UCL Université catholique de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

« Comment favoriser un dépistage efficace par les médecins généralistes du syndrome des apnées du sommeil chez les personnes âgées de plus de 75 ans se plaignant de la qualité de leur sommeil? »

Mémoire réalisé par
Cécile Gille

Promoteur(s)
Benoît Boland
Thérèse Van Durme

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique **www.uclouvain.be/fsp**

UCL Université catholique de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

« Comment favoriser un dépistage efficace par les médecins généralistes du syndrome des apnées du sommeil chez les personnes âgées de plus de 75 ans se plaignant de la qualité de leur sommeil? »

Mémoire réalisé par
Cécile Gille

Promoteur(s)
Benoît Boland
Thérèse Van Durme

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique **www.uclouvain.be/fsp**

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire.

A mon promoteur, Professeur Benoît Boland, je vous remercie d'avoir accepté de remplir ce rôle et de m'avoir donné des conseils enrichissants en vue d'améliorer ce mémoire.

A ma co-promotrice, Madame Thérèse Van Durme, je vous remercie pour le temps octroyé, l'écoute, la disponibilité et l'aide précieuse que vous m'avez apporté dans la réalisation de ce mémoire.

Aux lecteurs de ce mémoire, Docteur Béatrice Naveau et Monsieur Philippe Burette, je vous remercie pour le temps octroyé à la lecture ainsi que de me faire l'honneur de juger ce mémoire.

Aux médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude, je vous remercie pour les éléments de réponses enrichissants que vous avez apporté à ce mémoire. Sans votre participation, ce travail n'aurait pas abouti.

A ma famille, en particulier Thibaut Ruzie et Louise, je vous remercie pour le soutien moral indéfectible que vous m'avez apporté.

A mes parents, je vous remercie pour vos encouragements.

A Audrey Vanrenterghem, je te remercie pour ton soutien ainsi que pour les nombreuses relectures et remarques constructives nécessaires à la réalisation de ce mémoire.

A mes autres amis, Inès de Biolley, Mélissa Henkens, Aude Vanbuggenhout et tous les autres, merci pour vos encouragements.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Résumé

Introduction : Le Syndrome des Apnées-Hypopnées du Sommeil (SAHOS) est sous-diagnostiqué chez les personnes âgées (PA) malgré sa haute prévalence. Cela représente un réel problème de santé publique car les conséquences du SAHOS non traité peuvent être nombreuses. Parmi celles-ci, une augmentation des risques cardio-vasculaires, des accidents de la route et de la vie courante, ainsi qu'une altération de la qualité de vie peuvent être observés. Les médecins généralistes (MG) jouant un rôle essentiel dans le dépistage, nous avons choisi de les interroger avec comme objectif de lister des solutions pour favoriser le dépistage du SAHOS chez les PA.

Question de recherche : *« Comment favoriser un dépistage efficace par les médecins généralistes du syndrome des apnées du sommeil chez les personnes âgées de plus de 75 ans se plaignant de la qualité de leur sommeil ? »*

Méthode : La méthode utilisée pour cette recherche est qualitative. Un guide d'entretien a été élaboré en vue de réaliser des entretiens semi-directifs auprès des MG. Les entretiens ont été intégralement retranscris. Une analyse par catégorie a été effectuée. Les données ont ensuite été interprétées et confrontées à la littérature existante.

Résultats et discussion: Douze MG exerçant dans la Région de Bruxelles-Capitale, dans un cabinet seul, groupé ou en maison médicale ont participés à notre étude.
La plupart des MG interrogés ne connaissent pas les spécificités du SAHOS chez les PA et ne pensent pas à dépister ce syndrome de manière systématique. Plusieurs obstacles au dépistage ont été relevés et des propositions de solution ont été listées.

Conclusion : La sensibilisation de la population générale au moyen des médias, revues, prospectus distribués en consultation pourrait favoriser le dépistage du SAHOS par les MG. Les MG devraient également être mieux informés sur les spécificités du SAHOS chez les PA car leur méconnaissance à ce propos est un des éléments-clés qui freine le dépistage.
Le développement d'outils de dépistage spécifiques et validés pour les PA, d'un moyen diagnostique et d'un traitement moins contraignants sont également des pistes de solution.

Liste des sigles et abréviations

AHI : Apnea-Hypopnea Index

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BMI : Body Mass Index

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure

EBM : Evidence Based Medicine

ECG : ElectroCardioGramme

HTA : HyperTension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

MeSH : Medical Subject Headings

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologue

PA : Personne Agée

PSG : Polysomnographie

SA : Sujet Agé

SAHOS : Syndrome des Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil

SAS : Syndrome des Apnées du Sommeil

SPLF : Société de Pneumologie de la Langue Française

SPF : Service Public Fédéral

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

Sommaire

Introduction générale 6
1. Cadre théorique 10
1.1. Méthodologie générale 10
1.2. Approche conceptuelle 10
1.2.1. Définition des concepts 10
1.2.1.1. Personne âgée 10
1.2.1.2. Trouble du sommeil 11
1.2.1.3. Dépistage 13
1.2.1.4. Médecin généraliste 14
1.2.1.5. Syndrome des apnées obstructives du sommeil 15
1.2.1.5. 1. Définition 15
1.2.1.5.2. Prévalence 16
1.2.1.5. 3. Conséquences 17
1.2.1.5. 4. Facteurs de risque – associés 18
1.2.1.5. 5. Méthodes diagnostiques 19
1.2.1.5.5.1. Critères cliniques 19
1.2.1.5.5.2. Questionnaires 19
1.2.1.5.5.3. Polysomnographie à l'hôpital 20
1.2.1.5.5.4. Polygraphie respiratoire ambulatoire 21
1.2.1.5.5.5. Oxymétrie nocturne 21
1.2.1.5.5.6. Appareils à pression positive 21
1.2.1.5. 6. Traitement 22
1.2.1.5. 6.1. Traitement non chirurgical 22
A. Mesures hygiéno-diététiques 22
B. Pression positive (CPAP) 22
C. Orthèses endo-buccales 23
D. Traitements pharmacologiques 23
1.2.1.5. 6.2. Traitement chirurgical 23
1.3. Approche théorique 24
1.3.1. Facteurs entravant le dépistage 24
1.3.1.1. Facteurs liés au médecin 24
A. Symptômes cliniques atypiques et difficulté d'interprétation 24
B. Manque de formation 24
C. Communication entre les différents praticiens de soins 25
1.3.1.2. Freins liés au patient 25

A. Peu de plaintes de la part des personnes âgées 25
B. Prise médicamenteuse pouvant favoriser le SAHOS 26
1.3.1.3. Freins liés aux outils de dépistage 26
A.Pas d'outilsde dépistage simples validés/spécifiques aux personnes âgées 26
B. Polysomnographie 27
1.3.1.4. Freins liés au traitement 27
A.Absence de guidelines spécifiques aux personnes âgées 27
1.3.2. Pistes de solution 27
1.4. Conclusion du cadre théorique 30
2. Cadre pratique 31
2.1. Méthodologie 31
2.1.1. Type de mémoire 31
2.1.2.Choix de la méthodologie 31
2.1.2.1 Modalité de recueil des données 32
2.1.2.2. Stratégie d'échantillonnage 33
2.1.2.3. Le mode de recrutement des participants 34
2.1.2.4. Taille de l'échantillon 34
2.1.3. Type d'outil utilisé 35
2.1.4. Méthode de traitement et d'analyse des données collectées 36
2.2. Résultats : Analyse descriptive 38
2.2.1. Description de l'échantillon 38
2.2.2. Description du déroulement des entretiens 39
2.2.3.Présentation des résultats - Analyse descriptive 40
2.2.3.1. Catégorie 1 : Pratique de dépistage actuelle des médecins généralistes interrogés 40
2.2.3.1.1. Stratégies de dépistage basées sur l'anamnèse et l'hétéroanamnèse 40
2.2.3.1.2. Connaissance des symptômes cliniques typiques du SAHOS par les médecins généralistes 41
2.2.3.1.3. Connaissance des facteurs de risque du SAHOS par les médecins généralistes 42
2.2.3.1.4. Connaissance des complications du SAHOS par les médecins généralistes 42
2.2.3.1.5. Outils utilisés pour le dépistage 43
2.2.3.1.6. Place de l'expérience professionnelle 44
2.2.3.1.7. Perception du rôle propre du médecin généraliste 44
2.2.3.1.8. Moyens de sensibilisation au dépistage reçus 45
2.2.3.2. Catégorie 2 : Facteurs entravant le dépistage 46
2.2.3.2.1. Facteurs liés aux médecins généralistes 46

2.2.3.2.1.1. Méconnaissance du SAHOS spécifiquement chez les personnes âgées 46
2.2.3.2.1.2. Absence de plaintes 47
2.2.3.2.1.3. Sympômes cliniques atypiques peu connus 48
2.2.3.2.1.4. Profils atypiques peu connus 48
2.2.3.2.1.5. Manque de formation 49
2.2.3.2.1.6. Sous-estimation du SAHOS en tant que pathologie 51
2.2.3.2.1.7. Dépistage parmi d'autres 51
2.2.3.2.1.8. Dépistage par d'autres médecins spécialistes 52
2.2.3.2.1.9. Freins lors des consultations 52
2.2.3.2.2. Freins liés au patient 54
2.2.3.2.2.1. Personne isolée 54
2.2.3.2.2.2. Etat de santé mental 54
2.2.3.2.2.3. Déni 54
2.2.3.2.2.4. Refus du dépistage 55
2.2.3.2.2.5. Absence de « levier » au dépistage 55
2.2.3.2.3. Freins liés aux outils de dépistage 56
2.2.3.2.3.1. Méconnaissance des outils de dépistage 56
2.2.3.2.3.2. Freins liés à la polysomnographie 56
2.2.3.2.4. Freins liés au traitement 58
2.2.3.3. Catégorie 3 : Pistes de solutions 60
2.2.3.3.1. Sensibiliser les médecins généralistes au dépistage 60
2.2.3.3.2. Favoriser le travail multidisciplinaire 62
2.2.3.3.3. Développer des outils de dépistage spécifiques 62
2.2.3.3.4. Agir sur le facteur temps 64
2.2.3.3.5. Améliorer les moyens diagnostiques 64
2.2.3.3.6. Améliorer le traitement existant 65
2.2.3.3.7. Sensibiliser la population 65
3.Synthèse et discussion des résultats 67
3.1. Catégorie 1 : Pratique de dépistage actuelle des médecins généralistes : état des lieux 67
3.2. Catégorie 2 : Facteurs entravant le dépistage 69
4. Validité et limite de la recherche 81
5. Recommandations et perspectives de recherche 83
6. Conclusion 84
7. Bibliographie 85
8. Annexes 97
8.1. Annexe n°1 : Berlin questionnaire – Netzer, 1999 97

8.2. Annexe n°2 : STOP Bang questionnaire, Chung, 2008 99
8.3. Annexe n°3 : Echelle de somnolence d'Epworth 101
8.4. Annexe n°4 : Mail envoyé aux éventuels participants 102
8.5. Annexe n°5: Guide d'entretien et objectifs des questions pour les médecins généralistes 103

