dans vos études que vous avez connu le SAHOS?

Oui on commençait à en parler.

Sinon vous faites partie d'une FMC qui en parle?

Bah oui enfin c'est des EPU avec les autres médecins du secteur, tous les mois puis donc régulièrement on fait des FMC etc. mais pour l'instant c'est vrai qu'on a pas trop parlé du syndrome d'apnées du sommeil. J'ai cette formation où ça me disait bien d'aller... (rigole) manger au [restaurant du secteur] en parlant du syndrome d'apnées du sommeil.

Et vous avez beaucoup de patients qui sont atteints du syndrome d'apnées du sommeil?

Bah comme je viens de m'installer j'a beaucoup de familles jeunes avec des enfants déjà, c'est aussi... ça limite. Bah sinon je pense que oui il y en a des sous diagnostiqués dans ma patientèle... et je suis en train justement, là j'en ai découvert deux donc petit à petit...

Et donc qu'est-ce qui selon vous, pourrait expliquer ce sous diagnostic?

Bah hier soir, j'ai pensé en voiture, c'est marrant... et je me disais mais en fait, je me demande si le syndrome d'apnées du sommeil, peut être pas le très très grave mais le... le... basique, le modéré, je me demande si c'est pas plus ou moins physiologique. Je pense que finalement il y en a toujours eu depuis des centaines et des centaines d'années. On a découvert qu'on était mieux avec de l'oxygène pour dormir mais finalement c'est un petit peu, enfin je dirais comme les pertes de mémoire chez les personnes âgées, c'est pas un vieillissement normal et physiologique, on le sait, tout le monde ne perd pas la mémoire, n'empêche qu'il y a beaucoup de personnes âgées qui vont avoir des petits troubles ou qui vont plus très bien se rappeler et je pense que c'est la même chose avec les syndromes d'apnées du sommeil, euh... énormément de patients en font sans que ce soit forcément pathologique. D'ailleurs, euh, plein de fois on dit « bah non là il y a pas assez d'apnées, c'est pas assez long » pour pouvoir être diagnostiqué SAHOS. Donc je pense que c'est des patients qui sont un peu trop au dessus de la normale, mais ça va avec les prises de poids des patients, le diabète et tout le reste. Enfin notre vie stressante...

Et donc on les diagnostiquerait à ce moment là au stade des complications?

Oui... mais je pense que finalement, on en fait tous plus ou moins des apnées. Tout le monde a minima. Et quand ça devient trop sévère, c'est là qu'effectivement, ça pose problème. Enfin je vois ça comme ça, enfin je me disais : on a tous un syndrome d'apnées du sommeil a minima. Vous voyez ce que je veux dire?

Hum hum

Bah moi aussi je ronfle la nuit et je fais des pauses de temps en temps enfin... mais je m'estime pas... avoir besoin de la machine mais vous voyez ce que je veux dire. Et il y a des choses qui favorisent: tout ce qui est infections ORL à répétition et compagnie... (téléphone sonne - répond au téléphone).

Et donc vous parliez des infections ORL à répétition?

(Nous continuons la conversation en marchant...)

Oui enfin plein de choses comme ça. Je pense que l'un favorise l'autre mais que enfin c'est une spirale infernale. Enfin je pense qu'il y a plein de pathologies qui peuvent aussi... genre

un monsieur d'hier qui après en rentrant chez moi m'a fait pensé au SAHOS, il a une hyperparathyroïdie avec prise de poids et compagnie, altération de l'état général, il aurait peut être pas l'hyperparathyroïdie, le SAHOS serait peut être pas à ce point là important, il aurait pas pris 30 kilos euh... en mangeant normalement, et compagnie. Il serait mieux dans sa peau. Enfin voilà je pense que... et puis c'est pareil enfin... le sommeil c'est énorme quand on est pas bien dans sa vie, il y a des répercussions... et y compris sur tout ce qui est pause respiratoire etc., mais comme l'asthme, comme plein de pathologies finalement, le chef c'est toujours le psy. Je le vois, mes patients qui ont des SAHOS, il y a pas que ça, j'ai envie de dire. Je pense que c'est très compliqué du coup...
Désolé mais je dois vraiment y aller.
Bon courage.

ENTRETIEN 4 :**Je travaille sur le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil en médecine générale...**

Auquel je fais bien attention. Je suis assez sensibilisé. Et donc euh... c'est assez fréquent. Et vous, donc là vous avez des questions à me poser, donc c'est pourquoi ?

J'ai des questions mais si...

Moi si vous voulez... bah j'y pense quand ? Quand j'ai quelqu'un qui se prétend fatigué tout le temps, qui s'endort systématiquement dès qu'il a rien à faire et qui se plaint d'avoir mal à la tête assez fréquemment et voire une HTA enfin une hypertension un petit peu résistante... en gros c'est comme ça. Après bien sûr les questions bah c'est « est-ce qu'il ronfle ? », ça c'est... faut qu'il y ait un conjoint, il y en a pas toujours un... Et les gens qui sont tout le temps fatigués et qu'on... pour lesquels on a pas de, euh..., de cause précise, en général moi c'est systématique. Et donc ici on travaille soit avec euh... il y a un ORL qui fait de l'ambulatoire, qui a un appareil ambulatoire. Donc ça c'est pratique parce qu'ils ont pas à dormir à l'hôpital, parce que à l'hôpital on dort pas (rigole). Sinon bah il y a le [centre hospitalier du secteur] où il y a des... il y a le [centre hospitalier du secteur] et [pneumologue du secteur]... en gros voilà les correspondants, après il y a [ville du secteur du MG] aussi mais c'est un peu plus loin.

En effet. Et vous me parlez de votre collègue ORL...

C'est [ORL du secteur]

Et comment ça fonctionne ?

Lui il a un appareil mobile. Donc les gens vont chez lui en consultation et il les équipe pour le soir, il prêtégère l'appareil. Les gens dorment avec chez eux. Ils ramènent l'appareil et il y a lecture des résultats. Et après si il y a lecture des résultats et que c'est positif, s'il y en a suffisamment par heure pour que ce soit significatif, il programme une ventilation nocturne.

D'accord, sans passer par la polysomnographie ?

Bah la polysomnographie c'est ça, c'est l'appareil mobile. Ça enregistre à la fois la désaturation, qui enregistre le nombre de... la fréquence respiratoire, le nombre de pauses, les apnées obstructives ou les apnées pas obstructives... donc c'est un appareil qui tient la route quoi. A part que c'est en ambulatoire et que c'est quand même plus facile d'avoir des résultats fiables que quand les gens vont à l'hôpital et qu'ils dorment pas parce qu'il y a toujours du bruit à l'hôpital. Déjà ils sont pas chez eux, ils ont une ambiance un peu bizarre et en plus il y a toujours du bruit à l'hôpital. Si vous avez fait des gardes vous savez... on ne dort pas à l'hôpital.

Oui en effet. Et vous ça vous intéresserait d'avoir ce genre de matériel ?

Oui et non. Le problème c'est qu'on a déjà... Oui si on avait un appareil mis à disposition pourquoi pas, ça peut... ça rend toujours service, parce que là on est obligé d'aller voir un correspondant. Le problème c'est qu'on a déjà de plus en plus de choses à faire, c'est toujours la même histoire. Moi c'est... allez entre 30 et 40 par jour, donc c'est bien de rajouter des choses... De même qu'on a même un lecteur, on a un spiromètre avec un PC. Mais on a pas le temps de le faire. Ce serait bien de dépister les BPCO etc. mais on a pas le temps. Ça revient toujours à une question de temps finalement.

(Quelqu'un frappe à la porte. Va voir et revient.)

Non c'est... c'est toujours intéressant mais là je vois on a ce spiromètre, je l'ai fait 2-3 fois mais c'est chronophage. Donc c'est du temps et le temps on en a pas. Le diagnostic c'est toujours utile de pouvoir le faire mais on a des systèmes où ça peut marcher. Je serais au fin fond de la campagne dans un désert médical, bah c'est important de pouvoir dépister mais ici je suis pas dans un désert médical, j'ai encore des correspondants qui fonctionnent donc...

Et le délai est rapide ?

Bah il y a un ORL qui le fait, il y a le [centre hospitalier du secteur] qui le fait et il y a [centre hospitalier du secteur] qui le fait. Donc le délai est variable mais pas si long que ça. Et c'est pas non plus une notion d'urgence. Vous me dites c'est un infarctus, bah on fait l'électro. Une apnée du sommeil on a un peu de temps pour se retourner. D'abord ça fait souvent

plusieurs mois où ils sont en apnée et ils viennent nous voir parce que c'est le conjoint qui l'amène en disant « j'en ai marre, il ronfle trop » ou etc. Voilà comment je vois les choses moi.

Et au niveau du patient, il n'y a pas de frein au diagnostic ?

Pfff... non je pense pas qu'il y ait de frein parce que de toutes façons en général c'est eux qu'ils viennent... c'est eux qu'ils viennent parce qu'ils ont une plainte et donc ils veulent solutionner la plainte. Donc quand ils sont toujours fatigués, enfin souvent c'est un patient qui est un peu lourd... il est un peu lourd, il ronfle et puis il est tout le temps fatigué, oui souvent il me dit... souvent il a mal à la tête le matin... ou on a une hypertension un peu difficile à traiter, on comprend pas pourquoi ça marche pas. Mais en général, il y a une plainte au départ et quand on leur parle d'apnée du sommeil... Le problème c'est pas le diagnostic, c'est le traitement parce que la compliance à la ventilation, elle est pas toujours idéale. Il y a des gens qui ont arrêté parce que ils n'y arrivent pas. Moi j'ai des patients, enfin... il y en a un, il y arrive pas. Il dort pas, donc c'est encore pire donc il a arrêté. Ils y en a d'autres qui ne jurent que par ça, c'est-à-dire que une fois qu'ils l'ont essayé, ils disent, je revis, euh..., j'ai la pêche, je peux faire ce que je veux, je m'endors plus, etc. donc là oui... Mais il y a des gens qui n'arrivent pas à dormir. Et érotiquement parlant, c'est un peu un tue-l'amour. (rigole). C'est pas top. C'est pas le meilleur émoustillant.

Donc vous pensez le dépister assez facilement ?

J'y pense. J'y pense systématiquement quand j'ai les symptômes habituels de ça. Je vous dis, souvent c'est la fatigue chronique, c'est la somnolence dans la journée, parfois c'est des maux de tête récurrents, parfois c'est... beaucoup moins c'est une hypertension rebelle. Et aussi parfois les gens, je crois que c'est un symptôme auquel on pense moins : c'est les sueurs. Quand ils transpirent énormément la nuit, ça fait partie des... des signes de... mais on y pense moins. Ça peut être le conjoint qui vous dit « c'est une éponge » (rigole) mais c'est moins fréquent. Donc... moi je vous dis pour moi l'apnée c'est un truc courant. Et j'ai peut-être une dizaine de patients appareillés. Il y en a qui ont arrêté parce que pas possible, ils arrivent pas à s'adapter. En plus il y a des problèmes de tolérance nasale, parfois ils ont des croûtes ou ils ont le nez sec ou ils saignent du nez... C'est pas simple. Alors je les préviens quand je leur fais un... le test, je leur dis en sachant que si on dépiste, la solution c'est l'appareillage. Alors quelque fois ça peut arriver qu'il y en a qui disent « bah non de toute façon je ferai jamais ça ». Bon bah ils sont libres de ce qu'ils veulent faire. Pour moi c'est ça ... le problème de l'apnée c'est la compliance au traitement. Le problème du diagnostic ici c'est pas un très gros problème, parce qu'on a deux hôpitaux et un ORL de ville qui sont capables de nous aider là dessus et après il y a les sociétés de service d'oxygénothérapie ou de ventilation qui après font le relais.

Et au delà de la plainte du patient, est-ce qu'il y en a chez vous... un autre profil qui...

De la plainte du patient ?

Hum hum

Bah c'est la plainte du conjoint. Donc...

Mais sinon...

Sinon pas vraiment... C'est la plainte... c'est le patient qui se plaint. Après nous... si, moi j'y pense éventuellement sur quelqu'un chez qui j'ai vu une hypertension, enfin dépisté, et j'arrive pas à la traiter. Donc ça c'est les cas un peu particuliers, c'est surtout ça. La plainte non spécifique c'est la céphalée mais c'est toujours une plainte du patient. A nous d'essayer de comprendre pourquoi. Après c'est notre boulot quoi... mais ça peut être la plainte du conjoint qui remarque que son mari ronfle trop et qu'il fait plus rien à la maison. Ça c'est le vécu quotidien. Le problème, c'est que si il est tout seul à la maison, qu'il est veuf ou pas marié... bah on sait pas si il ronfle. Donc là c'est la plainte... Lui il viendra pas si il ne se plaint pas. Donc pour moi c'est ça... l'apnée du sommeil... c'est mon vécu personnel.

D'accord. Et est-ce que vous en dépistez au stade des complications ?

Complications, c'est quoi pour vous ? C'est... des AVC, c'est des...

Selon vous...

Alors on sait que il y a des gens... enfin moi j'en ai jamais eu dans ma clientèle. Comme j'y

pense assez facilement, je... j'ai pas trop de souci de dépistage tardif. Après on peut imaginer que ce sont des troubles cognitifs, des gens qui sont tellement asphyxiés la nuit que dans la journée ça pense plus très bien. Alors est-ce-que c'est un Alzheimer, enfin... un trouble cognitif neurologique ou est-ce-que c'est un trouble cognitif secondaire à une asphyxie quoi. Mais j'ai pas eu de... de complications véritables. On a parlé d'AVC, je sais que ça fait partie de... mais bon quand on a un AVC on pense pas systématiquement et de toutes façons quand il fait un AVC, il va à l'hôpital. Donc d'emblée, il va directement à l'hôpital et ils font le bilan après. Donc moi j'ai jamais eu à dépister un truc à posteriori sur une complication. Je les dépiste au stade de la plainte, du ressenti. Ou pour moi sur un problème technique, euh... céphalées rebelles non expliquées, hypertension rebelle non expliquée, là j'y pense. J'ai peut être pas en tête tous les symptômes de l'apnée du sommeil... (rigole).

Est-ce que vous faites un dépistage systématique chez des patients avec des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Honnêtement, j'y pense pas. J'y pense pas. Je vous dis c'est la plainte, c'est essentiellement la plainte. Je pense pas que dans le bilan de dépistage... enfin si... si la personne a déjà des facteurs de risque cardiovasculaire et... c'est pas les facteurs de risque cardiovasculaire qui vont me faire décider à chercher une apnée du sommeil. C'est toujours derrière le vécu et la plainte. Pour moi... je sais pas si il y en a d'autres qui font autrement mais moi c'est comme ça.

OK. Est-ce-que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

Honnêtement non.

Alors il existe des questionnaires standardisés...

Ouais mais j'avoue que les questionnaires standardisés, j'utilise pas. Que ce soit les... les MMS, que ce soit les échelles de machin de truc. Ça fait 33 ans que je pratique comme ça, je suis peut être un peu scléreux mais j'ai toujours été... moi on m'a appris à être un clinicien. Donc je résonne en terme de clinicien et je cherche, j'interroge, je regarde et j'écoute et après je... Donc j'ai pas... j'ai jamais eu besoin d'échelles... d'outils où on coche des croix pour dire « voilà ça me semble significatif ». Quand j'ai une suspicion, enfin une impression suffisante, j'adresse au spécialiste pour faire l'enquête. C'est comme ça que je le vis. Et j'avoue que toutes ces échelles, ça m'agace plus qu'autre chose. Ça fait partie des outils, je renie pas que ça peut être utile. Je fonctionne sur mon expérience qui est ce qu'elle est... je me fais peut être des illusions mais pour l'instant ça marche.