Introduction générale

L'insomnie peut être définie comme une difficulté à s'endormir, un sommeil intermittent ou un raccourcissement de la durée du sommeil. Elle touche toutes les tranches d'âge.(Roepke et al., 2010)

Selon Roepke et al.. (2010), presque la moitié des personnes âgées s'en plaignent. Une augmentation de la prévalence des insomnies est associée à l'âge mais la prévalence exacte n'est pas connue car peu de données concernant les troubles du sommeil chez les sujets âgés sont disponibles. (Ohayon, 2002)

Dans le processus normal du vieillissement, des changements architecturaux du sommeil apparaissent. En effet, la durée des phases du sommeil lent profond se raccourcit avec l'âge alors que les phases de sommeil léger sont plus longues et une altération du rythme veille-sommeil apparaît. De plus, le sommeil se fragmente de plus en plus. Cela a pour conséquence une diminution de son efficience, l'apparition d'une somnolence diurne et des siestes dans la journée. (Ohayon, 2002). Cependant, les troubles du sommeil chez les personnes âgées sont plus complexes et peuvent aussi résulterd'un problème médical sous-jacent, d'une maladie psychiatrique, d'un changement du rythme circadien, d'une dépendance, d'un affaiblissement cognitif, d'un changement de mode de vie, d'une médication ou des troubles du sommeil spécifiques. (Roepke et al., 2010)

Or, bien souvent, les effets du manque de sommeil chez les personnes âgées sur leur vie quotidienne sont moins alarmants que chez les personnes jeunes, et donc minimisés. De plus, ils sont assimilés au processus physiologique normal lié à l'âge et sont donc sous-diagnostiqués, banalisés et insuffisamment investigués. (Ohayon, 2002 ; Foley et al., 1995 ; Nguyen-Michel et al., 2016)

L'insomnie peut avoir un impact négatif sur la vie quotidienne et la qualité de vie des personnes âgées. En effet, les conséquences de l'insomnie sont une diminution de l'attention, un délai de réponse plus lent, des problèmes de mémoire à court-terme et une diminution des performances. De plus, cela peut s'accompagner d'une augmentation du risque de chutes, d'un déficit cognitif, d'une diminution de la fonction physique, d'une augmentation des symptômes d'anxiété, de dépression et, pour finir, favoriser la mortalité. (Ancoli-Israel S., 2006)

Un sommeil de mauvaise qualité chez les hommes en bonne santé est également associé à une plus haute probabilité de fragilité après 3,4 ans de suivi en moyenne. (Nguyen-Michel et al., 2016)

Une des causes importantes des troubles du sommeil est la présence d'un désordre respiratoire, dont la prévalence est de 20 à 81% chez les personnes âgées. (Cooke J et al., 2006)

Le syndrome des apnées du sommeil (SAS) est reconnu comme l'un des principaux désordres respiratoires. La prévalence augmente avec l'âge et est estimée à 28-62% chez les personnes âgées masculines et à 20-60% chez les personnes âgées féminines. (Ancoli-Israel, 1989 ; Cooke J et al., 2006). Il est caractérisé par des obstructions répétées des voies aériennes supérieures pendant le sommeil, ce qui génère des asphyxies répétées qui réveillent et altèrent la qualité du sommeil du patient. (Heinzer R et al., 2007)
Cela a pour conséquence une diminution voire même une absence du sommeil profond ce qui engendre des troubles de la concentration, une somnolence diurne, une augmentation du temps de réaction, des troubles mnésiques, une baisse de la qualité de vie. Il a également un impact sur le système cardio-vasculaire incluant un risque augmenté d'insuffisance cardiaque et d'infarctus du myocarde. (Shahar E et al., 2001), mais aussi d'accident vasculaire cérébral (AVC) (Yaggi HK et al., 2007), de mortalité post-AVC (Bassetti CL et al., 2006).

Une augmentation du risque des accidents de la vie courante, du travail ainsi que routiers a aussi été rapportée chez les personnes souffrant du syndrome d'apnées du sommeil. (Teculescu, 2007 ; Netzer et al., 2016)

Selon une étude de Netzer et al (2016), ces troubles sont sous-diagnostiqués malgré la haute prévalence dans la population âgée. **Trois facteurs peuvent expliquerce sous-diagnostic : des symptômes cliniques atypiques, une difficulté d'interprétation des symptômes cliniques, un manque de formation des professionnels de la santé pour le diagnostic et le traitement de ces troubles.** D'autre part, le laboratoire du sommeil n'est pas facilementaccessible pour les personnes âgées fragiles. Enfin, il est difficile de déterminer le degré de sévérité de ces troubles, de savoir si cela fait partie du processus normal du vieillissement ou s'il y a un facteur pathologique en jeu.Bien que ce n'est pas parce qu'un trouble fait partie du processus normal du vieillissement qu'il n'est pas sévère.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans et plus va passer de 524 millions en 2010 à presque 1,5 billion en 2050. (WHO, 2011) Le vieillissement de la population et les conséquences néfastes du syndrome d'apnées du sommeil non traité constitue un réel problème de santé publique et peut avoir un coût médical et sociétal important. (Tarasiuk A et al., 2008)

Nous avons choisi ce sujet car étant professionnels de la santé et côtoyant un grand nombre de personnes âgées, nous avons remarqué que beaucoup d'entre elles se plaignent de la qualité de leur sommeil. Nous voulions dans un premier temps effectuer une recherche de prévalence des sujets âgés de plus de 75 ans souffrant du SAHOS car peu de données quantitatives existent, et ce dans un but de mettre des chiffres sur l'ampleur de la pathologie dont pourraient souffrir certaines personnes âgées de plus de 75 ans afin de sensibiliser les professionnels de la santé à cette problématique qui est traitable.

Après avoir réalisé une revue de littérature et élaboré un protocole de recherche, il était nécessaire de recruter une centaine de personnes âgées de plus de 75 ans auprès de médecins généralistes pour que l'étude quantitative soit représentative, et ce, de manière aléatoire afin d'éviter un biais de sélection.

Malgré le travail, la motivation et le temps considérable octroyés à ce travail de recherche, beaucoup d'obstacles se sont mis en travers de notre chemin. En réalisant le protocole, nous étions conscients que les médecins généralistes sont déjà très occupés donc nous avions fait en sorte que le recrutement soit le moins contraignant possible. Malgré cela, peu de médecins étaient disposés à prendre le temps nécessaire pour poser les quelques questions afin de cibler les personnes âgées qui pourraient être inclus dans mon échantillon.

De plus, le travail d'inclusion d'une centaine de personnes dans notre échantillon ainsi que tous les tests à réaliser ensuite auprès des patients prenaient à chaque fois un temps considérable. Après un an et demi de travail infructueux, nous avons décidé de changer la question de recherche et, par là, la méthodologie de travail pour y répondre, tout en gardant le même thème.

Nous avons donc effectué une nouvelle recherche de littérature sur le sujet, qui nous a amené à nous poser les questions suivantes:

Comment dépister les personnes âgées à risque de développer le syndrome d'apnées du sommeil ? Quels sont les dispositifs de dépistage existants? Quels sont les facteurs qui favorisent et freinent le dépistage par les professionnels de la santé ? Quelle est la prise en charge des personnes âgées avant/pendant le dépistage ? Quelles sont les actions à mettre en place selon les professionnels de la santé ?

Suite à ces questionnements, nous avons choisi de retenir la question de recherche suivante : **« Comment favoriser un dépistageefficace par les médecins généralistes du syndrome des apnées du sommeil chez les personnes âgées de plus de 75 ans se plaignant de la qualité de leur sommeil ? »**

Notre recherche vise deux objectifs :

1) Identifier les facteurs qui influencent le dépistage par les médecins généralistes du syndrome des apnées du sommeil chez les personnes âgées de plus de 75 ans se plaignant de la qualité de leur sommeil.
2) Identifier des actions pour aider et/ou renforcer ce dépistage par les médecins généralistes.

Nous supposons quela compréhension de ces facteurs ainsi quela détermination d'actionspermettraient de mieux sensibiliser les soignants au dépistage de cette pathologie afin de la traiter, d'améliorer la qualité de vie de ces personnes, et, de manière indirecte, de réduire les coûts médicaux et sociétaux, ainsi que les accidents engendrés par cette maladie.

Afin d'y répondre, nous réaliserons dans un premier temps, une recherche dans la revue de littérature afin de poser le cadre théorique de notre travail. Dans un second temps, nous effectuerons une approche qualitative auprès de médecins généralistes et ce, afin de recueillir les informations nécessaires pour répondre à notre question de recherche.

1. Cadre théorique

1.1. Méthodologie générale

Afin de répondre à la question de départ, une revue de littérature approfondie a été effectuée. Les bases de données qui ont été consultées sont :Cochrane, Pubmed, Medline, Google Scholar, HAS Cairn, Scopus , CEBAM, ebpnet et ScienceDirect.
Selon la méthodologie de recherche PICOc, les mots-clés MESH qui ont été utilisés sont « insomnia », « aged », « elderly», « sleepdisorders », « sleepapnea syndrome » en anglais et « troubles du sommeil », « âgé », « syndrome d'apnées obstructives du sommeil », « insomnie » en français.
La recherche a été effectuée dans la littérature française et anglaise.

1.2. Approche conceptuelle

Nous tenterons de définir les concepts-clés utilisés dans la question de départ avant de présenter les résultats de la revue de littérature.

1.2.1. Définition des concepts

1.2.1.1. Personne âgée

Il n'y a pas de consensus sur la définition exacte du terme *« personne âgée »*. En effet, les déterminants du vieillissement sont multiples et complexes.(Belmin et al., 2009)
Cette population est fortement hétérogène et trois groupes de sujets peuvent être distingués en fonction du degré de difficultés et de handicap (Cochen V., 2009) :

1) Les personnes âgées en bonne santé, autonomes, sans ou avec quelques pathologies contrôlées. Ce groupe constitue entre 60 à 65% des personnes âgées.
2) Les personnes âgées fragiles, qui sont à risque de comorbidité et de handicap, et qui constituent 30% des personnes âgées.
3) Les personnes âgées dépendantes pour les activités de la vie quotidienne et souffrant très souvent d'un déficit cognitif voire d'une démence, et qui vivent dans la plupart des cas en institution. Ce groupe représente 10% des personnes âgées.

Certaines personnes dans la population âgée peuvent être en bonne santé, fragiles ou malades. Elles peuvent également être fragiles et malades, ou en bonne santé et malades, ou encore en bonne santé et fragiles ou les trois.

Les personnes fragiles sont définies par Sourdet (2016) comme *« Des individus qui ne sont pas encore dépendants mais qui ne sont plus tout à fait robustes et sont à risque élevé d'événements péjoratifs. »*

La démographie belge est vieillissante en raison de la baisse du taux de natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance.(Statbel, 2018)

Selon Pacolet et al. (2005), il y aura trois fois plus d'octogénaires, cinq fois plus de nonagénaires et neuf fois plus de centenaires en 2050 par rapport à 2000.
Les conséquences de ce vieillissement démographique sont entre autres une augmentation de la prévalence et de l'incidence des maladies chroniques et des poly-pathologies, ce qui a un impact sur le système de soins de santé belge considérable. (Belmin et al., 2009)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les personnes âgées sont définies principalement par un critère d'âge supérieur à 65 ans. En gériatrie, nous parlons de « personnes âgées » de manière préférentielle à partir de 75 ans. (Belmin et al., 2009)

Dans ce travail, nous nous limiterons aux personnes âgées de plus de 75 ans et ce, malgré que dans la littérature internationale la personne âgée est définie comme ayant plus de 65 ans. (Belmin et al., 2009) En effet, la définition de l'OMS des personnes âgées reprend celles du monde entier, y compris celles d'Asie et d'Afrique qui ont une espérance de vie à la naissance moindre qu'en Europe, ce qui fait qu'une personne âgée de 65 ans n'est plus considérée comme « âgée » en Belgique. Etant donné que notre travail se limitera à la population belge, inclure les personnes âgées de 75 ans, définis par l'Arrêté Royal et les gériatres belges, nous semble plus adéquat.

1.2.1.2. Trouble du sommeil

Le sommeil est*« un état physiologique survenant en alternance avec celui de veille. D'un point de vue comportemental, il est caractérisé par une activité motrice réduite, une réponse*

aux stimuli externes diminuée, une posture stéréotypée, et une réversibilité ».(Nguyen-Michel et al., 2010)

Le temps de sommeil normal se décompose en une succession de 4-5 cycles de sommeil de 1h30 à 2h, ayant chacun ses caractéristiques électro-physiologiques : éveil, endormissement, stades 1 à 4 du sommeil lent et sommeil paradoxal. Chaque cycle comporte une phase de sommeil lent et une phase de sommeil paradoxal, qui est caractérisée par une activité cérébrale ressemblant à celle du stade 1 ou de l'éveil, par une atonie musculaire et par des mouvements oculaires rapides. (Hallouet, 2009)

Les rôles de la phase de sommeil lent sont la récupération de la fatigue physique. (Hallouet, 2009)

La phase de sommeil paradoxal permet quant à elle la récupération psychique, la régulation des émotions, la consolidation de la mémoire et de l'apprentissage. Cette phase demande beaucoup d'énergie. (Hallouet, 2009)

Ce temps varie selon les personnes car cela dépend des variables génétiques, socio-économiques, culturelles, éducatives et de l'âge. (Hallouet, 2009)

La poly-somnographiea pu mettre en évidence une modification de l'architecture du sommeil chez les personnes âgées (Hallouet, 2009) :

1. Diminution de l'efficacité du sommeil : Le pourcentage du temps passé à dormir comparé à celui passé au lit diminue avec l'âge.
2. Augmentation de la durée de la phase 1 du sommeil : Cette période de sommeil léger augmente avec l'âge.
3. Réduction du temps de sommeil lent profond : Le pourcentage combiné des stades 3 et 4 passe de 25% chez les jeunes adultes à 2,4% en moyenne chez les personnes âgées de plus de 73 ans. L'amplitude des ondes diminue aussi avec l'âge. La phase de sommeil profond chez les personnes âgées est donc nettementmoins longue que celle des jeunes adultes. De plus, ce sommeil s'allège, ce qui pourrait avoir comme conséquence une sensibilité accrue aux stimulations environnantes et des éveils nocturnes multiples.
4. Stade 2 et sommeil paradoxal : Ces deux stades tendent à diminuer légèrement avec l'âge.
5. Diminution de la latence au sommeil paradoxal : La latence au sommeil paradoxal diminue avec l'âge. Elle passe en effet de 90 minutes chez le sujet jeune à 60-70

minutes chez le sujet âgé. Cela a également pour conséquence une diminution de la durée du sommeil lent profond.

Ces modifications architecturales du sommeil ont pour conséquence un sommeil qui devient plus fragmenté avec l'âge, les phases de sommeil changeant plus souvent et les périodes d'éveil sont plus fréquentes. (Hallouet, 2009)
Les sujets âgés peuvent également avoir des difficultés à s'endormir ainsi qu'à se coucher et se lever de manière précoce.
L'évaluation du sommeil repose sur des critères cliniques et neurophysiologiques. Les critères cliniques sont la facilité d'endormissement, le maintien du sommeil de manière continue ou fragmentée, ainsi que la sensation de récupération le lendemain. L'électroencéphalogramme, l'enregistrement des mouvements oculaires et du tonus musculaire permettent, quant à eux, d'évaluer la neurophysiologie du sommeil.(Nguyen-Michel et al., 2010)

Les troubles du sommeil ont été classés en trois catégories selon la classification internationale du sommeil (Giordanella, 2006):

- Dyssomnies : troubles intrinsèques et extrinsèques du sommeil, comme le **syndrome des apnées du sommeil**, le syndrome des jambes sans repos, la narcolepsie, l'hygiène du sommeil, les troubles environnementaux,…
- Parasomnies : trouble du comportement du sommeil paradoxal,…
- Troubles médicaux ou psychiatriques : maladies respiratoires, maladies cardio-vasculaires, troubles gastro-intestinaux,…

1.2.1.3. Dépistage

Le dépistage est défini par le Larousse (2018) comme *« Un ensemble d'examens et de tests effectués au sein d'une population apparemment saine afin de dépister une affection latente à un stade précoce ».*
Le dépistage du syndrome des apnées obstructives du sommeil consisterait en un type de prévention secondaire, définit par la WONCA (2010) comme étant *« Une action menée pour prévenir à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un patient ou d'une population en réduisant sa durée ou sa progression ».* En effet, le syndrome d'apnée-hypopnée obstructif du sommeil (SAHOS)peut être dépisté par différents moyens

diagnostiques, ce qui permettrait de traiter les personnes qui en souffrent et ainsi de prévenir le développement des conséquences néfastes de ce syndrome. (*cfr infra*)

1.2.1.4. Médecin généraliste

La **médecine générale** a été définie selon l'Organisation Mondiale des Médecins de Famille (WONCA) comme « *une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.* ». (WONCA Europe, 2002)

Selon la WONCA (2002), un **médecin généraliste** peut être défini comme « *Des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une* ***responsabilité professionnelle de santé publique*** *envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la* ***promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative****. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le* ***développement et le maintien de leurs compétences professionnelles****, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »*

Dans le cadre de notre recherche, nous interrogerons les médecins généralistes exerçant dans leur propre cabinet, dans un cabinet groupé et dans les maisons médicales car ils jouent un rôle primordial dans la promotion de la santé, la prévention des maladies et ont une responsabilité professionnelle de santé publique.
Ce sont également eux qui constituent la première ligne de soins vers qui les personnes, et plus particulièrement les sujets âgés autonomes de plus de 75 ans se tournent lorsqu'ils ont une plainte.

1.2.1.5. Syndrome des apnées obstructives du sommeil

1.2.1.5. 1. Définition

Le syndrome d'apnée – hypopnée obstructif du sommeil (SAHOS) est caractérisé par *« des épisodes répétés d'obstruction des voies aériennes supérieures entraînant des apnées (pauses respiratoires complètes pendant plus de 10 secondes) et/ou des hypopnées (diminution de la respiration d'au moins 50% pendant plus de 10 secondes, associée à une désaturation en oxygène et/ou à des réactions d'éveil) pendant le sommeil».* (Nguyen-Michel, 2010) Ces obstructions génèrent des « asphyxies » répétées qui réveillent le patient et qui altèrent la **qualité du sommeil**. (Heinzer, 2007)

Ces apnées obstructives sont dues à la perte de tonicité des muscles dilatateurs du pharynx durant la nuit, ce qui provoque une obstruction partielle ou totale des voies aériennes supérieures. Cela a pour conséquence une diminution de la pression artérielle en oxygène et une augmentation de la pression artérielle en CO2, ce qui provoque un micro-réveil réflexe de la personne afin d'activer les muscles du pharynx pour rétablir la perméabilité des voies respiratoires. (Heinzer, 2007) Cela peut se répéter jusqu'à 100 fois par heure de sommeil.(Heinzer, 2007)

Une **apnée** est une *« cessation totale du flux d'air pendant au moins 10 secondes ».*(Heinzer R, 2007)

Une **hypopnée** est *« une baisse de 50% du flux d'air pendant au moins dix secondes ou une diminution plus subtile du flux associée à une désaturation en oxygène de plus de 3% ou un micro-réveil. ».* (Heinzer, 2007)

La Société de Pneumologie de langue française (SPLF, 2010) définit le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives (SAHOS) du sommeil par la présence du critère A ou B et du critère C :

Tableau 1 : Définition du SAHOS par la société de pneumologie de langue française

Critères A + C = SAHOS	**Critères B + C = SAHOS**
Critère A Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs	***Critère B*** Au moins deux de ces critères non expliqués par d'autres facteurs : - Ronflements sévères et quotidiens - Sensation d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil - Sommeil non réparateur - Fatigue diurne - Difficulté de concentration - Nycturie (≥ 2 par nuit)
Critère C Critère polysomnographique ou polygraphique : ≥ 5 apnées/hypopnées par heure de sommeil	

Nous pouvons parler de SAHOS à partir de cinq obstructions par heure de sommeil (index par heure). La sévérité du SAHOS est évaluée par le nombre d'apnées et d'hypopnées par heure de sommeil (Apnea-Hypopnea Index : AHI). Un index supérieur ou égal à 30 correspond à un SAHOS sévère. (Nguyen-Michel, 2010).