Parce qu'il y a l'échelle de somnolence d'Epworth...

Oui ça j'ai déjà entendu, le score d'Epworth. J'ai déjà entendu...

Vous l'utiliserez ?

Bah quand je... (regarde le questionnaire), les questions que je... euh... comment dire... les questions qui sont là, c'est à peu près ce que j'ai résumé. Je pense enfin... (lit les questions) donc le passager, enfin dès qu'il est allongé... dès qu'il s'endort alors qu'il devrait pas s'endormir... euh pour moi c'est ça.

Donc l'Epworth c'est sur la somnolence. Et il y a le questionnaire de Berlin qui est plus axé que les signes cliniques d'apnées du sommeil...

Non Berlin ça ne me dit rien. (Lit les questions). Mais ça c'est les questions que je fais tous les jours. « Est-ce que vous ronflez ? », « Est-ce que ça gêne le partenaire ? », « Est-ce que vous l'entendez ? », « Combien de fois vous ronflez...? » bah ça d'abord on le sait pas. Parce qu'on sait pas quand on ronfle. Donc c'est déjà... ou alors c'est le conjoint. Mais personne ne sait qu'on ronfle. Moi je me souviens, mon associé, mon ex-associé parce que maintenant il est retraité, euh il ronflait devant nous, on dit « Ca y est il ronfle », « Non je dors pas » (rigole), alors pour lui il ronflait pas. « Cesser de respirer pendant le sommeil » alors la plupart du temps, ils s'en rendent pas du tout compte. Pour moi c'est pas des questionnaires... euh en vécu ils s'en plaignent jamais. C'est plus le partenaire qui dit « j'écoute savoir si il respire », là oui mais c'est pas lui qui va se plaindre. « Fatigué » bah d'accord, « manque de sommeil » enfin l'impression de pas avoir bien dormi, oui ça, tout ça c'est des... le véhicule tout ça, bah je vous dis, c'est des aides de quantification, je pense que ça sert plus pour des histoires statistiques que pour des histoires pratiques à mon

niveau, c'est comme ça que je le vois mais moi j'en ai pas besoin.

Un des médecins du coin m'avait dit que le [pneumologue du secteur] renvoyait des échelles d'Epworth à faire avec le patient, ça vous dit quelque chose ?

J'ai peut être pas eu... je sais qu'elle est très impliquée dans l'apnée du sommeil mais en ce moment elle est débordée parce que son furibado a un énorme problème, il a été opéré à cœur ouvert donc elle a tout le service sur le dos. Donc... moi j'ai pas eu... je pense pas avoir eu d'apnées du sommeil en relation avec elle. Soit ils ont été vus par [ORL du secteur] parce que ça va quand même un peu plus vite que à l'hôpital, soit ils ont été vus au [centre hospitalier du secteur] avec [pneumologue du secteur] ou [pneumologue du secteur]. En gros quoi... [pneumologue du secteur] je vais envoyer en pneumo mais pour d'autres soucis, à titre de pneumologue mais pas d'apnées.

C'est vous qui avez dépisté tous vos patients pour un syndrome d'apnées du sommeil ?

Bah il y a des gens qui sont arrivés avec. J'ai un de mes patients qui est arrivé dans la région il y a quelques années et qui est arrivé avec un diagnostic qu'il avait fait un AVC et à cette occasion il est arrivé avec son diagnostic... et alors je le suis. Mais euh... non je pense que les apnées du sommeil c'est moi qui adresse... la plupart... soit ils ont changés de région et puis je les récupère, mais tous ceux que je connais sont des patients que j'ai dépisté.

Au cours de mes recherches, j'ai pu remarquer que celui-ci était sous diagnostiqué...

Moi j'essaye d'y faire attention donc a priori je me sens pas...enfin... c'est une question qui est toujours dans ma tête. Quelqu'un qui vient, qui a des symptômes qui peuvent correspondre, je pose la majorité des questions des scores existants. Ca va vite, c'est pas... on a vite fait le tour. Donc à partir du moment où il y a plusieurs faisceaux d'arguments, enfin... un, deux, trois, là je commence à me dire... là j'envoie. Donc ça me pose pas de problème, j'ai pas l'impression de le sous diagnostiquer. Je me berce peut être d'illusions. J'ai pas l'impression parce que pour moi c'est... euh... c'est des questions fréquentes pour moi.

Et qu'est-ce qui selon vous pourrait améliorer le dépistage ?

Je pense que pour moi c'est pas améliorer le dépistage parce que j'y pense. Donc je pense pas... enfin on peut toujours optimiser... mais je connais assez bien ma pathologie enfin j'ai l'impression... d'y penser suffisamment de fois, je me pose beaucoup de questions... même quand ça va vite... bah une hypertension, devant une hypertension on pense pas d'abord à l'apnée du sommeil... heureusement mais je me pose des questions pour essayer de comprendre. Après on se fait tous endormir, on peut tous passer à côté d'un truc mais je pense pas... pour moi s'il y a des progrès à faire dans l'apnée du sommeil, c'est plus sur la tolérance du matériel. Là il y a un souci parce qu'il y a des gens qui supportent pas. Alors qu'est-ce qu'il faut faire ? Parce que le recours actuel c'est l'appareillage. Ou alors il y a des traitements avec les orthèses de mâchoire mais ici j'ai jamais entendu parler. Il y a même des chirurgies carrément pour avancer la... la mâchoire d'un demi centimètre. Ou il y a aussi l'uvuloplastie. Mais ça c'est... ici c'est confidentiel. A mon niveau, compte tenu de mon fonctionnement, je pense dépister facilement et j'ai pas l'impression de ne pas y penser quoi... donc après je peux passer à côté parce qu'ils viennent pas forcément pour la plainte. Quelques fois on pense pas à leur demander, parce qu'ils ne se plaignent pas de symptômes en relation. Et puis après quelque fois ils veulent pas l'appareillage la nuit donc... c'est pas la peine d'adresser si on se dit que derrière ça suivra pas. Mais ça c'est des cas d'espèces. La plupart du temps, ils essayent. Après... mais il y a des gens dont la vie est transformée. [médecin généraliste du secteur] d'ailleurs (montre le cabinet derrière et rigole...).

Comment avez vous été sensibilisé au syndrome d'apnées du sommeil ?

(Réfléchit). C'est vrai que j'y pensais pas au début de ma carrière. Moi je suis installé ici depuis 82 donc j'y pensais... j'ai commencé à remplacer ici en 78 et j'ai commencé à me mettre à mon compte en 82. C'était pas quelque chose dont on parlait à l'époque. Donc après il y a les revues et comme c'est un problème... j'ai l'impression que c'est un problème qu'on a découvert mais globalement, c'est pas uniquement une découverte personnelle alors

que ça existait. Je pense que c'est... euh... il y a eu une prise en compte je pense parce que les moyens de dépistage était beaucoup plus facile. Donc on a croisé des gens, on en a entendu parlé, il y a eu des réunions, enfin des... EPU ou des choses comme ça, des articles etc. et ça a fait son chemin. Je pense que c'est par le biais de l'information simplement. Mais c'est vrai que il y a 30 ans, même 20 ans, c'était pas quelque chose, enfin vraiment pas systématique. On y pensait pas. Mais on avait pas les appareils non plus. Moi ça fait donc 33 ans, au début de ma carrière, on y pensait quasiment pas. Je pense que moi ça fait peut être 10-15 ans que j'ai commencé à m'intéresser et puis quand on a dépisté et qu'on s'aperçoit que ça donne des résultats, bah on a envie de continuer quoi. On se dit « bah là je rend service là ». Mais c'est pas, je pourrais pas dire à quel moment. Je peux vous dire que il y a 30 ans, pfff... (rigole), je ne sais même pas si on l'apprenait à la fac. Je pense que... qu'on en parlait pas à la fac. Mais on avait pas les polysomnographies. Les polysomnographies c'est pas quelques chose de si vieux que ça. Je pense que c'est les moyens de dépistage qui ont été entre guillemets vulgarisés qui ont permis ça. Et donc il y a eu des gens qui s'y sont intéressés, ils ont fait des publications, comme ça on en parle dans la presse et c'est comme ça que c'est venu petit à petit. Pour moi c'est ça, mais je serais pas dire quand.

Vous faites partie d'une FMC ?

Je faisais... enfin de temps en temps j'y vais mais j'ai trop de travail. Je commence à 8h30, je finis parfois à 20h30 donc derrière j'ai plus envie. Je suis donc devenu très fainéant pour ça. Alors je regarde internet, je lis des revues. Alors je participe de temps en temps à des FMC...

Et est-ce qu'on en parle du syndrome d'apnées du sommeil dans les FMC ?

Si maintenant on en parle parce que c'est devenu une pathologie plus fréquemment dépistée, plus fréquemment étudiée. Moi il y a 20 ans, on en parlait pas. Enfin difficile d'y mettre une date exacte mais enfin dans mon souvenir... je ne suis même pas sûr qu'au cours de mon cursus universitaire, on en ait vraiment parlé ou de façon très... tellement confidentielle que c'est un item juste sur le coin et qu'on... Et on avait pas également les moyens de le dépister facilement en ville. Moi je pense que ça fait une quinzaine d'années que je m'y intéresse et comme les... les confrères spécialistes se sont équipés, bah ça rend les choses plus faciles. Voilà un peu comment je vois les choses.

Et donc vous avez une dizaine de patients dans votre patientèle diagnostiqués et équipés pour le syndrome d'apnées du sommeil ?

Equipés, j'en ai sûrement 10. Après on fonctionne ici vraiment en groupe. C'est à dire qu'on a un seul logiciel médical, tout ce que j'écris moi est visible par les autres. Donc en fait quand je suis pas là, il y a des patients à moi qui sont vus par les autres et inversement. Donc c'est difficile de mettre des chiffres.

Vous pensez que ça touche une grande fréquence de vos patients ?

Enfin grande, c'est... je qualifierais pas ça de rare. Grande fréquence... je dirais que c'est relativement fréquent, c'est pas non plus toutes les 5 minutes. Moi je dirais une dizaine de patients appareillés. Mais après une fois qu'ils sont appareillés, bah je les vois moins souvent parce qu'ils vont bien et puis c'est la société de services qui passent chez eux donc ça se renouvelle tant qu'ils vont bien. Donc finalement je les vois... on en parle de l'apnée quand ils vont pas bien... soit parce que ça s'est dérégulé, soit parce que au contraire ils en font beaucoup moins, et quelques fois on est obligé d'arrêter parce qu'ils en veulent plus et parce ça les agacent. D'ailleurs c'est pas si simple d'arrêter parce que la société de services continue à passer et veut absolument le certificat comme quoi il faut arrêter. Il suffit pas que le patient dise « non j'arrête ». Ils veulent pas. Je pense que c'est une question de responsabilité. Mais c'est un peu abusif quelque part... mais bon.

OK. Je n'ai plus de questions alors.

Voilà moi j'ai l'impression que je vous ai dit tout ce que je savais là dessus.

ENTRETIEN 5 :**Est-ce que vous pensez que le syndrome d'apnées du sommeil est important ?**

Oui. Oui, surtout en terme de risque cardiovasculaire. En fait c'est un facteur de risque cardiovasculaire. Et puis je pense que c'est méconnu parce que c'est peu recherché aussi de... de la part des médecins. Je pense qu'on y fait pas assez attention. Enfin on pose pas... peut être pas assez la question aux patients, euh... parce que on recherche pas forcément les facteurs de risque. Donc, voilà c'est important. Je pense que c'est vraiment sous diagnostiqué.

Et quels sont les signes cliniques qui vous font penser au syndrome d'apnées du sommeil ?

Alors je vais dire un peu... Le patient qui va être en surpoids, le ronfleur, euh... peut-être le patient aussi qui est vasculaire, je pense qu'il faut le dépister euh... ou celui qui va avoir des troubles du sommeil et euh... qui va se plaindre d'avoir un sommeil de mauvaise qualité. Ça c'est des patients que j'essaie de dépister un petit peu, bien que ce soit pas toujours le cas. J'ai une patiente qui fait 50 kilos, qui est mince comme ça (montre son auriculaire) et qui a un SAHOS sévère donc c'est vrai que... Ouais j'y pense assez facilement sur ces patients là mais, c'est peut être pas suffisant.

C'est vous qui avez dépisté cette patiente là ?

Non. C'est une ancienne patiente que j'ai récupérée, euh... je sais plus du tout pourquoi elle a été dépistée, comment elle a été dépistée. Euh... je pense euh... mais c'est pas une patiente vasculaire en fait. Euh... c'est vrai que c'était assez curieux parce qu'on a tous l'idée, enfin moi j'ai l'idée du patient obèse, en surpoids, c'est la majorité... enfin les patients que j'ai, c'est plus ce patient là... euh... qui se plaignent soit d'une mauvaise qualité de sommeil, qui sont peut-être un peu hypertendu aussi, on va y penser. Mais euh... bah ouais il faut... on est probablement pas assez attentif à ça, enfin je pense. Et puis on voit que ça se développe de plus en plus. Là j'ai dans mes... dans mes correspondants, des cardiologues qui sont formés à faire des... des polysomno. Donc ils sentent que... eux aussi ils ont pris l'impact de l'intérêt en terme de facteurs de risques cardiovasculaires.

Et donc vous faites un dépistage systématique quand un patient a des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Non pas systématique. C'est vrai que j'essaie... bah j'y pense plus facilement quand ils sont en surpoids ou dès qu'ils ont des troubles du sommeil. C'est des questions que je pose assez facilement et puis je pense que les patients se plaignent assez facilement. La plainte d'insomnie elle est assez courante. C'est vrai que ça va forcément me tilter... euh... mais c'est vrai que le patient en surpoids, qui va être vasculaire, je vais y penser. Mais tu vois juste vasculaire, c'est vrai que je vais pas forcément me dire euh... c'est peut être pas bien mais oui il faut qu'ils soient... au moins qu'ils parlent de troubles du sommeil pour que j'y pense.

D'accord. Et des troubles du sommeil à type ?

Quelque le soit je pense parce que c'est vrai que ça... ils se plaignent souvent d'un mauvais sommeil. Ils disent « je ne dors pas » et il faut creuser parce que... il faut se demander « est-ce que c'est un problème d'endormissement ? », « est-ce qu'il y a des réveils nocturnes ? » ou euh... ils ont parfois des céphalées matinales. C'est vrai que le patient obèse qui dort pas bien, qui me dit qu'il a mal à la tête, oui, je vais assez facilement lui faire une polysomno.

Et donc vous les envoyez chez qui ?

Alors bah là dans mes intervenants j'ai un cardiologue qui fait des polysomno ambulatoires. Et puis à [ville du secteur du MG] aussi ils ont une unité aussi là où ils peuvent faire de..., ils sont assez facilement joignables aussi donc... c'est souvent bien, bien accepté, je pense qu'on a pas des délais trop trop long encore. Euh c'est vrai qu'il faut y penser... mais comme le problème et souvent en médecine générale, c'est que c'est... c'est rarement la plainte... c'est le... je veux dire c'est rarement la cause de la consultation. C'est-à-dire qu'ils viennent pour autre chose, ils viennent pas pour ça. Ils viennent pour renouveler leur traitement, ils viennent aussi parce que en même temps, ils ont mal au pied. Et toi là dedans il faut y penser, c'est pas toujours évident de te dire : euh... tu vois bien ils viennent avec plusieurs

motifs de consultation et puis tu te dis, « ah il faudrait peut-être que lui j'y pense ». Donc euh... parfois je pense qu'on zappe les patients à risque parce que on y pense pas.

Et le délai est rapide ?