1.2.1.5.2. Prévalence

Ce syndrome est fréquent chez les adultes. Il touche en effet 17% des femmes, 22% des hommes et la prévalence augmente linéairement avec l'âge. (Karl A, 2015)

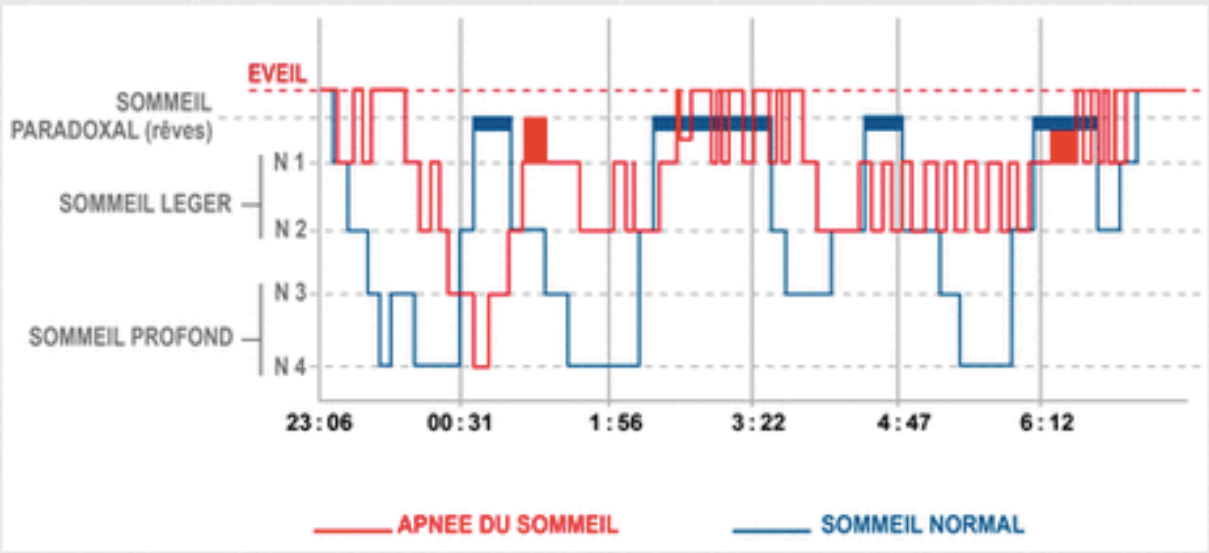
Une augmentation de la prévalence chez les personnes âgées de plus de 65 ans a également été rapportée. (Young T, 2002) En effet, une étude récente auprès de personnes âgées en bonne santé a mis en évidence que 50% d'entre elles avaient un index d'apnée-hypopnée supérieur à 15. (Pavlova, 2008) Une revue systématiqueréalisée par Seranatna et al. (2017) a également permis de classifier la prévalence du SAHOS avec l'AHI en fonction des groupes d'âge. Ainsi, la prévalence des sujets âgés entre 60 et 85 ans a été calculée par Heinzer et al. (2015) à 83,6% pour un AHI supérieur ou égal à 5 ; à 48,7% pour un AHI supérieur ou égal à 15 et à 22,1% pour un AHI supérieur ou égal à 30.

Tufik et al. (2010) a étudié quant à lui un groupe d'âge entre 70 et 80 ans. Selon son étude, 11,1% des hommes et 71,3% des femmes ont un AHI entre 5 et 15. 84,7% des hommes et 22,8% des femmes ont un AHI supérieur ou égal à 15.
Pour terminer, Lee et al (2014) ont relevés 80% des hommes et 74,1% des femmes ayant un AHI supérieur ou égal à 5 dans le groupe des personnes ayant entre 75 et 89 ans. 52% des hommes et 33,3% des femmes dans le même groupe d'âge ont un AHI supérieur ou égal à 15. 36% des hommes et 18,5% des femmes ont quant à eux un AHI supérieur ou égal à 30.
Ces chiffres sont élevés. Ce dépistage devrait donc être prioritaire en médecine générale.

1.2.1.5. 3. Conséquences

Le SAHOS entraîne une déstructuration du sommeil qui consiste en une forte diminution voire même une absence du sommeil profond. (Heinzer, 2007)

Graphique n°1 : Comparaison des cycles du sommeil d'un sujet sain et d'un individu souffrant d'un SAHOS (troublesdusommeil.weebly.com, 2014)



La courbe bleue représente le cycle du sommeil d'un sujet sain.La courbe rouge représente le cycle du sommeil d'un sujet atteint d'un SAHOS. Nous pouvons constater que les sujets atteints d'un SAHOS n'atteignent quasiment pas le sommeil profond.

Cela peut engendrerdes troubles cognitifs diurnes comme une somnolence ou des troubles de l'attention (Young, 2002 ; Heinzer, 2007), et dès lors une hausse du risque d'accident de la route (George, 2004 ; Teculescu, 2007), d'accident de la vie courante et du travail. (Teculescu, 2007)

Cette somnolence diurne a également pour conséquence une réduction de la qualité de vie (Baldwin, 2001 ; Young, 2002 ; Heinzer, 2007), une altération de la fonction neurocognitive comme une augmentation du temps de réaction et des troubles mnésiques et de la concentration. (Jaussent, 2012) Cette somnolence diurne a aussi été associée à la dépression (Nguyen- Michel, 2010) et au développement d'une démence. (Aoki, 2014)

De plus, les patients souffrant du SAHOS et qui ne sont pas traités ont deux à trois fois plus de risque de développer trois fois plus de risque de développer une hypertension artérielle, indépendamment des autres facteurs de risques cardiovasculaires(Heinzer, 2007 ; Kapur, 2008 ; Feng, 2012 ; Franklin, 2015), et un accident vasculaire cérébral (AVC). Un risque augmenté de mortalité post-AVC (Bassetti, 2006), d'insuffisance cardiaque et d'infarctus du myocarde a égalementété démontré. (Shahar, 2001)
D'autres études ont mis en évidence que le SAHOS peut favoriser la survenue d'une intolérance au glucose et d'une résistance à l'insuline. (Punjabi, 2004)
Une association entre le SAHOS et la survenue d'épilepsie nocturne est également suspectée. (Hollinger, 2006)

1.2.1.5. 4. Facteurs de risque – associés

Les facteurs de risque favorisant le SAHOS sont l'obésité, le sexe masculin, l'**âge**, la ménopause, la race noire, le diabète de type 2, l'alcool, le tabac, les médicaments sédatifs, les antécédents familiaux. (Franklin, 2015 ; Roepke, 2010). Ces facteurs pourraient néanmoins ne pas avoir d'effets sur la sévérité et la prévalence du SAHOS chez les sujets âgés (SA) en bonne santé. Le SAHOS serait plutôt une conséquence du vieillissement normal. (Sforza et al, 2017)

1.2.1.5. 5. Méthodes diagnostiques

1.2.1.5.5.1. Critères cliniques

Une anamnèse doit être réalisée, permettant la description des symptômes, et la connaissance d'un éventuel tabagisme. (Back, 2018)

Les patients à risque peuvent être ciblés par des **critères cliniques** comme la somnolence diurne, les ronflements bruyants et intermittents, les apnées décrites par l'entourage, l'indice de masse corporelle élevé (IMC), le sexe masculin, une nycturie, des sueurs nocturnes, une insomnie, une impuissance, une irritabilité, des troubles de la mémoire et de la concentration, des arythmies nocturnes, des douleurs thoraciques nocturnes et des céphalées matinales. (Back, 2018) Un signe isolé n'est pas suffisant pour faire le diagnostic, mais la combinaison de plusieurs signes cliniques pourrait favoriser le dépistage des personnes souffrant du SAHOS. (Heinzer R, 2007) Selon Back (2018), au moins deux des symptômes doivent être présents avant d'envoyer le patient pour des examens complémentaires. Plusieurs études (Crocker et al., 1990 ; Viner et al., 1991; Mainslin et al., 1995) ont créé des scores diagnostiques mais ceux-ci permettent seulement de cibler les patients prioritaires aux examens complémentaires, mais pas de détecter les patients souffrant du SAHOS.

Un examen physique, une mesure du poids, de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), la tension artérielle, un hémogramme de base, la glycémie, des tests de fonction thyroïdienne et un Electrocardiogramme (ECG) doivent aussi être effectués. (Back, 2018)

1.2.1.5.5.2. Questionnaires

Des **questionnaires**sont aussi utilisés pour évaluer l'état de somnolence de la personne et d'autres sont plus spécifiques du SAHOS. (SPLF, 2010)

Le **Berlin Questionnaire**(annexe n°1) est ainsi utilisé dans le diagnostic du SAHOS, avec une sensibilité à 76,9% et une bonne valeur prédictive négative (96,3%) dans la population générale. (Tan et al., 2017) Ce test reprend trois catégories de facteurs de risque du SAHOS. Le poids et la taille sont utilisés pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC). L'âge et le genre sont également demandé. Ensuite, sont posées des questions sur les ronflements, d'éventuelles apnées remarquées par le conjoint, la fatigue au réveil, la somnolence diurne et la difficulté de rester éveillé lors d'activités quotidiennes. Pour terminer, une question est posée sur l'hypertension artérielle que la personne présente ou pas.

En fonction du score, les personnes sont considérées comme à faible risque ou à haut risque de faire des apnées obstructives du sommeil. (ASAA, 2017)

Le **STOP-BANG questionnaire** (Snoring, Tired, Observed, blood Pressure, BMI, Age, Neck circumference, Gender) (annexe n°2) est également utilisé dans le dépistage des personnes souffrant du SAHOS. (SPLF, 2010) Ce questionnaire est composé de huit questions fermées sur le ronflement, la somnolence diurne, l'observation de la part d'un proche que la personne arrête de respirer ou suffoque/étouffe, une hypertension éventuelle et si elle est traitée, l'Indice de Masse Corporelle > 35/m², un âge > 50 ans, un tour de cou important (mesuré au niveau de la pomme d'Adam) et, pour terminer, si la personne est de sexe masculin. Le risque d'apnées obstructives du sommeil est considéré comme faible si il y a moins de deux réponses positives, comme modéré si la personne a répondu positivement à trois ou quatre questions et élevé si la personne a répondu « oui » à plus de cinq des huit questions. (CHUNG et al., 2014)

L'évolution de la somnolence du patient peut être évaluée par le **score d'Epworth** (annexe n°3) qui analyse le risque que le patient s'endorme dans huit situations de la vie quotidienne. (SPLF, 2010) Zéro correspond à aucun risque et trois à un risque élevé. Le score est compris entre 0 et 24 et un score supérieur à dix met en évidence une somnolence anormale du patient. (SPFL, 2010) Cependant, ce score ne constitue pas un outil diagnostique fiable pour le SAHOS.