Ah ouais ouais ouais. Moins d'un mois chez le cardiologue qui les fait. Moins d'un mois. L'hôpital je me souviens plus très mais... ouais ouais ça reste assez rapide.

Et comment ça marche avec le cardiologue ?

Donc c'est... il fait en ambulatoire. Je crois que c'est ses secrétaires qui posent l'appareil et lui il revoit les patients... euh... il refait une consultation dédiée avec le résultat. Même si c'est pas leur cardiologue d'ailleurs. Il le fait en tant qu'intervenant tiers. Si ils ont un autre cardio, bah il envoie, c'est vraiment un champ de compétence en plus qu'il s'est... il s'est formé. Il a du faire un DU ou quelque chose comme ça.

Et est-ce que vous seriez intéressé par faire le diagnostic vous-même ?

Euh... non parce que je pense que ça prend du temps (rigole). Mais intellectuellement ça serait intéressant. Mais je vois pas quand je pourrais caser ça. Je me suis fait la même question avec les ECG. Pourtant je me dis que ça serait bien, on va devoir en faire de plus en plus. Intellectuellement je pense que c'est bien de se remettre et d'acquérir des nouvelles compétences, pas rester enfermé. Mais là je me dis « comment je pourrais faire ça »... Mais c'est pas une bonne raison, parce qu'on pourrait le prendre ce temps. Après c'est vrai que ça te remets, c'est vrai qu'une question de responsabilité c'est bien, mais en médecine générale, je pense qu'on te demande pas de faire des diagnostics précis de rythmologie, on te demande de savoir si c'est normal ou pas normal, peut être la physiologie du patient jeune. Euh... mais... ouais ça peut être, à voir, pourquoi pas.

Est-ce que vous pensez dépister facilement le syndrome d'apnées du sommeil ?

C'est à dire repérer les patients à risque ?

Hum hum

Bah comme je te disais, c'est en fonction des facteurs de risque. Mais je pense qu'on peut peut être aussi en passer à côté, euh... Je vais quand même moins y penser facilement sur une plainte du sommeil du patient qui est pas obèse, ou qui a pas forcément ça alors que... ou peut être y penser plus tardivement. Ca c'est vrai... A tort.

Combien avez vous de patients appareillés dans votre patientèle ?

Approximativement je dirais peut être 10 ou 15...

C'est vous qui avez fait le dépistage ?

Non ceux là... J'en ai envoyé certains récemment mais j'ai pas eu le retour. Non pour l'instant, ils sont tous déjà appareillés. Parfois même ils ont été dépistés à l'hôpital. Le dernier que j'ai eu là, il a été dépisté à l'hôpital au décours d'une hospitalisation.

Suite à une complication ?

Non du tout, c'était euh... je pense que... il avait dû faire une pneumopathie. Et c'est l'infirmière qui passait, qui entendait des pauses respiratoires et qui là... Parce que souvent c'est ça, c'est le conjoint qui vient en disant... ça aussi ça arrive en disant « mais quand même tu dors pas bien, tu fais des pauses... ». Bon là forcément on va... Mais parfois le conjoint bah il dort bien, il se réveille pas. Donc là c'est un peu facile quand on a ça. Mais non c'est pas évident. On devrait peut être être plus systématique. Je sais pas si il y a des études... des recommandations par rapport à ça... rien que pour le dépistage... euh j'ai pas le souvenir mais bon. Peut être des scores ou des choses comme ça. Ca pourrait peut être être intéressant de savoir qu'avec tels facteurs de risque, il faudrait plus... Un peu comme on a certains scores cliniques en cardio ou en... Ca pourrait être intéressant. Je pense que ça serait plus systématique. Sinon on va zapper, en tout cas moi je vais zapper.

Ok. Justement est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

Absolument pas.

Alors il y a l'échelle de somnolence d'Epworth...

Ah oui, si ça me dit quelque chose. (rigole). Oh oui, c'est un nom qui me dit quelque chose.

Alors les dernières recommandations de pneumologie recommandent de se servir pendant le dépistage d'un questionnaire standardisé type score d'Epworth. Ca étudie la somnolence. Qu'est-ce que vous en pensez ?

(Lit le questionnaire). Ouais donc en fait il faudrait qu'on... dès qu'on a une plainte de

sommeil, il faudrait qu'on leur fasse l'échelle pour essayer de les orienter un petit peu... Et ça ça a été étudié c'est ça ?

Hum hum...

Et c'est assez sensible du coup comme ?

C'est une recommandation. Après il y a le questionnaire de Berlin qui évalue plus le syndrome d'apnées du sommeil.

Ouais j'en ai entendu parler mais c'est vrai que... (Lit les questions). D'accord, ouais c'est vrai que j'utilise pas du tout. J'utilise assez peu les échelles, euh... hormis pour les facteurs de risques cardiovasculaires tout ça, ça j'utilise bien mais... c'est vrai que...

Et est-ce que vous les utiliseriez ?

Ah oui. Oui oui. Oui si ça permet euh..., si ça a été bien corrélé en fait euh... C'est à dire que si par exemple là (montre le questionnaire d'Epworth) t'es en dessous de 8 et que t'as pas de dette de sommeil, après la question c'est après de savoir que est-ce qu'il y a une bonne VPN. Ou est-ce que je suis sûr qu'après si il y a pas de dette de sommeil, il y a pas de syndrome d'apnées du sommeil. Mais ils utilisent quoi dans les publications ? Plutôt Epworth ou Berlin ?

Epworth plutôt.

Ca va assez vite en plus. C'est vrai que... hum... il va falloir que je m'y mette alors. Non après aussi le but c'est pas d'envoyer tout le monde non plus, euh... c'est stratifié, c'est en fait un petit peu ça. Et puis d'en trouver auxquels on aurait pas pensé. Et puis je pense que ça peut être assez facilement... tu vois 6, 8 questions quoi finalement ça va vite.

Et vous l'utiliseriez chez quels types de patients ?

Bah comme je te disais tout à l'heure le patient obèse, qui va être à risque... euh... et puis celui qui vient pour une plainte de sommeil. Mais je pense qu'on... on pose pas forcément toujours assez systématiquement la question en fait du sommeil. Ca devrait être comme les habitudes de tabac, des choses comme ça. Il faut que ça devienne systématique chez nous. Le tabac, les habitudes de vie, ça il faut le demander et c'est vrai qu'on... il faut que ça rentre. C'est vrai que chez moi en tout cas, c'est pas du systématique. Je m'adapte en fait à la plainte et au motif de consultation. Mais celui qui va pas forcément se plaindre de... de troubles du sommeil parce que... ils peuvent avoir des somnolences diurnes et finalement pas s'en plaindre, c'est... pour eux c'est pas toujours... c'est normal de faire la sieste après manger et donc voilà... il y a pas forcément de... Et bah donc faut que je m'y mette... c'est bien.

Et qu'est-ce qui selon vous pourrez améliorer le dépistage ?

Pouah... Non je pense c'est avoir... avoir des bons intervenants en fait qui puissent le faire assez rapidement. C'est surtout ça parce qu'on va... C'est vrai qu'après si on est un peu plus dans le systématique et dans le dépistage, après pour les orienter ensuite rapidement. Et puis les rassurer aussi beaucoup parce que je pense que ça leur fait encore peur. Les gens ils savent à peu près ce que c'est, ils savent que ça va être dormir avec un masque et il y en a beaucoup qui veulent même pas aller faire le dépistage parce ils disent que de toutes façons « moi je pourrais pas ». Alors qu'en fait c'est pas des gros compresseurs qui font du bruit et il y a beaucoup beaucoup de craintes par rapport à ça. Euh une fois qu'ils le mettent, après... moi en général ça se passe assez bien. Il y a juste quelques personnes qui ont du mal, c'est toujours un peu difficile. J'ai une patiente qui est claustrophobe, qui a du mal à le mettre plus de 4-5 heures. Bon ok, certes, elle essaye quand même, elle le fait, c'est mieux que rien. Mais voilà c'est... il y a aussi ça à vaincre un petit peu comme raison... Ils comprennent pas l'intérêt non plus de mettre ça quoi... Euh mais bon ça c'est à nous de leur expliquer. C'est aussi un facteur de risque vasculaire. On a quand même des travaux qui montrent qu'ils font plus de problèmes cardiaques donc... euh... Ca c'est un argument qu'ils entendent et qu'ils ne savent pas. A chaque fois que j'en parle « oh je savais pas ». Et donc ça ça peut être motivant en disant « ça peut être bien, si vous dormez mieux, euh... votre cerveau est un peu mieux oxygéné, vous aurez moins de problème vasculaire », ça c'est des choses qu'ils peuvent... qu'ils peuvent entendre. Mais bon voilà il y a beaucoup de craintes par rapport à ça, mais je pense que ça s'est levé une fois qu'ils essayent. Il faut... Alors peut être je pense que c'est mieux qu'il y ait des dépistages comme ça ambulatoire plutôt que

systématiquement à l'hôpital parce que ça à l'époque c'était aussi... Ah moi j'ai connu ça au... le début un petit peu..., c'était systématiquement à l'hôpital donc ça à l'époque c'était contraignant pour les gens : « je vais dormir une nuit à l'hôpital, pfff, je vois pas l'intérêt, puisque que ça va à peu près ». C'est ça le dépistage : les gens se sentent bien, toi tu penses qu'ils ont quelque chose mais eux ils voient pas l'intérêt. Donc aller dormir une nuit à l'hôpital, ça... Alors que ces dépistages ambulatoires où on te met la machine et tu rentres à la maison, ça c'est mieux accepté donc ça je pense que c'est bien. Alors qu'on développe plus... alors peut être comme tu disais tout à l'heure, peut être que des médecins généralistes vont se mettre à se former et puis à en poser pourquoi pas et à les interpréter derrière. Euh là je te disais dans mes correspondants, il y aussi des pneumologues qui le font bien sûr. A [ville du secteur du MG] il y en a trois, il y en a quelques uns qui le font aussi, c'est vrai que... donc on a quand même moyen d'avoir... d'avoir des dépistages.

D'où viennent vos connaissances sur le syndrome d'apnées du sommeil ?

Je crois que c'est la formation médicale initiale c'était... J'ai pas fait de... de FMC là-dessus. Il me semble pas. Non, non j'ai pas fait de... non c'est ce qu'il me reste de l'internat donc ça remonte un petit peu (rigole). On en parlait... j'ai pas... j'ai plus trop de souvenirs, ça me semblait pas prendre une grande place non plus.

Comment alors avez vous été sensibilisé au SAHOS ?

J'en ai deux dans ma famille qui déjà sont appareillés. Donc déjà j'ai mon beau-père et puis le mari de ma cousine. Donc c'est vrai que forcément après tu te dis... bah oui lui, lui il y est. Il est obèse, diabétique, il fait des pauses respiratoires donc... Ouais c'est quelque chose qu'on a en tête mais c'est vrai... Les dernières FMC que je faisais, mais c'est vrai que ça fait... ça fait bien longtemps qu'on en parle pas. Mais pourquoi pas, ça pourrait être un... un prochain sujet de thème pour la formation médicale continue. Il y a pas mal de bonnes FMC là dans le coin donc pourquoi pas en profiter.

J'ai remarqué au cours de mes recherches qu'il y avait un sous diagnostic du syndrome d'apnées du sommeil. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Bah je pense qu'on pose pas assez la question. C'est vraiment ça mon avis mais même chez le patient obèse, à risque, on va pas forcément lui demander « est-ce que vous dormez bien ? ». Je pense que... à mon avis c'est ça. Des fois c'est ce que je fais. Déjà si j'ai pas de plainte de sommeil, je vais pas forcément aller rechercher ça. Euh je pense qu'on... il faut savoir aller chercher l'information ou presque avoir... j'allais dire plus de temps en consultation mais c'est pas ça... c'est que souvent ils viennent avec des problèmes, des demandes multiples en consultation et t'as pas toujours le temps d'y penser. Mais à nous aussi de le noter dans un certain coin du dossier, en disant... ce que je fais parfois : « tiens lui il est obèse, il faudrait lui demander ? ». Voilà la prochaine fois, ça peut se faire après, on a le temps en médecine générale, c'est pas tout tout de suite comme à l'hôpital donc... euh... ça je pense qu'il faut aussi savoir y penser et le faire par la suite. Non je pense que c'est un manque... si t'es pas sensibilisé, tu vois effectivement ça je l'ai appris... je l'ai appris à l'internat. Dans la pratique courante, les échelles on les utilise peu alors que c'est quand même des échelles assez rapides. Parce qu'on va te dire ça souvent je pense « ouais j'ai pas le temps ». Mais 8 questions, on peut le faire. Non je pense que ça vient du fait que les patients s'en plaignent pas toujours et que nous on aille pas chercher l'information. Il faut... et si le médecin n'y pense pas, il va pas aller creuser. C'est vrai que... il faut qu'on y soit sensibilisé d'abord... D'où l'intérêt peut être de faire des piqûres de rappel dans les FMC, les choses comme ça, parce que euh... Voilà, moi je viens de refaire une FMC sur le cholestérol, bah là je suis en train de revoir mes dossiers limites et je réévalue mes cibles et tout alors que... donc ça je pense qu'il faut appuyer dessus peut être en formation médicale continue.

Est-ce que dans vos patients, certains ont été dépistés au stade des complications ?

Euh... non j'ai... non pas de mémoire. Je te dis la majorité de ceux que j'ai, ils sont... ils sont déjà appareillés depuis longtemps donc euh... Quoique j'en ai un... j'en ai un qui a fait un infarctus récemment et ils l'ont bilanté... ils l'ont bilanté... ils l'ont bilanté mais j'ai plus le résultat du truc. Mais ils lui ont fait passé. Dans la suite... je crois que c'était en convalescence en fait... en convalescence ils ont remarqué pareil qu'il faisait des pauses

respiratoires la nuit et du coup je pense qu'ils lui ont fait le test mais je me souviens plus si c'est positif ou non.

C'est tout, je n'ai plus de questions alors.

Bah tu vois au moins... je vais me mettre à l'imprimer et puis... (montre le questionnaire d'Epworth). Tu sais, il y a des tas de choses où on y pense pas euh... Alors je trouve que c'est important de se former, c'est une mauvaise raison mais... euh... là tu vois le fait de faire une formation ou d'en reparler simplement, bah tu vas te dire c'est vrai... on va être plus vigilant. On va être plus vigilant et il y a des choses qu'on peut faire. Et quitte aussi en médecine générale... on peut dire, la prochaine fois, si ils viennent avec plein de plaintes, moi j'essaye à un moment de dire stop, je dis « bon on va régler 1 ou 2 problèmes » et puis après... il dit « ah je viens pas souvent docteur, j'ai pris ma liste... », moi je les arrête tout de suite, je leur dis « stop, c'est quoi les deux trucs les plus urgents » comme ça ils s'arrêtent : « ok la prochaine fois ». On peut pas tout gérer. Moi je fais des consults de 15 minutes, je fais 30 minutes pour les enfants, on peut pas tout gérer quoi. C'est pas... euh mais c'est vrai que tu vois si on y est pas sensibilisé, euh... moi le cholestérol j'en restais aux recommandations AFSSAPS... euh l'ESC c'était 2011 donc voilà, mais c'est vrai que t'es... il faut se remettre dans le truc. Mais peut être proposer le sujet au FMC. Faut que les gens déjà eux même y pensent. Enfin nous déjà il faut y penser. Mais eux c'est assez rare qu'ils viennent déjà en disant « je viens, je ronfle beaucoup, ma femme elle dit je respire pas bien la nuit », ça tu les as jamais. Mais il faut y penser. C'est bien, je vais les ressortir... je vais... Voilà.