1.2.1.5.5.3. Polysomnographie à l'hôpital

L'examen de référence pour la réalisation du diagnostic du syndrome des apnées du sommeil est la **polysomnographie** nocturne dans un laboratoire du sommeil. (Back, 2018)Elle est nécessaire à son diagnostic. Elle enregistre l'activité cérébrale, le flux d'air au niveau du nez et de la bouche, les mouvements thoraco-abdominaux,la position du corps, la saturation en oxygène, l'électro-oculogramme, l'électrocardiogramme, l'électromyogramme du menton et des membres inférieur. (Heinzer, 2007)

Cet examen permet de détecter les troubles respiratoires du sommeil, de déterminer la structure du sommeil, de quantifier le temps passé durant les différents stades du sommeil et de diagnostiquer d'autres troubles du sommeil comme le somnambulisme, l'épilepsie nocturne,... (Heinzer, 2007)

Cependant, en plus du coût élevé de cet examen, il est contraignant d'un point de vue technique, matériel et humain. En effet, il nécessite l'hospitalisation du patient et requiert du matériel et du personnel spécifiques. (Abrishami, 2010)

1.2.1.5.5.4. Polygraphie respiratoire ambulatoire

Le diagnostic du SAHOS peut également être réalisé à l'aide d'une **polygraphie respiratoire en ambulatoire**qui mesure les paramètres respiratoires la nuit. Les concordances de résultats entre les monitorings en ambulatoire et la polysomnographie sont élevées. (Rodriguez et al., 2015) De plus, ce moyen diagnostic est plus facile d'accès pour les patients. (Heinzer, 2007)

1.2.1.5.5.5. Oxymétrie nocturne

L'**oxymétrie**nocturne permet d'enregistrer la saturation transcutanée en oxygène durant la nuit, à l'aide d'un capteur fixé au bout d'un doigt. Elle permet donc de mettre en évidence des épisodes de désaturation pendant le sommeil. Si les résultats sont normaux, elle ne permet pas d'exclure un SAHOS. Si les résultats sont anormaux, cet examen est un bon moyen d'orientation vers une polysomnographienocturne. (Heinzer, 2007)En effet, la sensibilité et la spécificité de cette méthode sont élevées. La valeur prédictive positive varie de 57,83% pour les SAHOS sévères à 98,8% pour les SAHOS légés. La valeur prédictive négative varie quant à elle de 70,58% pour les SAHOS légés à 100% pour les SAHOS modérés à sévères. (Nguyen et al., 2012) Malgré qu'elle soit peu invasive et peu coûteuse, cette méthode seule est de moins en moins utilisée. (Heinzer, 2007)

1.2.1.5.5.6. Appareils à pression positive

Certains appareils à pression positive ont un mode « diagnostique » ce qui permet de quantifier les troubles respiratoires en fonction de la courbe de pression inspiratoire mesurée au niveau du masque. (Heinzer, 2007)

1.2.1.5. 6. Traitement

Selon la Haute Autorité de Santé française (HAS, 2014), le choix du traitement se fera en fonction de la sévérité du SAHOS, qui est mesuré par l'index d'apnée-hypopnée (AHI).
Elle recommande de traiter les patients souffrant d'un SAHOS modéré et sévère, c'est-à-dire dont l'AHI est supérieur à 15, et qui présentent au moins trois des six symptômes suivants : somnolence diurne, ronflements sévères et quotidiens, sensation d'étouffement pendant le sommeil, fatigue diurne, nycturie, céphalées matinales.

1.2.1.5. 6.1. Traitement non chirurgical

A. Mesures hygiéno-diététiques

Certaines mesures hygiéno-diététiques visant à limiter les facteurs favorisant l'obstruction des voies aériennes supérieures au cours du sommeil peuvent être prises. En effet, la perte pondérale chez un patient en surcharge permet de diminuer voire de faire disparaître les apnées du sommeil. (Heinzer, 2006) Les autres facteurs favorisant à éviter sont le tabac qui provoque un œdème pharyngié, l'alcool et les somnifères qui ont un effet myorelaxant sur les muscles du pharynx et, pour terminer, le sommeil en décubitus dorsal. (Heinzer, 2006)
La HAS (2014) recommande de suivre ces mesures pour tous les patients souffrant du SAS, et ce, quelle que soit la sévérité de leur maladie.

B. Pression positive (CPAP)

Le traitement le plus efficace du syndrome des apnées du sommeil est la pression positive dans les voies respiratoires(CPAP). (Bjornsdottir, 2015 ; HAS, 2014) Cet appareil induit, à l'aide d'un masque nasal ou nasobuccal, une augmentation de la pression à l'intérieur du pharynx, ce qui permet de maintenir les voies aériennes supérieures ouvertes. Cet appareil permet d'empêcher les apnées et les hypopnées, de diminuer les ronflements et de rétablir l'architecture normale du sommeil. Selon une étude réalisée par Marin (2005), la CPAP permet la régression des symptômes diurnes, etsemble avoir des effets positifs sur la morbidité et la mortalité cardio-vasculaires. Cependant, certaines personnes ne tolèrent pas cet appareil malgré les grands progrès technologiques car elle peut amener à une sensation d'étouffement, des lésions cutanées aux points d'appui du masque, des rhinites, une sécheresse nasale et buccale, une conjonctivite. (Heinzer, 2007)

La HAS (2014) recommande ce traitement en première intention pour les patients ayant un AHI supérieur à 30, et lorsque l'AHI est compris entre 15 et 30 avec un sommeil de mauvaise qualité et/ou en présence d'une maladie cardio-vasculaire grave associée (hypertension artérielle résistante, fibrillation auriculaire, insuffisance cardiaque, maladie coronarienne, antécédent d'accident vasculaire cérébral).

C. Orthèses endo-buccales

Les orthèses endo-buccales (Bloch et al., 2006) constituent une alternative dans le traitement du SAS. Leur but est d'augmenter l'ouverture des voies aériennes supérieures. Ainsi, les prothèses d'avancement mandibulaire permettent d'avancer la mandibule et la langue pendant la nuit, ce qui diminue le risque de collapsus pharyngé lorsque le patient dort.
Il existe également des orthèses de protrusion de la langue qui avancent la masse linguale en libérant l'espace pharyngié postérieur.
Malgré que l'appareil soit moins encombrant que la CPAP, quelques effets indésirables comme l'hypersialorrhée, des douleurs articulaires, des déplacements dentaires et des blessures de la muqueuse buccale peuvent être observés. (Bloch et Al., 2006)
Ce traitement semble plus efficace que la CPAP chez les patients avec un SAS de degré léger à modéré, c'est-à-dire un AHI compris entre 15 et 30, chez les patients n'ayant pas de maladie cardio-vasculaire grave associée. (HAS, 2014)

D. Traitements pharmacologiques

Des traitements pharmacologiques ont été étudiés mais aucun ne semble efficace sur le SAS à l'heure actuelle. (SPLF, 2010)

1.2.1.5. 6.2. Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est, à l'heure actuelle, réservé à des cas particuliers ayant des anomalies anatomiques importantes. L'uvulopalatopharyngoplastie n'est réalisée que rarement car le succès de cette chirurgie dans le traitement du SAHOS est médiocre et les effets indésirables sont importants. (Heinzer, 2006)

1.3. Approche théorique

Dans cette partie, une revue de littérature approfondie a été réalisée afin d'obtenir des éléments de réponse à notre question de départ, concernant le dépistage par les médecins généralistes du SAHOS chez les personnes de 75 ans et plus.Peu de données existent actuellement sur ce sujet. Seules de **maigres** informations sur les facteurs entravant le dépistage ainsi que quelques pistes de solution ont été trouvées.
Nous décrirons dans un premier temps les facteurs entravant le dépistage. Ensuite, nous décrirons les pistes de solutions proposées dans la littérature pour le dépistage du SAHOS chez les personnes âgées par les médecins généralistes.

1.3.1. Facteurs entravant le dépistage

1.3.1.1. Facteurs liés au médecin

A. Symptômes cliniques atypiques et difficulté d'interprétation

Les symptômes cliniques du SAHOS chez le sujet âgé peuvent être **atypiques**. (Onen et al., 2010) Parmi ceux-ci, les chutes (Onen et al., 2009), la nycturie (Margel et al., 2006), une douleur (Onen et al., 2010), des troubles cognitifs (Kinugawa et al., 2014) ou un glaucome (Liu et al., 2016) peuvent signaler un SAHOS mais ne sont pas spécifiques.
Une édentation et une baisse du tonus musculaire liées au vieillissement peuvent favoriser l'apparition d'un SAHOS. (Cochen et al., 2009) En effet, malgré des changements physiques qui semblent être protecteurs comme la diminution de la taille des amygdales et l'augmentation de l'espace rétro-lingual, d'autres comme la perte de tonicité du voile du palais et un espace oro-pharyngé plus étroit favoriseraient les apnées obstuctives du sommeil. (Tagaya et al., 2011) Les signes et symptômes associés au SAHOS sont donc extrêmement difficiles à interpréter. (Onen et al., 2013)
D'autre part, certains sujets âgés peuvent être **asymptomatiques**. (Rodriguez et al., 2015)
Pour finir, il est très difficile de déterminer à partir de quel degré de sévérité et de quel AHI le SAHOS est pathologique ou fait partie du vieillissement normal chez les sujets âgés. (Netzer et al., 2016)

B. Manque de formation

Selon Netzer et al. (2016), il existe peu de formation pour les professionnels de la santé concernant le SAHOS chez les personnes âgées.

Selon certaines études (Netzer et al., 2003 ; Onen et al., 2006), les professionnels de la santé ne sont pas bien préparés à cibler et à prendre en charge les troubles du sommeil, en particulier chez les sujets âgés. Le fait que la prévalence des sous-diagnostics des SAHOS soit élevée peut être corrélée avec la faible reconnaissance des signes cliniques du SAHOS dans les différents groupes d'âge.

C. Communication entre les différents praticiens de soins

Selon Netzer et al. (2016), la communication entre les différents prestataires de soins pourrait avoir une influence dans le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés.

1.3.1.2. Freins liés au patient

A. Peu de plaintes de la part des personnes âgées

Il existe peu de données concernant les troubles du sommeil chez les personnes âgées. (Nguyen-Michel et al., 2016)

Comme nous l'avons vu précédemment, la qualité du sommeil décline de manière significative avec l'âge. Selon une étude réalisée par Vitiello et al. (2002), la prévalence des insomnies est très faible chez les sujets âgés en bonne santé. L'absence de plaintes concernant leur sommeil serait probablement expliqué par un **mécanisme d'adaptation**. (Vitiello et al., 2004) Ces difficultés peuvent en effet être considérées comme normales dans le processus de vieillissement du sujet. (Juan Carlos Rodriguez et al., 2015) Une personne âgée peut également ne pas se plaindre en raison de son mode de vie isolé, d'un déclin cognitif ou d'un handicap médical. (Nguyen-Michel et al., 2016) Cela a pour conséquence que les troubles du sommeil chez ces personnes restent sous-diagnostiqués, banalisés et insuffisamment investigués chez les sujets âgés. (Nguyen-Michel et al., 2016).

De plus, le dépistage du SAHOS chez les personnes âgées de plus de 75 ans peut être compromis si la personne vit seule, est sourde, fait chambre à part ou a des troubles cognitifs. En effet, elle ne pourra pas dire si elle ronfle ou a des arrêts respiratoires durant la nuit. Cela pourrait expliquer l'absence d'association significative entre ces symptômes et l'IAH > 15 dans cette population. (Endeshaw, 2006)

Pour terminer, selon Cochen et al. (2009), la somnolence diurne est le symptôme le moins dérangeant pour l'aidant proche et elle peut être sous-estimée car peu ressentie chez le sujet âgé retraité et qui n'a pas d'obligation sociale. (Cochen et al., 2009)

B. Prise médicamenteuse pouvant favoriser le SAHOS

Selon la Revue Prescrire (2016), il y aurait un lien entre le SAHOS et les effets indésirables de certains médicaments, notamment les psychotropes tels que les neuroleptiques, les opioïdes, les antiépileptiques, les antidépresseurs et les benzodiazépines. En effet, certaines de ces substances ont un effet dépresseur sur les centres respiratoires mais peuvent également induire une prise de poids qui favoriserait le SAHOS.
Or, selon le HAS (2012), 27,4% des personnes âgées de plus de 65 ans en France prennent des benzodiazépines ou autres médicaments apparentés, avec 38,6% de ces personnes qui ont plus de 85 ans alors que plus de la moitié de la prise de benzodiazépine ne serait indiquée.