ENTRETIEN 6 :

Je réalise une thèse sur le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil en médecine générale. J'ai remarqué qu'il était sous diagnostiqué. Quelle est votre expérience sur ce sujet ?

Bah c'est comme tous les dépistages. Tout simplement, c'est tout. C'est tout.

C'est à dire ?

Bah si on était pneumologue, je veux dire, on en rencontrerait systématiquement mais là, je veux dire, on fait pas que ça. Comment dire, bon... on fait en dernier recours. C'est tout.

En dernier recours, c'est-à-dire ?

Bah quand il y a des traitements qui marchent pas, quand euh voilà... quand il y a des récidives trop fréquentes, et voilà... Après on pense à un SAHOS mais bon... pas systématiquement, pas d'emblée quoi. Vous, vous allez me demander de dire : « bah voilà faut faire une mammographie, faut faire un PSA, faut faire... des examens... » et ainsi de suite mais je veux dire... dans ses cas là, on s'en sort plus quoi.

Vous n'avez pas le temps ?

C'est pas qu'on a pas le temps, c'est que... bah... vous pouvez pas dire ça à un patient d'emblée « allez on va faire tous ces examens là ». Il vient pas pour ça. Il vient pas pour un syndrome d'apnées du sommeil.

Et il vient pour quoi alors ?

Bah souvent il vient pas. C'est sa femme qui vient. (Rigole). « Mon mari ronfle ». Elle oublie de dire que elle, de temps en temps, elle peut ronfler aussi. (Rigole).

Et donc ça, ça vous fait rechercher d'autres choses ?

Bah... moi... en premier lieu, je l'envoie quand même chez un ORL, je veux dire avant de faire un bilan de... Bon après, après on fait faire chez le pneumo quoi.

Et il y a d'autres signes cliniques qui vous interpellent sur un possible syndrome d'apnées du sommeil ?

Bah après... bon la fatigue... Mais bon ça c'est tellement... tellement vaste. Et puis après des traitements qui marchent pas, je veux dire, bon par exemple pour une simple HTA ou bien euh... des problèmes cardiovasculaires, voilà euh..., associés à un syndrome d'apnées du sommeil, des fois on a pas les résultats escomptés.

Donc vous ne dépistez pas systématiquement quand ils ont des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Non... Non. Non parce que ça devient trop lourd. Il faudrait presque dans ces cas là je vais dire dépister tous les diabétiques. Hum... tous les coronaropathies... toutes les artériopathies. Il y a du boulot hein ?

Et donc au delà de la plainte, si un patient ne se plaint d'aucun symptôme d'apnées du sommeil, vous ne le recherchez pas ?

Non...

Et à ce moment là vous l'envoyez chez qui ?

Un pneumo... J'ai un ou deux contacts en ville.

Et les patients sont d'accord pour aller faire le diagnostic ?

Bah aujourd'hui ils ont... il y a des examens en ambulatoire, qu'on peut faire à la maison. Bon... c'est un peu moins... un peu moins compliqué que ce qu'on peut faire en hospitalisation. Mais bon ça peut suffire.

Est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

Non, mais même si il y en avait, ça va rien changer.

Donc vous ne vous en serviriez pas ?

Non... Bah des échelles, il y en a eu plein. Alors le... nous on en a plein, parce qu'on a pas que des échelles que pour ça. Je veux dire... du coup je veux dire après on finit par plus les utiliser quoi... Après c'est un peu au pifomètre quoi. Faut dire ce qu'il est. Je fais de la médecine générale, bah voilà... Je suis pas spécialiste, c'est tout. Maintenant si ça va pas, je passe la main. Au début, c'est tout feu tout flamme, on essaye de tout faire, mais après... Ca se calme.

Comment avez vous été sensibilisé au syndrome d'apnées du sommeil ?

Hum... parce que quand j'avais des patients qui étaient appareillés et qui suivaient correctement leur traitement, euh... ces patients là disaient eux-mêmes qu'ils étaient améliorés. Et donc quand ils sont pas améliorés, c'est... il y a pas 50 solutions, souvent c'est que c'est mal fait ou que... c'était peut être pas ça. Euh on n'en sait rien. Mais bon quand même, quand ils prennent leur traitement correctement, ils sont contents donc ils me... ils le réclament. Du coup on a tendance quand même dans ces cas là, à essayer d'en chercher un peu plus. C'est tout bête je pense...

On en parlait au niveau de votre formation initiale ?

Ah non. En ce qui me concerne moi ? Ah non. Moi ma formation initiale, elle date d'il y a 30 ans (rigole). Il y avait pas tout ça.

Et vous faites partie d'une FMC ?

Oui.

Et ils en parlent en FMC ?

Non... Bah ça fait partie entre guillemets des facteurs de risque, je veux dire... dans les pathologies chroniques, les trucs comme ça. Faire juste, euh... je veux dire, un truc là dessus, non on a pas eu.

Qu'est-ce qui pour vous pourrait améliorer le dépistage ?

Rien... Sauf celui qui est intéressé. Mais dans ces cas, s'ils s'intéressent au SAHOS, il va... il va laisser tomber autre chose. Alors où est la priorité ? Bon déjà je veux dire... moi j'ai pas les chiffres en tête mais bon les mammographies systématiques, on doit être à combien ici... on doit être à tout casser à 50%, dans le Nord. Euh... les frottis, je pense qu'on est encore à moins que ça. Les hémocults, alors là on doit être à 20%. Les touchers rectaux, on doit être à 5% (rigole).

Mais au delà du dépistage systématique, vous avez pas...

Bah après c'est au cas par cas quoi... On va pas commencer à mettre la zizanie dans le couple, en disant, tiens : « Votre mari il ronfle ? On va lui faire un examen ? » (rigole). Il va se pointer en vous regardant « Qu'est-ce que tu m'as fait ? » (rigole).

Et vous avez beaucoup de patients appareillés ?

Oh une dizaine.

C'est vous qui les avez dépisté ?

Non pas tous. Sur les 10 non.

Et les autres ont été dépisté comment ?

Ah bah des fois c'est... bah quelqu'un qui faisait des bronchites chroniques à répétition, on l'envoie chez le pneumo pour voir si il y a pas une allergie et puis le pneumo il fait un examen plus approfondi, donc voilà c'est tout. Sinon souvent je vous dis... souvent c'est même ou des pathologies enfin... il y a une pathologie pulmonaire sous jacente ou un... quelque chose de cardiovasculaire quoi. C'est tout... Mais bon, même quand c'est comme ça... je veux dire moi j'ai des patients, je veux dire... j'ai des patients : j'ai l'exemple de deux qui sont appareillés depuis combien ? depuis 6 mois, bah ça fait combien de temps que je leur en parle ? ça fait dix ans que je leur en parle.

Et c'est à force d'en parler que vous avez réussi à les faire diagnostiquer ?

Même pas. Non bah... il y en a une c'était... une c'est parce que c'était une hypertension qu'on arrivait pas à... à juguler. L'autre c'était, bah... à la suite d'une découverte d'une insuffisance cardiaque donc voilà. Et en plus il avait un syndrome d'apnées du sommeil. Un jeune. La trentaine qui est bon pour une greffe cardiaque mais euh...

Donc au delà des profils typiques, il y a quand même des profils atypiques ?

Bah oui. Qui est-ce qui vous a proposé cette thèse ? C'est vous ?

C'est moi. Parce que j'ai fait plusieurs recherches sur le syndrome d'apnées du sommeil et j'ai remarqué qu'il restait sous diagnostiqué, alors il y a plein... ils donnent plein de raisons mais je voulais avoir l'avis des médecins. Savoir comment on pouvait l'améliorer ?

Bah il faudrait toujours l'améliorer. Mais... Et si pourtant c'est pas... en plus en ville, bon on a les moyens. En campagne, peut être que c'est un peu plus difficile parce que bon il faut aller euh... il faut aller voir un spécialiste, il faut être hospitalisé... ou alors être hospitalisé donc des fois ils veulent pas trop. Mais bon ici, on peut dire qu'on peut avoir un examen au

bout de 15 jours, on a un examen quoi... sans difficultés. Mais bon je pense... ça reste pas la priorité. Enfin j'ai l'impression. On nous demande tellement de choses à dépister que toute compte fait, après ça... on casse toutes les priorités des autres... du coup il y a plus de priorités. Pour moi la priorité, ce serait déjà arrêter de fumer mais bon... On y arrive pas non plus. Pour essayer de faire arrêter quelqu'un de fumer, il faut déjà prendre du temps un... Bah ça prend du temps mais c'est souvent on va dire, ça se fait par obligation quoi.

(Informations personnelles)

Et donc vous avez environ 10 patients appareillés sur 600 patients MT déclarés c'est ça ?

Souvent les patients qui sont déjà appareillés, ce sont des gens qui sont souvent déjà en ALD. Très souvent. Je les vois mal, parce que si l'appareil est pas pris en charge, je veux dire... on va pas se faire d'illusions non plus. Parce que pendant un moment, la sécurité sociale voulait refuser le remboursement pour les gens qui ne... qui n'utilisent pas correctement l'appareil là. Je crois que ça a été refusé mais c'était proposé quand même. Je sais même pas où ça en est cette loi d'ailleurs ? Parce qu'ils ont une puce maintenant, dans l'appareil. Donc ils savent exactement combien de temps c'est utilisé... où et ainsi de suite. Donc après je veux dire moi, par exemple, j'ai pas la notion quand les gens partent en vacances, je veux dire on... ils me disent pas si ils prennent leur appareil ou non. Mais nous, on sait pas toujours.

Voilà.

Merci beaucoup alors.

ENTRETIEN 7 :

Je réalise une thèse sur le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil en médecine générale, dans le Nord Pas de Calais. J'ai remarqué qu'il était encore sous diagnostiqué.

Est-ce que vous trouvez que le syndrome d'apnées du sommeil est un sujet important ?

Oui.

Hum hum... En quoi ?

Bah c'est une pathologie qui est assez récente. Et effectivement, il y a eu des... beaucoup d'avancées, parce que je m'aperçois que les gens traités par exemple euh... ont un meilleur profil tensionnel. Il y a une répercussion aussi sur le cardiovasculaire. Oui, on a quelques fois des hypertensions artérielles réfractaires qui sont corrigées après correction de... l'apnée du sommeil. Oui pour moi c'est important.

Ok. Donc vous remarquez que ça touche souvent des patients avec un profil comme ça ?

Bah il y a des éléments d'orientation qui font que on dépiste un... on demande un dépistage de l'apnée du sommeil : les gens qui sont obèses, quand il y a une somnolence diurne, ronflements, des apnées respiratoires remarquées souvent par l'épouse. Ou bien quand on a des pathologies cardiovasculaires qui... qui restent inexplicables... enfin qui sont mal corrigées en tous les cas par euh... par les traitements classiques. Et il y a beaucoup de demandes aussi de la part des cardiologues.

Dans quel sens ?

Quand ils ont une hypertension artérielle qui est pas bien équilibrée, ou bien quand ils ont un profil, euh..., profil de gens obèses, ils demandent assez facilement.

Ok. C'est eux qui font la demande ou ils vous le demandent à vous ?

Non, ils me font la demande à moi. Et moi ça m'arrive aussi de... de faire la demande au pneumologue.

Et donc avec ce faisceau d'arguments, vous les envoyez chez qui ?

Alors soit chez le pneumologue libéral, ou ici chez le pneumologue hospitalier parce qu'il y a un grand plateau de pneumologie ici à [ville du secteur du MG]. Il y a aussi un grand plateau de pneumologie privée à [centre hospitalier du secteur]. On fait un peu tout.

Et est-ce que pour vous il y a des patients qui au delà de ce profil là pourraient avoir un syndrome d'apnées du sommeil ?

Alors oui. On pourrait le rechercher, mais ça c'est beaucoup moins, enfin... de mon côté c'est beaucoup moins fréquent... en cas de... d'AVC, dans les recherches d'AVC on pourrait le rechercher. Après des accidents d'automobile ou bien des accidents de travail, je pense que c'est aussi une piste sur lesquelles on pourrait le... s'orienter. Des troubles du rythme aussi... les troubles du rythme cardiaque. Oui... après il y a un peu de neurologie aussi, je pense qu'une certaine neuropathie, je crois qu'on pourrait attribuer à l'apnée du sommeil.

Et c'est ce que vous faites ?

Non... non je vous avoue, je fais pas... C'est un peu trop vaste.

Et est-ce que vous faites un dépistage un peu systématique chez des patients avec des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Les envoyer directement... ?

Hum hum.

C'est très fréquent mais c'est pas automatique.

Et qu'est-ce qui fait que vous pensez à un syndrome d'apnées du sommeil ?

Soit sur les signes fonctionnels que j'ai expliqués ou bien soit sur des pathologies qui sont à risque, soit pulmonaire... ou cardiovasculaire surtout. Un peu de neurologie mais bon...

Vous pensez que le syndrome d'apnées du sommeil touche beaucoup de vos patients ?

Oui... J'ai beaucoup beaucoup de patients qui sont... appareillés.

Et c'est vous qui les avez dépistés ?

Pfff... En partie oui... En partie ce sont les autres spécialistes qui demandent qu'on fasse le

dépistage. Dans les cas que je vous ai dit... Et aussi les gens qui sont euh... qui sont suivis par le pneumologue pour une bronchite chronique... ils font très souvent du dépistage.

Dans d'autres entretiens, des médecins me parlaient de confrères généralistes qui s'étaient formés au dépistage ambulatoire du syndrome d'apnées du sommeil. Vous en connaissez ?

Non la polygraphie ambulatoire, pour moi c'est le pneumologue qui le fait. Si il y a un doute, ils font une polysomnographie.

Vous seriez intéressé par le diagnostiquer vous même ?

Non j'y ai jamais pensé. Parce que... parce que je pense qu'il y a un acte technique derrière donc je... ce n'est pas à ma portée.

Ok. Les délais sont rapides pour la consultation chez le pneumologue ?

3-4 mois. Enfin c'est long.

Et vous pensez que le retard est préjudiciable au patient ?

Bah bien sûr. Toutes les... Tout avis qui est demandé chez un spécialiste, tout retard c'est préjudiciable, que ce soit dans n'importe quel domaine.

Dans quel sens ?

Parce qu'on... c'est des pathologies qui peuvent entraîner des complications donc on est pas à l'abri de... entre la suspicion et le diagnostic et l'appareillage, qu'il y ait une complication, ça peut arriver.

De quel genre ?

Je sais pas moi, un AVC, un infarctus, un trouble du rythme...

Et dans votre expérience, vous avez déjà eu des patients dépistés au stade des complications ?

Ah si j'en ai déjà eu. Je pense que c'est toujours pareil. Ce sont des gens avec des grosses comorbidités, on a peut être... on voit qu'il y a un syndrome d'apnées du sommeil et certaines choses auraient peut être pu éviter si on a fait des diagnostics plus tôt. C'est comme pour tout.

Est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

Alors des outils d'aide... je crois qu'il y a l'échelle d'Epworth, qui doit être faite par le patient en salle d'attente. Ca je le fais pas moi.

Je vous l'ai ramenée. Vous l'utiliserez si vous l'aviez à disposition ?

Oui éventuellement oui. (Lit le questionnaire). Je sais que c'est le pneumologue qui le fait ici. Enfin, je connais un petit peu ça. Mais je l'utilise pas.

J'ai une deuxième échelle. C'est le questionnaire de Berlin, plus axé sur les symptômes d'apnées du sommeil alors que l'Epworth est plus axé sur la somnolence diurne.

D'accord. Non je ne connais pas ça. (Lit le questionnaire). Non je ne connais pas.

Et vous l'utiliserez ?

Bah oui, possible.

Vous en pensez quoi ?

Je pense que c'est simple. Il y a des questions qui sont fermées, donc euh... il y a quelques items, on est forcément obligé de répondre. (Lit le questionnaire). Les questions sont simples à comprendre.

Et vous l'utiliserez comment ?

Ca je le donnerais plus au patient pour le remplir en salle d'attente et je le reverrais ensuite.

Et dans quelles conditions ?

En cas de suspicion. Oui parce qu'après dans le suivi, ils sont contrôlés par le... par le pneumologue qui fait donc les enregistrements du sommeil et qui voit si c'est le euh... si l'appareillage est efficace ou pas.

Qu'est-ce qui selon vous pourrait améliorer le dépistage en médecine générale ?

(Tousse). Améliorer le dépistage ? Bah d'abord des... des délais de consultation plus court, d'une part. Et certainement de... Avoir des fiches synthétiques, un petit peu comme ça c'est fait avec le syndrome des jambes sans repos ou bien les douleurs neuropathiques, à disposition du médecin avec quelques... quelques questions clés, pour euh... pour évoquer facilement le diagnostic, et puis ensuite entreprendre un dépistage. Oui ça serait pas mal

oui.

Et pour vous, qu'est-ce qui fait qu'il existe un sous diagnostic du SAHOS ?

Ce qui fait ? Bah je crois que les consultations elles sont... il y a toujours plusieurs motifs de consultation, ce qui fait qu'on est limité dans le temps, et que c'est pas... on peut pas toujours tout aborder. Je crois que c'est le cas pour le dépistage de toute pathologie de toute façon. Et surtout c'est... surtout ça à mon avis. Ouais parce que y penser on y pense.

Comment avez vous été sensibilisé au syndrome d'apnées du sommeil ?

Parce que j'ai commencé à en entendre parler. Parce qu'il y a eu des articles dans le quotidien du médecin, dans la revue du praticien, j'ai un petit peu fouillé. Parce que j'ai fait... j'ai fait un diplôme de... sur l'hypertension artérielle et c'était un sujet qui était important, dans le diplôme. Un petit peu... un tout petit peu de connaissances sur l'apnée du sommeil.

Et c'était il y a combien de temps cette formation ?

La formation c'était il y a 10 ans. Non pas 10 ans, je dis des bêtises. C'était il y a 5 ans, il y a 5-6 ans.

Et au delà de ça, on en parlait dans votre formation initiale ?

Non non non. Dans ma formation initiale, ça a jamais été évoqué non. A l'époque on parlait du syndrome de Pickwick mais je sais pas si c'est vraiment relié, si... parce qu'on en entend plus parler du syndrome de Pickwick. Le syndrome de Pickwick, c'était des gens qui s'endormaient à table ou... un peu n'importe quand quoi. Mais on parlait pas d'apnées du sommeil à l'époque.

Et vous faites des formations en FMC ?

Je fais un petit peu de formation en FMC. J'ai des abonnements aux revues et je fais de temps en temps des diplômes interuniversitaires sur Internet.

Et on a parlé du syndrome d'apnées du sommeil en FMC ?

Oui en FMC, on a déjà parlé... Il y a une FMC labo, ils en avaient parlé... ils l'avaient évoqué, c'était le... je me souviens plus si c'était le sujet principal mais ça avait été évoqué oui. Et les pneumologues quand ils se sont installés à la [centre hospitalier du secteur], la clinique à [ville du secteur du MG], ils ont fait montré leurs plateaux techniques dont les... les systèmes de polygraphie et de polysomnographie aux médecins généralistes. Ca a aidé un petit peu... pour faire connaître le syndrome.

Et les patients viennent vous voir ou c'est vous qui recherchez...

Il y a des patients maintenant qui disent « docteur je crois que j'ai un symptôme d'apnées du sommeil ». Parce qu'il y a beaucoup de gens maintenant qui sont appareillés. Il y en a qui viennent en disant « je crois que j'ai comme le voisin ». Et c'est eux qui demandent quelque fois le... à ce qu'on les dépiste.

Dans votre expérience, vous avez des patients ne correspondant pas du tout au profil typique ?

J'en ai quelques uns où ça a été demandé et effectivement ils avaient pas du tout le profil. Je l'avais devant moi et c'était étonnant. Et j'ai eu aussi un cas d'apnées du sommeil chez un enfant, mais en rapport avec des grosses grosses amygdales. Il a été opéré et guéri.

Et ce patient qui n'avait pas le profil, c'est vous qui l'avez dépisté ?

Ah non, c'est pas moi. Je l'ai plus en mémoire... Je crois que c'était une dame. Ca a été demandé pour quoi ? je ne sais plus. Mais je m'en souviens parce que ça m'a étonné, je me suis dit « tiens, elle a un syndrome d'apnées du sommeil », et j'y pensais pas du tout. Je sais plus du tout qui avait demandé. Je me demande pas si c'est pas son psychiatre qui avait demandé, parce qu'il la trouvait fatiguée ou des trucs comme ça. Il y avait pas de pathologie psychiatrique, enfin... sa pathologie psychiatrique était équilibrée et puis ça l'avait étonné. Je pense, j'ai le souvenir de ça mais j'ai plus le dossier précis en tête.

Donc sur des troubles du sommeil ?

Oui c'est quelque chose qui l'intéressait et puis euh... je sais plus précisément désolé.

Et vous c'est quel signe clinique principal qui vous tilte ?

Moi c'est surtout le ronflement, la somnolence diurne ou bien les céphalées aussi. Céphalées matinales ou bien céphalées qu'on comprend pas bien. Ou bien les... ce sont des signes d'appel. Surtout le ronflement je dirais.

Et vous avez beaucoup de patients appareillés dans votre patientèle ?

Oui, il y a en a beaucoup. Je peux pas vous donner un chiffre précis. Mais il y en a aussi beaucoup qui abandonnent après l'appareillage.

Pourquoi ?

Parce qu'ils s'adaptent pas. Ils sont pas adaptés à la machine et ça va pas.

Et donc vous faites quoi à ce moment là ?

Bah on essaye de les motiver, de dire que c'est bon pour leur santé, ceci cela mais... au bout de 2 fois, le pneumologue dit à la société de... d'enlever l'appareil parce que ça coûte.

ENTRETIEN 8 :

Je réalise une thèse sur le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil en médecine générale, dans le Nord Pas de Calais.

Pensez vous que le syndromes d'apnées du sommeil tient une place importante dans votre pratique quotidienne ?

Bah on y pense souvent. On y pense souvent. Ouais...

Est-ce que ça touche beaucoup de vos patients ?

Non. J'en ai quoi... je dois en avoir euh... 4-5.

Quels sont les signes cliniques qui vous font penser au syndrome d'apnées du sommeil ?

Bah souvent c'est les patients... Moi je parle beaucoup avec mes patients, c'est souvent des patients qui me parlent qu'ils ronflent, non c'est la... la... la femme qui dit qu'il ronfle ou le contraire. Et puis on va aller le rechercher quand on a quelqu'un qui a un syndrome métabolique, qui est costaud et tout. Quelqu'un qui a une tension qu'on a du mal à équilibrer... euh quelqu'un qui est fort fatigué alors qu'il n'a rien à faire de sa journée. Et voilà c'est surtout ça en fait.

Et vous parlez de syndrome métabolique, vous le recherchez systématiquement chez vos patients ?

Bah non... je... syndrome métabolique visuel. Quelqu'un qui a... qui est super costaud, qui est... qui a une mauvaise alimentation, qui commence à associer cholestérol diabète, euh... surcharge pondérale tout ça. Quand il commence à avoir beaucoup de facteurs, à ce moment là, on se méfie.

Est-ce que pour vous il existe des symptômes atypiques du syndrome d'apnées du sommeil ?

La déprime. La dépression. La fatigue. Surtout ceux là.

Et vous en dépistez beaucoup dans ces symptômes atypiques ?

Non... non non. Non j'en ai que 5. J'en ai que 5 donc je peux pas avoir non plus une grande euh... une grande expérience mais il y en a un... je crois que ça s'est déclenché, on y a pensé au départ parce que le moral il allait pas du tout et puis on a gratté un peu partout et puis on est parti là dessus et puis on a... on a tiré là dessus. Mais ça a mis du temps hein... le fait d'arriver jusqu'à penser au syndrome d'apnées du sommeil et puis de faire les examens quoi.

Et est-ce que vous avez déjà fait le dépistage après des complications ?

C'est quoi ça ?

Après des complications du syndrome d'apnées du sommeil ?

Le dépistage après des complications ? Ca veut dire quoi ça ?

Est-ce que vous auriez pensé au syndrome d'apnées du sommeil après certaines complications ?

J'en ai pas eu, non...

Et après qu'un confrère vous l'ai demandé ?

Non, ça ne me dit rien.

Et une fois la suspicion clinique, vous faites quoi ?

Ah bah direct pneumo... euh pour euh... rechercher, euh... une polysomnographie. On a des pneumos à [ville du secteur du MG] donc ça va relativement vite.

Ca met combien de temps environ ?

Alors il y a les... un grand ralentissement après... pendant quelques temps... parce que [pneumologue du secteur] était débordé. Mais apparemment maintenant ils font des recherches, des polysomno à l'hôpital. Et maintenant je crois qu'ils en font un peu partout, je crois qu'ils en font aussi à [centre hospitalier du secteur]... euh... Donc je dis aux gens de chercher un peu à droite à gauche. Et en général si ils cherchent un petit peu, ils arrivent à trouver dans les... allez dans le mois qui suit quoi. A un moment [pneumologue du secteur] ils en pouvaient plus, ils étaient dépassés quoi.

Certains médecins nous parlaient de confrères qui faisaient le diagnostic eux même, ça vous dit quelque chose ?

Non mais j'ai eu une fois un patient qui a été faire une polysomnographie qui a été demandée et faite chez un neurologue, à [ville du secteur du MG].

Et vous vous seriez intéressé par faire le diagnostic vous même ?

Non.

Pourquoi ?

Pas le temps. Vous avez vu mes journées. On va pas encore faire les nocturnes, c'est bon.

En effet. Et quand vous suspectez un syndrome d'apnées du sommeil, la confirmation est systématique ?

J'ai rarement eu... alors j'ai déjà eu des syndromes d'apnées mais à non appareiller... euh à pas besoin d'appareiller. Pfff... j'ai peut être eu une fois où ça ne s'est pas confirmé, mais c'est même pas moi qui l'ai demandé en plus. Mais j'ai déjà vu une fois un courrier que quelqu'un cherchait un syndrome d'apnées pour une dame dans le cadre de la dépression et ça ne s'est pas confirmé.

Est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

Non.

Il existe des questionnaires standardisés. Vous en connaissez ?

Non...

Alors j'en ai ramené 2. Il y a l'échelle de somnolence d'Epworth, qui évalue plutôt la somnolence du patient, la somnolence diurne.

Hum hum... (Regarde l'échelle d'Epworth et veut me le rendre).

Et derrière il y a le questionnaire de Berlin, alors là c'est plutôt sur les signes du syndrome d'apnées du sommeil. Vous les connaissez ?

Les échelles on les connaît pas, mais les questions on les pose. (Regarde le questionnaire de Berlin). Les questions on les pose, surtout celui là (montre le questionnaire de Berlin) mais c'est vrai que l'échelle je la connaissais pas et puis non je l'ai pas faite.

Et vous l'utiliserez ?

Si ça peut être pas mal. Celle là (montre le questionnaire de Berlin), elle peut être pas mal.

Et dans quelles conditions ?

Bah si j'ai un doute, ça peut déjà être un pré pré diagnostic.

Comment avez vous été sensibilisé au syndrome d'apnées du sommeil ?

Par mes études (rigole). Non j'en sais rien, je sais pas.

Vous faites partie d'une FMC ?

Non comme ça... C'est mon métier. Non, non non. Non euh... comme ça.

Et qu'est-ce qui selon vous pourrait améliorer le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil ?

Bah peut être un accès plus rapide à la polysomno... ou du moins à la consultation pneumo. Après une fois que c'est enclenché, c'est enclenché. Le frein il est là. Le frein il est dans le retard... dans le retard à avoir le rendez-vous pneumo ou la polysomno. Une fois que c'est fait c'est tout. Donc... c'est tout.

Au fil de mes lectures, j'ai remarqué qu'il était sous diagnostiqué. Est-ce que pour vous il existe un sous diagnostic ?

Oui je pense qu'il y en a qui passent à la trappe.

Et pourquoi à votre avis ?

Parce que Madame elle entend pas que Monsieur ronfle. Parce que... parce que la fatigue elle passe inaperçu, parce qu'elle a été progressive avec le temps. Et peut être parce que le médecin n'y a pas pensé. C'est tout.

Pourquoi le médecin n'y pense pas ?

Parce que des fois on récupère des patients ça fait 20 ans qu'ils ont leur médecin. Ça fait 15 ans qu'ils ont un traitement d'hypertension et ils ont jamais...et ça jamais été cherché.

Et selon vous, chez les patients que vous récupérez il faudrait faire un bilan systématique ?

Bah il faut y penser en fait... c'est un truc euh... c'est euh... le syndrome d'apnées, il faut y penser, ça existe. Donc faut... faut l'avoir au coin de sa mémoire et puis de temps en temps y penser. 3-4 questions suffisent des fois à repérer quelque chose quoi. C'est à... c'est tout. Ça fait partie... il faut y penser... Donc il y aura des... si un jour il y avait des... des bilans

typiques annuels qu'on ferait avec les patients etc. bah ça devrait faire partie des items. Ca existe pas, on fait pas des bilans de santé euh... mais il y aurait un bilan de santé annuel, il y aurait 10 items, et bah ça devrait faire partie des items. Je sais même pas si à la médecine du tra... la médecine... les bilans de santé... je sais même pas si ils posent des questions là dessus. (Sort un bilan de santé et cherche). Bah ils font souffler déjà (parle de la spirométrie) mais là ils devraient poser 2-3 questions à cet endroit là (montre la fin de la partie spirométrie). Il y a rien. Et je trouve que ça manque. Il y a rien. Je trouve que là ça serait un moyen de faire un dépistage. Parce que les bilans de santé comme ça c'est pas les jeunes qui le font, c'est les plus âgés. Voilà.

ENTRETIEN 9 :

Je réalise une thèse sur le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil en médecine générale, dans le Nord Pas de Calais.

Alors pensez vous que le syndrome d'apnées du sommeil tient une place importante dans votre pratique quotidienne ?

Euh, c'est quoi ? De 1 à 5 ou... Enfin faut répondre... Euh... importante ? Non je peux pas dire importante, non. Non, pas importante, enfin par rapport à d'autres choses, non pas importante.

Ca touche beaucoup de vos patients ?

Pfff... bah en quantité, oh euh... 10, une dizaine. Non, pas pas... pas trop. (Rigole).

Ils sont appareillés ?

Oui il y en a d'appareillé.

D'accord. Et quels sont les signes cliniques qui vous font penser au syndrome d'apnées du sommeil ?

Euh... fatigue, euh... ronflement... enfin signes cliniques euh... surpoids, euh... pathologies associées respiratoires : BPCO, enfin tous les... euh... oui oui surtout... enfin surtout la fatigue et puis le surpoids.

D'accord. Est-ce que pour vous il existe des symptômes atypiques du syndrome d'apnées du sommeil ?

Euh après c'est... enfin c'est pas le manque de concentration, perte de mémoire, des choses comme ça euh... Après des fois... des fois... j'ai un ou deux patients qui étaient cardiaques et ils ont été orientés vers les pneumologues qui ont trouvé euh... en particulier un monsieur qui avait une bradycardie, alors euh... peut être des symptômes cardiaques associés éventuellement. Euh... sinon il y a d'autres ? Enfin vous avez d'autres réponses que je pourrais dire oui ou non ?