1.3.1.3. Freins liés aux outils de dépistage

A.Pas d'outilsde dépistage simples validés/spécifiques aux personnes âgées

Pour évaluer la qualité du sommeil, le sujet âgé pourrait remplir un **agenda du sommeil** en reprenant les habitudes du sommeil. Cet outil est le gold standard pour l'évaluation du sommeil. (Carney et al., 2012) Il faut néanmoins que la personne ait les capacités cognitives suffisantes et puisse écrire pour tenir cet agenda.
La somnolence diurne et la vigilance peuvent être évaluées par l'**échelle d'Epworth** qui a une bonne sensibilité et reproductibilité et qui est validée pour les personnes âgées en bonne santé. (Johns et al., 1991) Cela dit, les personnes âgées sous-estiment leur somnolence diurne et cette échelle est souvent remplie de manière incorrecte. (Onen et al., 2013). De plus, Selon Vaz Fragoso et al. (2015), une des raisons pour laquelle la somnolence diurne est sous-estimée par les sujets âgés est une baisse de prise de conscience avec l'âge.

Selon Netzer et al. (1999), le **questionnaire de Berlin** et le **STOP BANG questionnaire** peuvent être utilisés pour le dépistage du SAHOS. Cependant, le premier questionnaire n'est

pas validé pour les personnes âgées (Sforza et al., 2011) et le second n'a **pas été étudié** pour les sujets âgés. (Chung et al., 2008) L'Observation-based noctural sleep inventory est quant à lui adapté au dépistage du SAS chez les PA. Ce test consiste en cinq visites chez le sujet âgé, à la recherche de symptômes nocturnes caractéristiques du SAS. Lorsqu'il y a au minimum un épisode de pause respiratoire ou plus de 2 épisodes de ronflement, ce test est considéré comme positif. Il est réalisé par le personnel médical.(Nguyen-Michel et al., 2016)

B. Polysomnographie

Les laboratoires du sommeil pour réaliser les polysomnographies sontcoûteux et difficilement accessibles et aux personnes âgées fragiles. (Netzer et al., 2016)

1.3.1.4. Freins liés au traitement

A.Absence de guidelines spécifiques aux personnes âgées

Selon, Netzer et al. (2016), les médecins font face à une augmentation rapide du nombre de sujets âgés souffrant du SAHOS. Or, il n'existe à l'heure actuelle aucun guideline clair et spécifique concernant la prise en charge du SAHOS chez les personnes âgées.
Un consensus suite à une revue de littérature approfondie et à une discussion entre professionnels sur les principaux paramètres à prendre en considération et la prise en charge du SAHOS chez les personnes âgées a été réalisé en 2016 par « The International Geriatric Sleep Medicine Task Force ». (Netzer et al., 2016)
Suite à cette revue de littérature, ils ont remarqué que très peu d'études ont été réalisées sur le traitement du SAHOS chez les personnes âgées, et encore moins chez les personnes âgées fragiles, alors que d'autres études concernent les adultes d'âge moyen ou les personnes plus jeunes ont été réalisées. (Netzer et al., 2016)

1.3.2. Pistes de solution

Lorsqu'une plainte de la qualité du sommeil est exprimée par une personne âgée de 75 ans et plus, une **évaluation gériatrique globale** devrait être réalisée, afin d'offrir une prise en charge adaptée au sujet. (Bloom et al., 2009 ; Onen et al., 2008 ; Soyeux et al., 2012) Cela

permet de déterminer les capacités du sujet, son autonomie et/ou le type de dépendances éventuelles, liées à ses problèmes de santé. (Medjahed et al., 2003)

Une **anamnèse approfondie** devrait également être réalisée auprès des sujets âgés et de ses proches. Le partenaire de lit peut en effet décrire les ronflements, les épisodes d'apnée, ou l'irritabilité du sujet âgé. (Rodriguez et al., 2015)

Les **antécédents détaillés** de la personne devront être repris, comme les pathologies cardiovasculaires, le diabète, les troubles cognitifs et anxio-dépressifs qui sont fréquents et qui sont associés aux troubles du sommeil. (Cochen et al., 2009 ; Bloom et al., 2009) Une pseudodémence, une hypertension artérielle résistante et un diabète mal équilibré ont également un lien avec les troubles du sommeil. (Bloom et al., 2009)

Cochen et al. (2009) ont également mis en évidence qu'une édentation et que le vieillissement musculaire peuvent favoriser le développement d'un SAHOS en rétrécissant l'espace aérien supérieur.

Les**traitements médicamenteux**des sujets âgés doivent être répertoriés car ils sont souvent nombreux et peuvent avoir des effets négatifs sur le sommeil (Bloom et al., 2009 ; Guay et al. 1997)

Les **habitudes de vie et de sommeil** ainsi que les **symptômes de veille et de sommeil**devraient également être décrits.

Un examen cliniquedevrait ensuite être proposé afin de rechercher les éventuels facteurs de risque au SAHOS comme une obésité, une hypertension artérielle, une obstruction des voies respiratoires hautes, une édentation, une décompensation cardiaque ou respiratoire, des signes neurologiques (Nguyen et al., 2016)

Les politiques de diagnostic du SAHOS pourraient changer de la part des prestataires de soins et des assurances de la santé afin de pallier le sous-diagnostic du SAHOS chez les sujets âgés. (Netzer et al., 2016)

Pour ce faire, les **tests ambulatoires** pourraient être privilégiés et couverts par l'assurance à la place de la polysomnographie dans un laboratoire de sommeil. (Netzer et al., 2016) Ces tests sont plus simples d'utilisation et constituent une méthode alternative de dépistage plus économique. De plus, les concordances de résultats entre les monitorings en ambulatoire et la polysomnographie sont élevées. (Rodriguez et al., 2015)

Selon Rodriguez et al. (2015), le **questionnaire STOP-BANG** pourrait être utilisé pour dépister les personnes âgées souffrant du SAHOS.

De plus, les sujets âgés devraient être évalués par des tests validés et spécifiques à cette tranche d'âge.

Pour terminer, les traitements devraient être adaptés aux groupes d'âge de la population en fonction des symptômes cliniques. (Netzer et al., 2003)

1.4. Conclusion du cadre théorique

Suite à cette revue de littérature, il semblerait que très peu de données existent sur les facteurs facilitant le dépistage du SAHOSchez les personnes âgées de 75 ans et plus. Nous avons par contre trouvé de maigres informations sur les facteurs entravant le dépistage ainsi que quelques pistes de solution.D'où la pauvreté du contenu de ce cadre théorique.

Les facteurs entravant le dépistage du SAHOS par les médecins généralistes chez les sujets âgés ont été classés par le chercheur en quatre catégories.

- ✓ La première regroupe les facteurs liés au médecin généraliste qui comprennent les symptômes cliniques atypiques et une difficulté d'interprétation, un manque de formation et la communication entre les praticiens des soins.
- ✓ La deuxième catégorie concerne les freins liés au patient, dont le peu de plaintes émises et la prise médicamenteuse pouvant favoriser le SAHOS.
- ✓ La troisième catégorie est liée aux outils de dépistage. En effet, il n'existe pas d'outils de dépistage simples et validés chez les personnes âgées. Nous avons également trouvé des freins au niveau de la pratique de la polysomnographie.
- ✓ La dernière catégorie reprend les freins liés au traitement, dont l'absence de guidelines spécifiques pour la prise en charge des personnes âgées.

Des pistes de solutions existent mais restent néanmoins peu développées. Parmi ces pistes, une évaluation gériatrique globale pourrait être réalisé. La littérature accorde également une grande importance à l'anamnèse et l'hétéroanamnèse, ainsi que la recherche des antécédents, du traitement actuel des patients, les signes cliniques et, pour terminer, les éventuels facteurs de risque.

Le STOP-BANG questionnaire pourrait être utilisé dans le dépistage du SAHOS chez les personnes âgées malgré qu'il n'ait pas été étudié spécifiquement chez les sujets âgés.

Enfin, l'utilisation de tests ambulatoires pourrait être prise en charge par les assurances. Ces tests sont intéressants à utiliser car ils sont moins invasifs et moins onéreux qu'une polysomnographie dans un laboratoire du sommeil.

Au vu de la pauvreté de la revue de littérature, nous espérons que notre rencontre avec les médecins généralistes permettra d'apporter des éléments nouveaux afin de répondre à notre question de recherche et à nos objectifs.

2. Cadre pratique

Dans cette partie, nous décrirons pour commencer la méthodologie utilisée. Ensuite, nous présenteronsles résultats issus des interviews. Une discussion, des recommandations pour la pratique et la recherche seront réalisées. Pour terminer, une conclusion sera élaborée.

2.1. Méthodologie

2.1.1. Type de mémoire

Ce mémoire consiste en une **recherche exploratoire** car il a pour but de « mieux comprendre un problème pour lequel il n'y a pas de réponse suffisante ».(Cote etal., 2002)

En effet, seule, la revue de littérature ne suffit pas pour répondre à notre question de départ qui est *« Comment favoriser un dépistage efficace par les médecins généralistes du syndrome des apnées du sommeil chez les personnes âgées de plus de 75 ans se plaignant de la qualité de leur sommeil ? ».*

Notre étude consiste donc à interroger des médecins généralistes afin de mieux comprendre comment se déroulele dépistage du SAHOS chez les personnes âgées de plus de 75 ansdans leur pratique professionnelle actuelle, de cibler davantage les leviers et les obstacles au dépistage dans un premier temps. Et, dans un second temps, de listerles pistes identifiées par les médecins généralistes pour un dépistage adéquat.Cela nous permettra de mieux connaîtreet comprendreles besoins des médecins généralistes par rapport à cette problématique et de tenter de proposer des pistes de solutions pour une meilleure prise en charge des patients âgés de 75 ans souffrant du SAHOS.
Ainsi, cette recherche exploratoire apportera quelques éléments nouveaux sur le sujet.
En tant qu'infirmière et étudiante en santé publique, nous sommes sensibles au sommeil des personnes âgées. Pour répondre au mieux à nos questions de départ, nous avons choisi d'interroger les médecins généralistes car ils ont un rôle primordial dans la prévention et le dépistage. De plus, ils ont un contact privilégié avec leurs patients, et plus spécifiquement les personnes âgées. Pour terminer, un des facteurs au sous-diagnostic est lié aux médecins généralistes, ce qui a conforté notre choix des personnes à interroger.

2.1.2.Choix de la méthodologie

La méthodologie choisie pour répondre aux objectifs de notre travail consiste en une recherche qualitative prospective non interventionnelle.
La méthode qualitative permet en effet de répondre à des questions de type « **Quoi ? Comment ? Pourquoi ? Pour qui ?**» et nous permet entre autres de développer des explications d'un phénomène particulier (Aujoulat, 2016). Nous ne cherchons pas à quantifier l'ampleur de la problématique, ni de tester des hypothèses. Notre but est de **comprendre** les pratiques actuelles du dépistage du SAHOS chez les sujets âgés par les médecins généralistes, ainsi que les facteurs favorisants et freinants ce dépistage.
Nous souhaitons également par cette approche déterminerdes actions et stratégies qui pourraient aider et/ou renforcer le dépistage du syndrome des apnées du sommeil chez les personnes âgées de plus de 75 ans se plaignant d'une altération de la qualité de leur sommeil.
Cette méthodologie nous a semblé être la plus adéquate pour donner un sens à cette problématique.