Non il n'y pas de bonne réponse. C'est vraiment votre expérience.

D'accord. Euh non je vois pas...

Et ces patients là, c'est le cardiologue qui les avait orientés...

Ouais, ils ont fait... enfin ouais ouais parce que ici à [ville du secteur du MG], ils sont l'un à côté de l'autre donc... et le fait d'appareiller pour les apnées, en fait, ça l'a empêché d'avoir un pacemaker. J'ai eu du mal à comprendre, mais euh... ouais au final, ouais ça... (rigole). Pourtant celui-là il était pas gros en plus.

Est-ce que vous pensez justement que ce profil atypique peut être un frein au dépistage ?

Ah oui... Ouais.

Est-ce que vous avez déjà dépisté des syndromes d'apnées du sommeil après des complications ?

Euh... bah des fois c'est à l'hôpital. Enfin, des complications... après j'ai... après des complications c'est ceux qui sont hospitalisés, à qui on fait le diagnostic là bas. Euh... après j'ai une jeune fille qui est épileptique et on lui a découvert des apnées du sommeil. Pourtant, elle a quoi 22 ans et elle est pas grosse. Mais bon elle a pas fait de complications de son épilepsie. Mais c'était un peu atypique parce que à cet âge là, un syndrome d'apnées du sommeil euh... avec un gabarit normal et puis euh... jeune. Mais après les complications souvent elles atterrissent à l'hôpital et parfois oui j'avoue que sans doute à l'hôpital, peut être qu'il y en a qui auraient été dépisté que j'aurais pas forcément pensé avant.

Et cette jeune fille épileptique, c'était suite à nouvelle crise ?

Bah c'est dans le cadre de son bilan, ouais ouais...

Est-ce que vous faites un dépistage systématique chez un patient qui a des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Pour l'apnée ?

Oui

Non, non.

Vous le faites donc surtout si il y a des signes cliniques...

Oui oui oui. Mais systématiquement non.

Et une fois la suspicion clinique, qu'est-ce que vous faites à ce moment là ?

On l'envoie au pneumo du coin.

D'accord. C'est en ville ou à l'hôpital ?

Non non c'est en ville. Enfin je sais pas par où vous êtes passée pour venir (rigole)... Enfin nous on appelle ça le faubourg du château mais bon... si on connaît pas [ville du secteur du MG] ... Ouais, mais on a des pneumologues allez à un kilomètre d'ici donc...

Ils font quoi à ce moment là : ils envoient à l'hôpital ou un diagnostic ambulatoire ?

Bah euh... le plus souvent en ambulatoire maintenant. Ah oui oui, bah oui. Parce que apparemment maintenant il y a des dispositifs où les gens dorment chez eux, c'est mieux pour... enfin c'est mieux parce qu'il y en a qui à la limite veulent pas passer une nuit à l'hôpital quoi...

Est-ce que vous ça va vite au niveau des rendez vous ?

A un pneumologue ? 1 mois et demi, 1 mois - 1 mois et demi.

Et justement dans le cadre de ce diagnostic ambulatoire, est-ce que vous seriez intéressé par le faire vous même ?

Pfff... non. Parce que déjà la charge de travail, elle est suffisamment importante alors après si... on fait tout après : on met les implants, on fait (rigole), c'est pas votre domaine mais bon je veux dire si on veut, on... enfin c'est... je fais pas... non non, franchement non, chacun son... non.

Est-ce que quand vous suspectez un syndrome d'apnées du sommeil, la confirmation est systématique ?

Hum... euh... presque, presque. Allez 9 fois sur 10. Enfin c'est pas tous les jours qu'on a des apnées mais oui je dirais que la plupart, quand j'y pense, a priori oui. Ouais ouais, c'est confirmé.

Est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

Des apnées ?

Oui

Non, non...

Il existe des questionnaires standardisés, je sais pas si ça vous dit quelque chose ?

Si si... enfin... ça me dit... il y en a partout. Je veux dire, on en a dans l'asthme, on en a dans la BPCO, on en a dans... dans Dieu sait quoi donc euh... (rigole) donc... Sans doute qu'il y en a un dans l'apnée, ça c'est sûr et certain.

Alors je vous en ai ramené deux. Alors le premier c'est l'échelle de somnolence d'Epworth, qui évalue la somnolence diurne.

(Regarde l'échelle d'Epworth). Hum hum.

Et derrière il y a le questionnaire de Berlin, qui évalue plutôt les signes cliniques du syndrome d'apnées du sommeil.

(Regarde le questionnaire de Berlin)

Qu'est-ce que vous en pensez ?

(Regarde l'échelle d'Epworth). Bah oui c'est sûr que c'est intéressant mais après le problème c'est qu'après, on a... on risque... enfin on en a pour tout quoi donc enfin c'est pareil... euh... faut le sortir du tiroir, il faut y penser, euh... enfin pour tout, pour l'asthme, la BPCO et tous ces trucs un peu..., mais enfin on pourrait en avoir pour d'autres pathologies aussi donc après... on s'en sort plus quoi, enfin je veux dire... Donc soit on y pense ou on a un doute et puis on... pas obligé d'avoir forcément le score. (Regarde le questionnaire de Berlin). Enfin, à [ville du secteur du MG], ils sont pas forcément tous très cortiqués, donc (rigole) c'est pas... le questionnaire c'est pas forcément...

Et vous les utiliseriez vous même en consultation ?

Non non.

Et vous avez déjà vu des pneumologues vous demander de l'utiliser ?

Euh... qui demande d'utiliser non. Après dans les courriers, peut être qu'ils signalent un score quoi mais... mais bon... j'en suis pas sûr ça, j'en suis pas sûr.

Comment vous avez été sensibilisé au syndrome d'apnées du sommeil ?

Bah euh... je vais encore à des EPU le soir et... bon on a un pneumologue du coin, vous les connaissez pas... enfin du coin mais pas de [ville du secteur du MG] mais sur [ville du

secteur du MG] qui fait régulièrement... [pneumologue du secteur] par exemple. Donc l'apnée bon il a dû en parler. Mais bon ça, c'est..., l'apnée c'est connu, le tout c'est d'y penser quoi. Le tout c'est d'y penser à l'apnée parce que c'est vrai qu'on va y penser avec quelqu'un de très gros, on va pas forcément y penser avec quelqu'un, enfin... de plus maigre ou plus jeune, ou plus... ou qui ronfle pas, éventuellement.

D'accord. Et qu'est-ce qui pour vous pourrait améliorer le dépistage en médecine générale ?

Améliorer le dépistage en médecine générale... ? De toute façon, il y a pas de Peak Flow pour... donc (rigole). De toute façon le Peak Flow je l'utilise pas, j'ai pas le temps. Je l'utilise pas non plus. Arrghh... qu'est-ce qui pourrait améliorer le dépistage... ? J'ai pas d'idée...

Pour vous quels sont les principaux freins au dépistage du syndrome d'apnées du sommeil ?

Euh... pfff... bah après les délais d'attente mais enfin... je veux dire, on est pas à 1 mois et demi près non plus... l'apnée c'est pas comme l'infarctus enfin l'angine de poitrine ou des choses comme ça quoi... euh... Pfff, maintenant qu'on peut le faire chez soi, déjà les gens ils sont moins réticents à faire leurs enregistrements. Non je pense que le tout c'est d'y penser quoi, c'est pas..., après bon une fois qu'on a parlé de ça, c'est pas contraignant donc ils adhèrent, ils adhèrent.

Moi j'ai remarqué qu'au fil de mes recherches, il était sous diagnostiqué. Est-ce que vous dans votre expérience, ils vous semble sous diagnostiqué ?

Ah oui sûrement, sûrement. Ah oui sûrement. Ah oui cette jeune fille là, enfin qui est épileptique, jamais j'aurais pensé qu'elle puisse faire des apnées du sommeil, jamais. Et dans le sens inverse, j'avais un patient qui était persuadé de faire de la narcolepsie parce qu'il dormait tout le temps. Faut dire il fait au moins 160 kilos. Et donc il a été voir un neurologue, persuadé que c'était de la narcolepsie, parce que... et en fait c'était des apnées du sommeil sévères euh... mais lui il refusait, enfin il voulait pas en entendre parler, pour lui c'était forcément... c'était forcément de la narcolepsie parce qu'ils s'endormait partout, même dans la salle d'attente (rigole) donc euh... Et pour finir c'est des apnées du sommeil sévères, très sévères.

Et au final c'est le neurologue...

Ouais c'est le neurologue qui a fait le diagnostic. C'est lui qui l'a enregistré quoi et l'a appareillé.

Ok ok. Je n'ai plus de questions.

ENTRETIEN 10 :

Je réalise une thèse sur le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil en médecine générale, dans le Nord Pas de Calais.

Alors pensez vous que le syndrome d'apnées du sommeil tient une place importante dans votre pratique quotidienne ?

Bah oui. Euh... bah oui. Beaucoup. Chez les obèses, les diabétiques, et aussi... des surprises aussi, chez les enfants... et chez les jeunes adultes. Et même chez moi, qui a un IMC... strictement à la baisse. Dans la famille, bah voilà.

Ca touche beaucoup de vos patients ?

Bah oui puisque qui cherche trouve.

Qu'est-ce qui vous fait penser à dépister le syndrome d'apnées du sommeil chez vos patients ?

Bah je leur demande s'ils ronflent en premier. S'ils s'endorment en deuxième. Euh... et puis je regarde l'IMC. Je regarde s'ils sont en forme ou s'ils sont fatigués. Et voilà... Le diabète, enfin les... les patacaisses de neuroleptiques et (rigole) et de... et d'anxolytiques et... voilà. Et surtout l'IMC, je regarde l'IMC. Tout ce qui est obésité morbide ou même... voilà. Après bon bah je regarde aussi leur défilé (montre la bouche), bah oui ça on est très très amené à le faire. Puis voilà, c'est surtout les endormissements très très bizarres.

D'accord. Et c'est une plainte du patient ou c'est... ?

C'est moi qui pose les questions aussi. Bon ici avec la campagne, si on leur retire pas un peu les vers du nez, c'est... Quand vraiment ils arrivent, qu'ils s'endorment au volant ou dans la salle d'attente, bah... en 3 jours ils ont leurs machines. Voilà. Quand ils viennent d'eux même parce qu'ils s'endorment où qu'ils soient... bon... euh... là en 3 jours, ils ont leurs machines, je voudrai rien dire mais enfin.

Donc c'est plus un dépistage systématique de votre part sur un certain profil ?

Tout le temps. Bah sur certains profils... moi mon pneumologue m'a dit que moi j'avais pas le profil. Première question, c'est quand même « ronflez vous ? ». Je trouve quand même voila... et même si un gosse qui s'endormait en classe. C'était les amygdales qui faisaient clapet. J'en ai eu deux. J'ai eu un adulte aussi comme ça.

Chez ces profils un peu atypiques, vous faites comment ?

Bah le jeune... un jour j'achèterais peut être une satu mais bon... Je regarde s'ils sont pas bleus et puis je pose les questions et clac, j'envoie en pneumo.

Mais systématiquement devant chaque patient ?

Systématiquement devant chaque patient, bah... non. Enfin s'ils sont déjà obèses, hypertendus, diabétiques, euh... que l'IMC hmmm (écarte ses mains l'une de l'autre), c'est des questions qu'on pose, je sais pas, plus qu'une fois par an, c'est évident. C'est évident. Euh c'est une question normale. L'oxygène quand même c'est... la base. Voilà. Pour moi, je sais pas, sans oxygène... (rigole) il y a pas grand chose qui va aller. Voilà.

Et une fois la suspicion clinique faite, vous les envoyez où ?

Ah bah direct, bah chez le pneumologue, n'importe lequel, il n'y a pas de charlatans par ici. Ils sont tous bien : [villes du secteur]... enfin voilà. Ils sont tous bien, ils font tous les bilans.

C'est plus à l'hôpital ou en ville ?

Bah... 70% la ville parce que c'est peut être légèrement plus rapide mais à l'hôpital ils assurent aussi, aussi bien. Donc euh... toutes les cliniques par ici le font. Voilà.

Et vous avez un rendez-vous en combien de temps ?

Je sais pas... mais euh sous 3 jours même avant quand c'est vraiment dangereux, qu'ils s'endorment au volant, qu'ils s'endorment vraiment dans la salle d'attente. Ils ont vraiment le papier dans leurs mains, à remettre directement directement, ou à lire la lettre au téléphone (rigole) pour qu'ils aient leurs rendez vous. Voilà.

Et certains de vos patients ont-ils été dépistés par un confrère ?

Non.

Suite à une hospitalisation ?

C'est peut être arrivé une fois, mais en règle générale, j'y pense. Bah oui, mon père il l'a, moi je l'ai donc pour pas y penser... Etre tout le temps là avec la satu (rigole). Non mais c'est

vrai... Je leur fais prendre... tous ceux qui sont un peu douteux, ils sortent de chez moi et ils vont prendre la satu où chez [médecin généraliste du secteur] ou chez l'ambulancier, là où il y a une satu, à [centre hospitalier du secteur] (rigole) et là je leur dis « bon il faut prendre votre satu ».

Vous faites une mesure la journée ou la nuit ?

Bah euh... dès que c'est pour faire la nuit, j'ai... bah voilà dès que j'ai une suspicion, bah je les envoie chez le pneumologue.

Et vous seriez intéressés par faire le diagnostic vous même ?

Oui. Bah l'interrogatoire c'est déjà très important et voilà. Et après le diagnostic carrément bah il faut l'enregistrement.

J'ai d'autres médecins qui m'ont dit que certains de leurs confrères s'étaient formés au diagnostic ambulatoire, est-ce que ça vous intéresserait ?

Bah pourquoi pas. Bah oui.

Est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

Oui.

Lesquels par exemple ?

Je sais pas leurs noms. Mais c'est les tests de veille et de sommeil et d'endormissement. Il y en a deux.

Alors j'en ai ramené deux. Je sais pas si c'est ceux que vous connaissez. Alors il y a l'échelle de somnolence d'Epworth qui évalue la somnolence diurne...

C'est ça oui (regarde l'échelle d'Epworth)...

... et il y a le questionnaire de Berlin qui est plus sur les signes cliniques du syndrome d'apnées du sommeil.

Hum... bah ça je l'ai rempli pour moi. Enfin j'ai répondu aux questions du pneumologue.

Et vous avec vos patients, vous les utilisez ?

Bah je leur demande, je pose les questions. Voilà. Mais je n'utilise pas le questionnaire en soi. Non mais je peux le faire : hop photocopie (prend le questionnaire et va le photocopier). Voilà. Oui c'est sympa la photocopie. Mais bon souvent, ça marche comme ça...

Et vous utiliseriez plutôt lequel des deux ?

Bah... je vais lire et je verrai. Epworth c'est une référence quand même. Voilà.

Donc vous avez été sensibilisé sur le syndrome d'apnées du sommeil par votre expérience personnelle ?

Non non. Je pars du principe que sans oxygène... un poisson rouge sans eau dans l'aquarium... pas très génial et nous, avec une baisse d'oxygène et bah : rentabilité, les VO2... (rigole) ça baisse, ça baisse les performances intellectuelles et puis voilà. Regardez papa le pneumologue, il lui a sucré sa machine et il a fait un infarctus 1 an et demi après, clairement. 28% maintenant (je pense qu'elle parle de sa FEVG), sympa... (rigole). C'est clair. Et dès qu'il a arrêté sa machine, on avait les endormissements, voilà. La même qu'on le ramène de balade, bah à la seconde il s'endort.