Les questions posées nécessitent une approche ouverte afin de donner la **parole** auxmédecins généralistes sur leur vécu et leursexpériences car ce sont les premiers acteurs concernés par cette problématique. (Aujoulat, 2016)
Cette approche engendre un contact direct avec les personnes interrogées, dans leur contexte professionnel de médecine générale. (Aujoulat, 2016)
Le chercheur sera l'outil principal de cette recherche. Celui-ci est bachelier en soins infirmiers, spécialisé en soins intensifs et aide médicale urgente. Cette étude est réalisée dans le cadre d'un Master en Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain.

2.1.2.1 Modalité de recueil des données

Pour le recueil des données, nous avons choisi d'effectuer des **entretiens semi-directifsà l'aide d'un guide d'entretien,** auprès des médecins généralistes. Cela permet en effet au chercheur de poser des questions ouvertes amenant l'interlocuteur à une certaine liberté de réponse dans un cadre défini.(Aujoulat, 2016) Une relation de confiance peut être établie et une liberté de réponse est assurée, tout en nous permettant d'aborder plusieurs aspects de la problématique, peu importe l'ordre auxquels ils sont abordés. (Aujoulat, 2016)De plus, ce type d'approchesemble être la plus appropriéedans ce contexte de recherche en soins de santé car nous souhaitons interroger les médecins généralistes sur leur expérience, leur attitude et point de vue sur le sujet. (Kohn et al., 2014)

Les données récoltées sont donc issues du langage oral. (Aujoulat, 2016)

2.1.2.2. Stratégie d'échantillonnage

Nous avons choisi d'interroger des médecins généralistes car ils représentent le public-cible de notre recherche. D'après nous, ce sont eux qui seront les plus à même de répondre à notre question de départ ainsi qu'à nos objectifs.

Notre échantillon est de type « **sélectif** »car nous avonsdéterminé des critères d'inclusion pour le recrutement de notre population. (Aujoulat, 2016)Ainsi, tous les médecins généralistes correspondant à nos critères peuvent être sélectionnés pour participer à notre recherche. Ces critères choisis ainsi que leur justification sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°1 : Critères d'inclusion des professionnels interrogés

Critères d'inclusion	**Justification**
Médecin généraliste exerçant dans son propre cabinet	Nous supposons qu'il pourrait y avoir des différences pour le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés entre les différents modes de fonctionnement. Notamment dans l'échange d'informations entre collègues si des questions se posent, par le partage d'expériences ou si un des médecins généraliste a un doute, pouvoir s'appuyer sur les connaissances et l'expérience d'un confrère.
Médecin généraliste exerçant dans une maison médicale	
Médecin généraliste exerçant dans un cabinet groupé	
Médecin généraliste réalisant des visites à domicile	
Médecins généraliste de différents âges, avec une expérience variable	Nous supposons que l'expérience ainsi que les formations reçues pourraient influencer le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés.
Zone de recherche : Région de Bruxelles- Capitale	Nous interrogerons des médecins généralistes travaillant dans la Région de Bruxelles-Capitale (milieu urbain)

Le contexte de la recherche est multicentrique car les médecins généralistes travaillant dans les différents types de cabinets et dans différentes communes de la Région de Bruxelles-Capitale peuvent être sélectionnés.

Dans la recherche qualitative, la taille de l'échantillon est restreinte, intentionnelle et ne pourra pas être déterminée à l'avance. (Aujoulat, 2016) Le principe de saturation considère que la nécessité d'inclure des sujets se terminelorsque le chercheur a l'impression d'avoir tous

les éléments pour répondre à sa question de départ et que l'inclusion de sujets supplémentaires n'ajoutera pas de plus-value à l'étude. (Aujoulat, 2016). L'échantillon est donc complet.

Ce principe de saturation est valable seulement si les caractéristiques des personnes intérrogées sont diversifiées. (Aujoulat, 2016)

C'est pourquoi, dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi d'interroger des médecins généralistes travaillant dans différents types de cabinets, ayant des âges et des expériences variées, étant de genre féminin et masculin, et, pour terminer, dans différents quartiers de Bruxelles.

2.1.2.3. Le mode de recrutement des participants

Nous sommes dans un premier temps entrés en contact avec les médecins généralistes par e-mail. (annexe n°4) Cet e-mail expliquait les objectifs de notre recherche ainsi queles modalités de l'entretien.

Ensuite, un appel téléphonique a été effectué. Cet appel permettait de rappeler le but du mémoire et d'éclaircirce que nous attendions de la personne.Le médecin généraliste pouvait également poser des questions concernant l'étude.

Si la personne était d'accord d'y participer, un rendez-vous était fixé à sa convenance, la plupart du temps dans le cabinet du médecin généraliste.

A la fin de chaque entretien, nous demandions au médecininterrogé s'il pensait à un autre confrère qui serait intéressant d'interrogeret ce, afin de varier les caractéristiques de l'échantillon. Cela a eu un « effet boule de neige » dans le recrutement des médecins généralistes. (Aujoulat, 2016)

2.1.2.4. Taille de l'échantillon

En recherche qualitative, ce n'est pas la taille de l'échantillon qui compte, mais bien la qualité. La taille de l'échantillon n'a donc pas été déterminée avant l'étude. En effet, chaque récolte de données étant analysée au fur et à mesure des entretiens, le recueil s'arrête au moment où nous avons le sentiment que l'analyse d'un entretien supplémentaire n'apportera pas d'éléments nouveaux et que nous sommes donc à une saturation des données. (Aujoulat, 2016)

La taille de l'échantillon est donc déterminée au cours de la réalisation de l'étude.

2.1.3. Type d'outil utilisé

Pour nous aider dans la réalisation des entretiens semi-directifs, un guide d'entretien a été préalablement élaboré. (annexe n°5) Ce guide contient des questions ouvertes et sert de fil conducteur reprenant les thèmes à aborder.Celui-ci a été créé à l'aide du cadre théorique, en vue d'avoir des éléments de réponse pour notre question de recherche.
Ce guide d'entretien est souple donc les questions pourront être adaptées en fonction du déroulement de l'interview et pourront être abordées dans un ordre différent. La parole ne sera également pasinterrompue lors des entretiens.
Des questions de relance ont été posée, et ce dans un but de clarifier, détailler, infirmer et de relancer (Aujoulat, 2016) les réponses des médecins généralistes.

Le guide d'entretien comprend trois parties :

1) La présentation du chercheur, les explications de la question de recherche, le temps que cela prend. Nous avons expliqué qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et demandél'autorisation pour enregistrer l'entretien comme aide-mémoire et qui sera rendu inidentifiable lors de la rédaction des résultats. Lors de la première partie, nous avons également demandé si la personne avait des questions avant de commencer.
2) Les questions du guide d'entretien réparties en catégories.
3) La possibilité de rajouter une idée, un avis, une remarque ainsi que de recevoir une copie du travail lorsqu'il sera défendu, et communiqué nos coordonnées si la personne voudrait ajouter quelque chose. Nous avons remercié la personne interrogée.

Le guide d'entretien initial a fait l'objet de modifications suite à un entretien pré-test réalisé auprès d'un médecin généraliste correspondant aux critères d'inclusion. En effet, il y avait une question dont la formulation engendrait des incompréhensions. De plus, au fur et à mesure des entretiens, une question concernant les obstacles que le professionnel rencontrentdansle dépistage des personnes âgées souffrant du SAHOS a été supprimée car elle était redondante à d'autres questions. Cela n'a pas pour autant altéré la qualité des données récoltées auprès des médecins généralistes.

Le guide d'entretien a été validé par notre co-promotrice.

2.1.4. Méthode de traitement et d'analyse des données collectées

Des rendez-vous ont été fixés à la convenance des médecins généralistes afin qu'ils soient disponibles et qu'un climat de confiance mutuelle puisse s'instaurer.

Les entretiens des médecins généralistes ont été enregistrés, après avoir obtenu leur accord. Pour ceux qui avaient donné leur permission pour l'enregistrement, l'enregistreur était placé sur la table, caché sous des feuilles en papier.
Cela nous a permis de rester concentré sur les éléments de réponses qu'ils nous donnaient et ainsi, d'avoir un échange plus aisé.

A la fin de chaque entretien, nous avons communiqué nos coordonnées au cas où les médecins généralistes auraient souhaité ajouter des éléments supplémentaires aux propos qu'ils ont tenus lors de l'entretien. De plus, nous avons proposé d'envoyer une copie du travail lorsque celui-ci sera finalisé.

Les entretiens enregistrés ont ensuite été **intégralement retranscris** directement après leur réalisation, au fur et à mesure des rencontres.
Cela nous a permis de faire une première analyse « à chaud » et de noter le contexte dans lequel l'entretien a été effectué ainsi que le langage non verbal de l'interlocuteur. Ainsi, l'environnement dans lequel se sont déroulés les entretiens, les mimiques, les gestes, les positions, le temps octroyé, etc ont été notifiés.
Pour analyser nos données récoltées, nous avons choisi de travailler par catégories prédéfinies en lien avecla réalisation du cadre théorique (Aujoulat, 2016), tout en laissant de la place aux catégories émergentes.
Ces unités d'analysenous permettrons de répondre à nos questions qui sont (Aujoulat, 2016):

- Quels sont les facteurs qui favorisent et et freinent le dépistage par les professionnels de première ligne des personnes âgées de plus de 75 ans se plaignant de la qualité de leur sommeil et souffrant du syndrome des apnées obstructives du sommeil ?

- Quelles sont les actions et stratégies qui pourraient aider et/ou renforcer le dépistage du syndrome des apnées du sommeil chez les personnes âgées de plus de 75 ans se plaignant d'une altération de la qualité de leur sommeil ?

Nous avons déterminé trois catégories à partir de notre base théorique ;

- La première étant la catégorie « **Pratique de dépistage actuelle des médecins généralistes interrogés**». Celle-ci reprend la manière dont se déroule le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés dans la pratique actuelle des médecins généralistes interrogés. Certains facteurs favorisant le dépistage pourront ainsi être ciblés.
- La seconde catégorie sont les « **Facteurs entravant le dépistage** ». Celle-ci reprend quelssont leséléments faisant obstacle au dépistage du SAHOS chez les sujets âgés de plus de 75 ans par les médecins généralistes.
- La troisième catégorie sont « **Les pistes de solutions proposées pour améliorer le dépistage**». Celle-ci reprend les pistes de solution auxquelles les médecins généralistes pourraient être sensibles pour favoriser le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés de plus de 75 ans.

De ces catégories, des sous-catégories émergeront lors de l'analyse des données récoltées, apportant ainsides éléments de réponse nouveaux.