Et pourquoi il lui avait retiré la machine ?

Parce qu'il avait des troubles de mémoire, il le mettait pas... Parce qu'il l'a retiré une fois, deux fois, trois fois, la troisième fois il l'a repris. Et après nous on voulait bien le payer et que pépé il le mette de temps en temps, au moins dès qu'il s'endormait trop mais après lui il voulait pas. Et là il est en maison de retraite, on va peut être le... ça il l'avait dit le pneumologue, s'il y a quelqu'un pour lui mettre... mais bon c'est parce que même quand on lui met, 5 minutes après il se relève et... il le retire donc euh... sur le disque, sur la carte mémoire...

Et donc vous votre sensibilisation c'est quoi : c'est la fac, c'est... ?

Ah non pas du tout la fac, la fac euh... pfff... Non non, j'ai toujours trouvé la fac pas adaptée. Une médecine à l'envers, sauf l'internat. L'internat pour nous c'est médecine à l'endroit, c'est douleur-fièvre-ictère. C'est... ce qui nous amène. Enfin, voilà... Et que à la fac c'est maladie de Parkinson, euh machin... C'est à l'envers.

Vous faites des FMC ?

Non rien. Non, non, c'est une sensibilisation personnelle, bien personnelle et puis bah l'activité très variée, voilà. C'est ça. C'est vrai que j'ai pas fait de pneumo, j'ai fait de la cardio

mais justement... Vous êtes un bon cardiologue, bah systématiquement vous vous occupez de l'oxygène et de la respiration, c'est un petit peu logique. Et [cardiologue du secteur] il envoie systématiquement ses doubles au pneumologue de référence du patient. Et combien de fois l'un a besoin de l'autre et l'autre a besoin de l'un. Donc un bon cardiologue doit ne pas se passer du pneumologue, c'est certain qu'on a besoin d'oxygène, c'est tout. J'étais plus dans le cardio mais après l'un ne va pas sans l'autre. Après le diabète et les IMC, bah.... A chaque patient... il y a que moi qui soit en IMC normal (rigole). Voilà en gros. Même tous mes confrères (rigole), il y en a pas un qui est en IMC normal (rigole). Mais bon...

J'ai remarqué au cours de mes recherches que le syndrome d'apnées du sommeil restait sous diagnostiqué...

Ouais chez les gens comme moi.

Et pour vous justement c'est quoi les freins au dépistage ?

Attention on a beaucoup de freins. Euh attention surtout par ici. C'est top pour le diagnostiquer et tout mais la machine ils la rendent. Ils tapent dessus, ils la rendent, on change de masque 3 fois. Et puis voilà... Et ils acceptent pas. Donc voilà, c'est pas le tout de faire un diagnostic, un... après il y a le mental. Ouais... Et le sous diagnostiquage, ouais c'est celui qui rentre pas dans le moule, comme moi. Bah voilà et puis après celui qui refuse. Et après aussi les... par ici ça devient... c'est 1) les rendez vous des spécialistes qui sont... pas très facile d'accès et 2) à chaque fois il faut aller à [villes du secteur], bon voilà... Mais voilà... D'[ville du secteur du MG], le premier pneumologue, il est accessible par train. En libéral. Le pneumologue hospitalier, non, pas par train, il faut train + navette et là c'est le gros bordel. Donc voilà si vous n'avez pas de voiture, ni famille, alors là ça pose problème. Et il y en a déjà, ils veulent pas faire de régime, d'autres... voilà quoi. Il y en a beaucoup ici qui attendent d'être par terre, que le dépistage... Quand on voit les gripes, mammo, frottis, bon... mais c'est vrai que ça c'est beaucoup plus vital, je reconnais. Mais le dépistage par ici, pfff... faut traîner les pieds... même que moi je me vaccine pour la grippe, même que je suis une femme, moi je vais remettre un grand poster que je fais les frottis, tout est en matériel jetable, il y a rien à... Voilà. Mais le problème du dépistage par ici c'est que... euh... voilà, les gens ne veulent pas en entendre parler. Parce que ça leur retire leur bonne idée de bonne santé. Juste faire une prise de sang ou un examen, ça leur retire leur idée de bonne santé, leur intégrité physique. Parce qu'on touche à un truc, peut être que ça sera pas normal et ça les rend fous. Donc ici ils adorent partir par terre... Non mais enfin voilà. Voilà voilà. Et c'est grave, c'est très grave. Enfin il faut les prendre comme ils sont, faut essayer toujours essayer et rabacher, c'est ce que je fais tout le temps. A la limite voilà... moi c'est très rare... A chaque femme : « vous avez un gynécologue, vous y avez été tous les ans ? » mais bon... Et là c'est pareil, je regarde toujours s'ils sont pas légèrement cyanosés de ci ou là... mais bon là c'est vrai qu'il est tard mais bon on fait un dépistage autrement. Mais juste leur demander s'ils ronflent, s'ils sont fatigués le matin. Ils sont pas forcément déprimés. Ca peut... (rigole). Ils sont forts déprimés par ici. (rigole).

Donc qu'est-ce qui pourrait améliorer ?

Bah la satu... et puis même la compliance quoi, que... qu'on me les conduise. Voilà. A la limite, vous remplissez une salle des fêtes, bah voilà... une salle des fêtes nocturne avec des lits (rigole), bon pourquoi pas mais puisque là ils font des salles des fêtes avec des fonds d'oeil, bah voilà... j'ai rien contre que vous distribuez les machines, et puis tout ce qui est IMC pas normal, vous foutez les machines une nuit. Parce que... pourquoi pas, vous me mettez un appareil, je vais faire du va et vient avec mes clients, donc euh voilà... Il me faut l'appareil d'enregistrement tout bête et puis voilà, ici (montre son étagère), et ça sera beaucoup mieux. Voilà ! Ca prend pas de temps, tu mets la machine, c'est la pince à linge, c'est branché sur le courant et après ils reviennent, paf tu mets la carte mémoire et après tu vois si il l'a ou il l'a pas. Et après c'est une nuit directe à l'hôpital. Mais ce qu'il y a de bien aussi c'est les... c'est très très lié aux jambes sans repos etc.... voilà ça peut bien améliorer les gens. Mais bon voilà... sachant que les grands vieillards, bah il y a rien qui leur va, le traitement c'est bien joli de faire des diagnostics euh... pour les jambes sans repos, ils supportent pas les traitements, ça les fait tomber ou ça les mets dans le coma voilà... ? et

pour les appareiller les grands vieillards, bah voilà... ça leur plaît pas, ça leur fait mal, ça leur empêche de dormir, c'est pas ça qu'ils veulent. Un grand vieillard il veut dormir et pas être constipé. Je sais... moi je dis ça comme ça. Donc déjà voilà... et après chez les 35 euh 75 ils sont givrés, moi je peux pas mieux dire, ils ont la tête à l'envers. Ils sont très... très psy. Psy, réfractaire, enfin voilà quoi. Ils ont déjà la vie sociale et rurale et... pas facile, déjà pour eux avoir une carte vitale ou une attestation c'est tout un monde (rigole) alors voilà... Et en plus là, que l'apnée, éventuellement on peut demander une maladie continue de soins de plus de 6 mois, mais ils auront pas l'ALD donc pour les taxis euh... Voilà. Mais qui n'est pas cas sociaux. Moi c'est un manque de temps, j'y vais avec la pneumopathie (chez le pneumo), bon accessoirement je lui dis que je ronfle et que je suis crevé, que j'ai la tête comme ça (mets ses mains autour de sa tête) donc... Bon ceux qui ont une voiture ils ont pas le temps et ceux qui n'ont pas de voiture, bah c'est la zone, c'est [ville du secteur du MG]. Voilà... Donc bah je sais pas, il faut vous y mettre avec les salles des fêtes ou les machines chez les généralistes. Bah voilà j'ai pas de pneumologues à [ville du secteur du MG], j'ai rien et puis de toutes façons à [ville du secteur du MG], il y a pas de train, il n'y a pas de navette, il y a pas de bus. Mais bon après arrivé là bas, les salles d'attente elles sont bondées, enfin... voilà, et puis de toutes façons, le dépistage de l'apnée du sommeil, il fait avec le score machin là bas et voilà après il faut l'hospi en clinique. Voilà. Mais bon vous inquiétez pas, les questions après on les pose. C'est pas un frein. Même celui qui rentre pas dans le moule, le gamin ou ci ou là. Faut y penser. Voilà... ça ça se baisse, la filière pharyngolaryngée, bah hop et puis tu regardes vraiment bien et tu leur demandes de respirer couché et... puis voilà. Tu regardes. Mais bon... ici les machines, il y en a quand même... sur 10 diagnostics, il y en a quand même 1 sur 10 qui est rendu, ou qui est piqué, l'un ou l'autre. Ou qui est rendu, ou qui est piqué par les cartes qui voient observance zéro ou une moyenne de 7 minutes sur 3 mois (rigole), enfin 7 minutes par jour sur les 90 jours, bah à la fin il la pique un... Mais bon c'est des gens sous curatelle, des grands psys... voilà qui continuent de fumer, vas-y.

ENTRETIEN 11 :

Je réalise une thèse sur le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil en médecine générale, dans le Nord Pas de Calais.

Alors pensez vous que le syndrome d'apnées du sommeil tient une place importante dans votre pratique quotidienne ?

Bah oui, quand même, oui, c'est assez fréquent.

Ca touche beaucoup de vos patients ?

Bah quand même où c'est intéressant de faire une recherche d'apnées du sommeil. On s'aperçoit qu'il y a un... Après il faut le rechercher bien sûr mais... Ouais.

Qu'est-ce qui vous fait penser au syndrome d'apnées du sommeil chez vos patients ?

Bah souvent une fatigue, une fatigue anormale. Quand ils disent qu'ils s'endorment facilement dans la journée. Les troubles de concentration, les maux de tête, tous ces signes là. Et puis les ronflements quoi bien sûr. Ouais, pas uniquement mais quand ils ronflent et puis qu'en plus ils sont fatigués et que... Ouais ça ça m'alerte.

D'accord. Et c'est souvent une plainte du patient ou c'est vous qui le recherchez de manière un peu systématique ?

Euh... Plutôt une plainte du patient quand même, en premier. Quand il y a des petits signes d'alerte et puis après il faut y penser mais... ouais...

Est-ce que vous avez déjà eu des symptômes un peu atypiques chez certains de vos patients atteints de syndrome d'apnées du sommeil ?

Euh pfff... je vois pas, non, non. Non. Ou peut être des troubles, quelques fois de l'humeur. Euh... c'est un peu moins classique quoi mais...

Et à ce moment là vous le dépistez en cherchant d'abord les causes des troubles de sommeil avant de rechercher un syndrome d'apnées du sommeil ?

Oui oui. Hmm hmm...

Est-ce que vous avez déjà fait le dépistage après des complications ?

Complications ? Par exemple quoi ?

Ce qui vous vient...

Cardiaque ou... ? Euh... je vois pas, je sais pas.

Pas de souci. Est-ce que vous faites un dépistage systématique chez les patients avec des facteurs de risque cardiovasculaire ?

Euh, pas systématique. Certainement un peu plus souvent, on y pense plus. Mais pas de manière systématique. Ou alors... Quelque fois c'est demandé aussi par les spécialistes. Cardiologue...

Et ils demandent devant quoi ?

Bah peut être avec euh... bah l'hypertension, le surpoids, euh... enfin un ensemble de facteurs de risques quoi. Ca devient peut être un peu plus systématique de faire une recherche d'apnées du sommeil.

Ok. Et une fois la suspicion clinique, qu'est-ce que vous faites ?

Bah je les envoie chez le pneumologue.

C'est en ville, à l'hôpital ?

En ville. Souvent. Ici je travaille avec le [pneumologue du secteur] à Hazebrouck.

Et les rendez-vous sont assez rapides ?

Bah par contre c'est quand même au moins 2 mois de délai pour avoir un rendez-vous.

Et est-ce vous pensez que ce retard est préjudiciable pour le patient ?

En général non. Mais quelque fois ça peut être... je sais qu'une fois, j'avais essayé d'avoir un rendez-vous plus urgent parce que c'était quelqu'un qui s'endormait au volant... Donc c'était quand même... fallait pas que ça traîne des mois. Mais bon...

Donc il fait un dépistage ambulatoire ce pneumologue ?

Oui, ambulatoire. Pour commencer, puis bon... dans quelques cas après une polysomnographie à l'hôpital, quand si c'est pas suffisant l'ambulatoire.

Et certains médecins m'ont dit que certains de leurs confrères généralistes s'étaient formés à l'appareillage, est-ce que vous ça vous intéresserait ?

Non.

Pourquoi ?

Parce qu'on a déjà assez de choses à faire comme ça.

Ok. Quand vous suspectez un syndrome d'apnées du sommeil, la confirmation est systématique ?

Euh... pas toujours, non. Non quelques fois il n'y a pas finalement d'apnées du sommeil. Pas suffisamment enfin, pas à appareiller en tout cas. Mais le plus souvent, oui, le plus souvent, c'est positif.

Donc la plupart de vos patients sont appareillés ?

Oui. Hum hum...

Alors est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

Euh non. Non.

Alors il existe des questionnaires standardisés, je vous en ai ramené deux. Je sais pas si ça vous dit quelque chose. Il y a l'échelle de somnolence d'Epworth...

Ah oui bah ça je le fais à chaque fois, ça. Oui oui, bien sûr, je le fais systématiquement devant un patient.

Et qu'est-ce que vous en pensez ?

Bah oui quand même, ça aide oui... ça aide... les patients du coup ils se rendent plus compte quelques fois quand on leur pose ces questions. Bon après c'est assez euh... c'est pas toujours très précis quand même. C'est pas toujours évident, ils savent pas toujours bien répondre. Je crois qu'on peut facilement... au niveau des points c'est pas toujours bien... enfin je pense que c'est pas forcément très reproductible... Mais bon... et puis il y en a qui me dise : « bah moi par exemple je... », bah je sais pas des choses qu'ils ne font jamais quoi. Par exemple, assis par exemple à côté d'un... ils sont jamais passager d'une voiture, enfin bon... des petites choses comme ça, c'est pas évident... ils ont parfois du mal à donner des réponses très précises mais bon... ça aide quand même, je trouve c'est bien.

Et il y en a un deuxième, c'est le questionnaire de Berlin qui est plus axé sur les signes cliniques du syndrome d'apnées du sommeil. Vous le connaissez ?

Non. D'accord (regarde le questionnaire de Berlin).

Vous l'utiliserez ?

Bah oui...

Et qu'est-ce que vous en pensez ?

Bah... si si c'est bien. Hum... Oui oui, bah ouais je m'en servirai.

Comment avez vous été sensibilisé au syndrome d'apnées du sommeil ?

Euh... (rigole).

La fac... ?

Bah pfff... bah peut être plus, euh je sais pas, on a eu des FMC aussi là dessus et puis bon le fait de lire... de... et puis on s'aperçoit que c'est quand même fréquent donc ça vaut le coup de... d'y penser quoi.

J'ai remarqué qu'au cours de mes recherches il était encore sous diagnostiqué. Pour vous quels sont les freins au dépistage du syndrome d'apnées du sommeil ?

De par les médecins généralistes, enfin pour nous... ?

Oui de votre part.

Bah il y a pas vraiment de freins, non. Bah non. Et puis bon...

Vous le trouvez sous diagnostiqué vous dans votre pratique quotidienne ?

Bah peut être un peu... mais bon... j'essaye d'y penser quand même assez souvent. Non je pense qu'on en dépiste quand même beaucoup plus qu'avant. Je pense... hmmm...

Et qu'est-ce qui pour vous, pourrait améliorer le dépistage en médecine générale ?

Humm... Pff... Non je sais pas, je vois pas. Bah c'est peut être nous quoi aussi, peut être le manque de temps aussi, c'est vrai qu'on a tellement de choses à penser quand on a une consultation, que bon... C'est pas forcément... Voilà, c'est relativement facile quand même, en posant quelques questions, on peut y penser. Après il faut que les patients soient motivés pour euh... Et puis après c'est le... aussi... enfin l'ascension de l'appareillage, je trouve qu'ils sont pas toujours très... ils sont pas toujours prêts à vouloir se faire appareiller. Il faut réussir à les convaincre qu'ils iront beaucoup mieux quoi.

Et au niveau du diagnostic, quand vous leur dites d'aller voir le pneumo, ils sont pas

réticents ?

Non en général ça va. Bon il y en a toujours quelques uns mais non en général, si vraiment ils sont gênés par ça, ils vont... ils vont y aller quand même.

Et donc vous, vous n'avez pas de patients un peu atypiques : des sujets minces ou sans facteurs de risques cardiovasculaires ?

Ah bah quand même hein..., c'est pas toujours... C'est vrai que le sujet le plus fréquent c'est les sujets en surpoids avec des facteurs de risque. En fait, tout à l'heure je vous ai pas dit mais... j'ai peut être été sensibilisé à ça parce que j'ai un conjoint qui a été appareillé. Ouais et qui était pas du tout obèse, mais bon... Ils ronflaient très fort et je sais qu'il faisait des apnées donc... Et du coup il s'est senti beaucoup mieux quoi... Ouais ouais ouais... l'expérience personnelle.

Donc c'est toujours une plainte qui vous alerte ?

Ouais. Ouais ouais. Oui c'est plus la fatigue, enfin quand même souvent, souvent dans 9 cas sur 10 ils ronflent donc déjà après on peut pousser un peu et voir si éventuellement il pourrait faire des apnées. Voilà.

Donc voilà je n'ai plus de questions.

Et donc ça (montre le questionnaire de Berlin), j'en fais une copie ?

Bah si vous voulez.

Ok. Bah peut être que je peux trouver facilement. Je vais déjà le photocopier. Voilà, bah l'autre il est déjà dans l'ordinateur. Bah peut être que celui là je le trouverais dans le logiciel, je pense, il faudrait que je le cherche.

ENTRETIEN 12 :

Je réalise une thèse sur le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil en médecine générale, dans le Nord Pas de Calais.

Alors pensez vous que le syndrome d'apnées du sommeil tient une place importante dans votre pratique quotidienne ?

Euh... oui, oui.

Ca touche beaucoup de vos patients ?

Ouais quand même.

Qu'est-ce qui vous fait penser au syndrome d'apnées du sommeil chez vos patients ?

Alors... bah écoutez le fait qu'ils ronflent surtout, c'est surtout ça, la nuit. Le sommeil est de mauvaise qualité et puis euh... ils s'endorment dans la journée. Euh... enfin c'est surtout l'impression de fatigue.

Ouais. Donc c'est surtout une plainte du patient ?

Ouais c'est plutôt une plainte du patient.

Est-ce que vous avez déjà dépisté des syndromes d'apnées du sommeil sur des symptômes un peu atypiques ?

Mmm... bah il y a de plus en plus de sujets jeunes, je dirais. Et surtout assez corpulent. C'est surtout l'obésité... hmmm... Après le fait, euh... qu'en rentrant de... du travail ils s'endorment facilement au volant. Mais mauvaise qualité de vie et puis toujours fatigués, hein... c'est surtout ça qui... qui prime.

Est-ce que vous avez déjà fait le dépistage après des complications ?

Le dépistage après des complications...? Ca peut être d'ordre cardiovasculaire, ouais... Enfin là le diagnostic a plutôt été fait plutôt à l'hôpital, plutôt par le cardiologue.

Et c'était après quoi comme complications ?

Bah souvent c'est après des infarctus ou des problèmes d'insuffisance cardiaque... Ouais ça a déjà été fait...

Et certains de vos patients ont déjà été dépistés par des confrères ?

Euh... Non pas j'ai pas souvenir... bah le pneumologue mais ça souvent c'est le pneumo qui dépiste... Ouais...

Et lui c'est dans le cadre d'un suivi particulier ?

Ouais ça peut être dans le cadre de... de broncho-pneumopathies ou de... hmmm... d'asthme aussi à l'effort, de bronchite chronique. Hmmm... il fait un enregistrement et puis il s'avère que... il découvre.

Est-ce que vous faites un dépistage systématique devant des facteurs de risque cardiovasculaire chez vos patients ?

Non. Pas systématiquement. Non, j'enclenche... je le fais si il y a des plaintes si vous voulez, mais... j'y pense pas systématiquement.

Ok. Et une fois la suspicion clinique, vous les envoyez...

Chez le pneumo.

C'est en ville, à l'hôpital ?

Alors bah... je sais que il y a... je peux les envoyer vers... chez le [pneumologue du secteur], le pneumo à l'hôpital. Ou alors euh... ou alors je l'envoie chez le pneumo en libéral mais bon euh... ils font maintenant je sais un dépistage en ambulatoire, donc ils ne sont plus obligés de passer la nuit à l'hôpital, ils ont un appareil qui mesure le nombre d'apnées... et puis... C'est mieux, c'est mieux pour le patient ça...

Et les rendez-vous mettent combien de temps ?

Hmmm... Chez le pneumo... Enfin il faut compter euh... 2 ou 3 mois, minimum. Et à l'hôpital c'est pire, c'est facile 4 à 5 mois.

Et est-ce vous pensez que ce retard est préjudiciable pour le patient ?

Hmmm... Bah plus c'est dépisté tôt, mieux c'est. Comme toute pathologie. Mais bon je veux dire, c'est pas non plus mortel, sauf s'il s'endort au volant mais bon... c'est quand même... c'est rare.

Est-ce que quand vous suspectez un syndrome d'apnées du sommeil, la confirmation est systématique ?

Hmmm... ouais bien souvent. Ouais, le diagnostic est quand même clinique hein. Mais c'est souvent l'épouse en fait qui... s'en aperçoit durant la nuit, on voit bien que... enfin elle constate que le patient euh... que son conjoint bon ronfle ça c'est sûr et puis fait des pauses quoi. C'est surtout... bah c'est d'abord elle qui... qui en parle ici en disant « Attention tu fais des pauses quand tu dors ». Hmmm, c'est dépisté souvent comme ça aussi. Ouais...

C'est elle qui vient toute seule avant ou...

Non souvent ils viennent en couple, euh... ils en parlent tous les deux... ouais je les reçois par deux si vous voulez, en couple. C'est rare que je vois un patient seul et puis sa femme une semaine après. Non ils viennent à deux.

J'ai certains médecins traitants qui m'ont dit que leurs confrères s'étaient équipés d'un appareil ambulatoire pour dépister leurs patients. Est-ce vous ça vous intéresserait ?

Bah oui mais il faut faire ça pendant combien de temps ?

Souvent c'est un DU mais ils font ça tout le temps dès qu'ils ont une suspicion...

Euh... non, non. Parce que non j'ai pas trop le temps. Ouais nous ici c'est plutôt maladies... les maladies infectieuses... Non quand c'est vraiment spécifique, non j'ai pas le temps... j'envoie chez le pneumo pour faire l'enregistrement une nuit et puis... c'est lui qui dépiste. Parce qu'après il faut lire l'enregistrement, donc on a pas forcément le temps de lire les résultats. Bah ouais c'est clair...

Alors est-ce que vous connaissez des outils d'aide au dépistage ?

Euh... Des outils d'aide au dépistage ? Euh... non...

Alors il existe des questionnaires standardisés, je vous en ai ramené deux. Alors il y a l'échelle de somnolence d'Epworth qui évalue la somnolence diurne, je sais pas si ça vous dit quelque chose ?

Pas du tout. D'accord... (lit l'échelle). Hmm... Non, je connais pas.

Et qu'est-ce que vous en pensez ?

Bah ça peut être bien. Et puis là ça va assez vite à remplir. C'est le patient qui le remplit ?

Soit le patient seul, soit avec vous.

Hmmm... (Lit l'échelle d'Epworth)... Ouais ouais c'est pas... c'est pas mal.

Et l'autre c'est le questionnaire de Berlin qui est plus axé sur les signes cliniques du syndrome d'apnées du sommeil.

Hmm... « A-t-il dérangé quelqu'un d'autre ? » (rigole). Mais bon après il y en a beaucoup qui ronflent si vous voulez et tout le monde n'a pas un syndrome d'apnées du sommeil. Parce qu'il y a les enfants qui ronflent aussi fort hein. Mais c'est surtout la fatigue... c'est la fatigue dans la journée. Ca c'est le maître mot. Hmmm...

Donc vous vous en serviriez plutôt en cas de suspicion ?

Ouais ouais. Si j'ai une forte suspicion, ça on peut le faire à l'interrogatoire (montre le questionnaire de Berlin) et puis on verra bien. Mais souvent ils sont costauds, c'est quand même des... des... souvent des hommes. Ah remarquez il y a des femmes aussi. Mais c'est marrant j'y pense plus chez un homme que chez une femme. Mais c'est vrai qu'il y a des femmes qui font aussi des apnées du sommeil... hmmm. Mais après il faut dormir avec l'appareil et ça c'est déjà moins évident. Hmmm...

Comment avez vous été sensibilisé au syndrome d'apnées du sommeil ?

Bah parce que je sais pas, je trouve qu'il y en a de plus en plus hein. C'est vrai que... alors après peut être parce que dans ma famille, on en a parlé et que euh... j'ai pas mal d'oncles et tantes qui ont cette machine hein la nuit qui les réveille, qui... Ca faudrait peut être trouver un autre système. Enfin quoi que ça s'améliore. Et puis il y a le masque donc des fois je les voit arriver avec euh... souvent ils ont des pansements... Bah oui ça blesse ici (montre ses joues) surtout là et puis au niveau du front. Et puis j'avais un autre patient qui était aussi tout boursoufflé. Je lui dis « va falloir voir ça parce que vous pouvez pas rester comme ça ». Hmm...

Pour vous quels sont les freins au dépistage du syndrome d'apnées du sommeil ?

Les freins au dépistage ?... Bah si vous voulez il y a pas tellement de freins. C'est surtout qu'après je sais que quand on l'aura dépisté, il faut qu'ils mettent leur appareil et ça c'est peut être moins évident, ils sont pas forcément très compliants. Hmmm... Mais sinon les

freins c'est plus après le rendez-vous chez le pneumo... c'est aussi à cause des délais. Hmm...

Moi j'ai remarqué au cours de mes recherches qu'il était sous diagnostiqué encore actuellement. Vous, vous le trouvez sous diagnostiqué dans votre expérience personnelle ?

Bah ouais, je pense... je pense qu'il y en a beaucoup plus que ça. Pourtant j'en ai déjà pas mal qui ont l'appareil. Mais je pense que... Pfff... allez honnêtement on le ferait faire passer une certaine tranche d'âge, je dirais 60-65, on dépisterait beaucoup plus.

Et qu'est-ce qui fait que justement on les dépiste pas assez ?

Bah je vous dis c'est peut être les délais chez le pneumo. Ou alors peut être le fait qu'ils se plaignent pas. Mais c'est vrai... bon à partir de 60-65 ils disent quand même tous qu'ils sont fatigués. C'est vrai, c'est vrai. Mais je pense qu'ils le font, ils le font... un syndrome d'apnées du sommeil. C'est sûr.

Et vous vous les envoyez chez le pneumo dès que vous avez une plainte de fatigue ou de ronflement ?

Bah non j'avoue pas toujours. Non... ouais non j'avoue que... Non je dis que c'est peut être parce que vous avez... Bon c'est vrai qu'à partir d'un certain âge, on est moins fatigué aussi, ils travaillent... ils travaillent plus aussi intensément que... et puis ils se fatiguent plus autant donc ils dorment mal, mais dans la journée... Si on a un mauvais sommeil, forcément dans la journée on est fatigué donc il y a peut être ça aussi... Hmm. Mais en effet je pense en effet qu'il est sous diagnostiqué, ça c'est sûr.

Et qu'est-ce qui pour vous, pourrait améliorer le dépistage en médecine générale ?

Qu'est-ce qui pourrait améliorer le dépistage... ? Je sais pas... Pfff... Des affiches peut être (rigole), la publicité, peut être en parler peut être plus. Ouais je crois, qu'est-ce que... Ouais des affiches destinées au patient qu'on mettrait dans la salle d'attente, parce qu'ils les lisent les affiches des salles d'attente. Faire après des petits mémos... ou des petites fiches qu'on pourrait leur donner. Hmm... Mais vous savez, il ont tellement déjà de trucs... à faire. Souvent ils sont diabétiques, ils sont cardiaques, il faut déjà qu'ils prennent... ils ont du cholestérol, ils ont déjà plein de médicaments. Ouais c'est ça... Donc ça en plus... moi je veux bien, je veux bien. On pourrait y penser à faire des fiches à distribuer, des petits mémentos... c'est possible. Ca c'est pour moi ? (Parle du questionnaire de Berlin et de l'échelle d'Epworth).

Oui vous pouvez les garder. Et sinon vous faites partie d'une FMC ?

Une FMC, oui, une FMC ici de Béthune.

Et ils ont déjà parlé du syndrome d'apnées du sommeil ?

Alors honnêtement non. Non. Non mais c'est la FMC qui réunit, c'est le jeudi... le troisième jeudi du mois. Non non non on en a jamais parlé.

Ok. Je n'ai plus de questions.

AUTEUR : MOCQUANT Marine

Date de Soutenance : Mardi 20 septembre 2016

Titre de la Thèse :

QUELS SONT LES FREINS AU DEPISTAGE DU SYNDROME D'APNEES-HYPOPNEES
OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL EN MEDECINE GENERALE ?

Etude des pratiques des médecins généralistes du Nord Pas de Calais

Thèse - Médecine - Lille - 2016

Cadre de classement : DES de médecine générale

Mots-clés : thèse qualitative, sous-dépistage, syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, SAHOS, médecine générale

RESUME :

Contexte : Avec une prévalence dans la population adulte de 3 à 7% chez l'homme et de 2 à 4% chez la femme, le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) constitue un problème majeur de santé publique. Le SAHOS est encore largement sous-estimé et sous-dépisté.

L'objectif de cette étude était d'explorer les freins au dépistage du SAHOS par les médecins généralistes.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-directifs auprès de douze médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. L'analyse thématique des verbatims a été réalisée en double aveugle, à l'aide du logiciel QSR NVivo 10.

Résultats : L'absence de plainte des patients quant aux symptômes du SAHOS et la méconnaissance des symptômes et profils atypiques expliquent principalement son sous-dépistage. La gravité possible du SAHOS par ses complications est sous-estimée par les médecins généralistes. Les consultations de médecine générale, considérées comme chronophages, font que le médecin y pense moins. Les outils d'aide au dépistage comme l'échelle de somnolence d'Epworth ou le questionnaire de Berlin sont peu exploités car peu adaptés à la pratique de la médecine générale. Les délais de consultation spécialisée pour réaliser la polysomnographie sont considérés comme trop longs, pouvant ralentir le diagnostic.

Conclusion : Les freins au sous-dépistage du SAHOS sont nombreux mais des possibilités d'améliorations peuvent être proposées. Pour cela, sensibiliser les médecins au travers des formations continues ou des campagnes de publicité paraît indispensable. Promouvoir la polysomnographie ambulatoire peut également être une piste.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Benoit WALLAERT

Asseseurs : Monsieur le Professeur Dominique CHEVALIER

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Monsieur le Docteur François DELFORGE