La technique de validation des données qualitatives utilisée est une vérification intra-codeur (Aujoulat, 2016).

Après avoir retranscrit les données enregistrées sous forme écrite dites « verbatim », une grille d'analyse composée de catégories d'analyse a été construite. (Dierckx de Casterlé et al., 2012) Ces catégories d'analyse ont été déterminées suite à la réalisation du cadre théorique, et ce afin de répondre aux objectifs de notre recherche. Ensuite, un codage à l'aide d'unités de codage a été réalisé. Chaque mot-clé, groupe de mots ou idées ont été répertoriés et classés. (Dierckx de Casterlé et al., 2012)
Ensuite, un traitement sémantique des données a été réalisé. Cela consiste à étudier les idées des participants, les mots utilisés et le sens de leurs propos. (Dierckx de Casterlé et al., 2012)

Afin de préserver l'anonymat des personnes interrogées, nous avons fixé des numéros pour chaque entretien, et ce, de manière aléatoire. Un numéro correspond donc à un entretien.
Les parties de textes écrites en italique correspondent aux phrases/mots que les participants ont dit.

2.2. Résultats : Analyse descriptive

2.2.1. Description de l'échantillon

Seize médecins généralistes ont été contactés. Une douzaine d'entretiens ont été réalisés. Quatre médecins généralistes ont refusé de participer à notre étude car deux d'entre-euxn'étaient pas intéressés et les deux autres n'avaient pas le temps.

Nous avons interrogé des médecins généralistes appartenant à plusieurs tranches d'âge et ayant une ancienneté dans le métier diversecar nous supposons qu'une différence pourrait exister selon l'expérience, la sensibilisation à la problématique, les formations reçues et les mode de recherche d'informations supplémentaires.Cela pourrait influencer le dépistage du SAHOS des sujets âgés par le professionnel de la santé.

Tableau n°2: Tranches d'âge des 12 professionnels interrogés

Tranches d'âge (en années)	Nombre de professionnels
20 - 35	7
36 - 50	2
51 - 65	3

Tableau n°3 : Expérience des 12 professionnels interrogés

Expérienceprofessionnelle (en années)	Nombre de professionnels
0 – 5	4
6 - 10	3
11 - 15	1
16 - 20	1

21 - 30	0
> 30	3

Afin d'enrichir notre étude, nous avons également interrogé des médecins provenant de maisons médicales, de cabinet groupé ou travaillant seul. En effet, nous supposons que les résultats pourraient différer dans la manière de dépister des patients âgés de plus de 75 ans en fonction de si le médecin travaille avec d'autres professionnels ou non, de la sensibilisation et de l'échange d'informations, d'expériences éventuelles sur certaines problématiques comme le syndrome des apnées du sommeil chez les sujets âgés.

Tableau n°4: Lieu de travail du professionnel interrogé

Lieu de travail	Nombre de professionnels
Cabinet seul	3
Cabinet groupé	2
Maison médicale	7

2.2.2. Description du déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 15 mars et le 30 avril 2018.
Huit entretiens se sont déroulés dans les cabinets respectifs des médecins généralistes, deux dans la cuisine d'une maison médicale et, pour terminer, deux autres à leur domicile.
Les contextes dans lesquels les entretiens se sont déroulés étaient calmes. Sur les douze entretiens, nous avons été interrompus par une tierce personneune seule fois, ce qui a facilité l'échange pour les onze autres entretiens.
La durée de ces entretiens a varié entre une quinzaine et une vingtaine de minutes.
Onze médecins généralistes ont donné leur accord pour un enregistrement audio. Ceux-ci ont été intégralement retranscris le jour-même ou le lendemain de l'entretien, au domicile du chercheur dans une pièce calme. Cela a permis de ne pas déformer les propos des personnes interrogées et de faciliter l'analyse des données brutes.
Seul un professionnel n'a pas souhaité être enregistré. Une prise de notes la plus complète possible a donc été réalisée au moment de l'entretien.
Par souci d'anonymat, nous ne mentionnerons aucun nom dans ce travail.

2.2.3.Présentation des résultats - Analyse descriptive

Les résultats de notre recherche sont présentés sous forme de catégories et de sous-catégories. Nous allons dans un premier temps présenter la*« Pratique de dépistage actuelle des médecins généralistes interrogés».* Ensuite, nous décriverons les résultats de la catégorie *« Facteurs entravant le dépistage »,* pour terminer par la description des *« Pistes de solutions proposées pour améliorer le dépistage».*

2.2.3.1. Catégorie 1 : Pratique de dépistage actuelle des médecins généralistes interrogés

2.2.3.1.1. Stratégies de dépistage basées sur l'anamnèse et l'hétéroanamnèse

Les douze médecins généralistes interrogés placent l'anamnèse etl'hétéroanamnèse à une place centrale pour le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés de plus de 75 ans.

a) Anamnèse

L'anamnèse est définie dans ce travail comme l'évaluation systématique par le médecin généraliste, qui vise à identifier la présence d'un problème lié au sommeil chez une personne âgée de plus de 75 ans.

La majorité des médecins généralistes interrogés disent approfondir l'anamnèse par des questions auprès des sujets âgés lorsqu'il y a une plainte du sommeil chez les personnes âgées alors que la plupart d'entre eux ne sont pas dans la logique de dépistage systématique en cas d'absence de plaintes :

« Pas de dépistage systématique pour les personnes âgées, une attention systématique dans l'anamnèse à la question de la qualité du sommeil ainsi qu'à la question du ronflement et de la fatigue au réveil et/ou somnolence en journée » (9)

« Pour l'instant il n'y a pas vraiment de dépistage systématique (...) Je pose plus de petites questions… » (1)

« Cela dépend si cela gêne beaucoup ou pas, à quel point c'est dérangeant. Je regarde la symptomatologie qui découle de ça. Si le patient se plaint de fatigue au réveil et a les facteurs de risque » (2)

b) Hétéroanamnèse

L'hétéroanamnèse est l'anamnèse effectuée par le médecin généraliste auprès d'un proche de la personne âgée. La majorité des MG interrogés utilisent l'hétéroanamnèse comme moyen de dépistage du SAHOS chez les sujets âgés.

« Tu fais une hétéroanamnèse, tu demandes aux proches, tu leur demandes si ils ont remarqué des ronflements, des choses comme ça » (4)

« On demande aussi souvent si les conjoints se rendent compte qu'il y a des apnées pendant le sommeil » (6)

« Je demande parfois si la personne est en couple, si le compagnon – compagne – mari entend des ronflements ou des apnées. C'est surtout des questions un peu générales concentrées sur ce que dit le compagnon ou la compagne » (7)

« C'est parfois aussi si un des conjoints remarque des problèmes pendant le sommeil de son conjoint et qu'il est alerté par des apnées ou des choses comme ça » (10)

2.2.3.1.2. Connaissance des symptômes cliniques typiques du SAHOS par les médecins généralistes

Les symptômes cliniques typiques du SAHOS sont des signes d'appels fréquents du SAHOS que la PA pourrait présenter. Ces symptômes sont une somnolence diurne, des ronflements, une sensation d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil, un sommeil non réparateur, une fatigue diurne et des difficultés de concentration.

Il est important de connaître ces symptômes pour dépister le SAHOS.

Les médecins généralistes interrogés ont cité les symptômes cliniques principaux du SAHOS :

- Les réveils fréquents la nuit (1,4)
- L'impression ou non d'avoir un sommeil profond la nuit (1)
- Un problème de concentration (1)
- Une fatigue au réveil (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11)
- Une somnolence diurne (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)
- Des ronflements (3, 4, 7, 8, 9, 11, 12)
- Un plaintesur la qualité du sommeil (6, 7, 9)
- Une nycturie (5, 9)
- Des céphalées matinales (5, 9)

- Une plainte de la part du conjoint (3)
- Des apnées remarquées par le conjoint/ le proche (3,7, 9, 10)

Quatre médecins généralistes interrogés mentionnent le fait que beaucoup de personnes âgées se plaignent de la qualité de leur sommeil. (2, 3, 10, 11)

Le dépistage sera réalisé en fonction de si le patient (ou l'entourage) émet des plaintes ou non, et si ces plaintes sont fort dérangeantes ou pas. (1, 12)

2.2.3.1.3. Connaissance des facteurs de risque du SAHOS par les médecins généralistes

Les facteurs de risque du SAHOS sont les sources de risque qui augmente la probabilité pour une PA de développer et/ou d'aggraver un SAHOS. Ces facteurs de risque sont l'obésité, l'âge, le sexe masculin, le diabète de type II, la consommation d'alcool, de tabac ou de médicaments sédatifs, la ménopause, la race noire et les antcédents familiaux. Il est à noter que le SAHOS pourrait ne par être lié à ces facteurs de risque chez les PA.

Le dépistage serait plus facilement réalisé par les médecins généralistes si les facteurs de risque du SAHOS sont connus par ceux-ci.

Certains facteurs de risque attirent également l'attention de certains MG interrogés comme :

- L'obésité (2, 4, 8, 10, 11) et laprise de poids (9)
- Lesproblèmes respiratoires (6) comme la bronchopneumopathie chronique obstructive (2)
- La consommation abusive de substances comme l'alcool (2)
- Lediabète mal équilibré (10)

2.2.3.1.4. Connaissance des complications du SAHOS par les médecins généralistes

Une complication du SAHOS est l'évolution défavorable de ce syndrome. Ces complications sont une altération de la fonction neurocognitive, des accidents de la route ou de la vie courante, une diminution de la qualité de vie, une dépression, le développement d'une démence, une intolérance au glucose et une résistance à l'insuline, des épilepsies nocturnes, un risque cardivasculaire comme l'HTA accru et un risque d'AVC augmenté.

La connaissance de ces complications par les MG est importante pour favoriser le dépistage du SAHOS chez les PA.

L'hypertension artérielle mal équilibrée ou réfractaire au traitement a souvent été citée comme signes d'appel plutôt que comme une complication au SAHOS non traité.

« Chez les autres personnes qui ont de l'hypertension je pense à ça » (1)
« Parfois aussi une hypertension artérielle qui persiste » (6)
« La tension qui peut aussi, heu, souvent ils ont une tension un peu plus élevée » (8)
« Attention particulière en cas de symptômes évocateurs : hypertension artérielle réfractaire » (9)

La dépression et les pathologies cardio-vasculaires ont aussi été mentionnées par un médecin :

« Attention particulière en cas de symptômes évocateurs, même inhabituels comme la dépression et aux pathologies cardio-vasculaires»(9)

2.2.3.1.5. Outils utilisés pour le dépistage

L'outil est définit comme un moyen utilisé pour détecter les nouveaux-cas de personnes âgées ayant le SAHOS.

a) Echelles - Questionnaires

Deux médecins sur douze ont évoqués l'existence d'échelles pour dépister le SAHOS chez les sujets âgés. Parmi ceux-ci, un utilise les questions du STOP-BANG questionnaire sans calculer le score(5) et l'autre utilise les questions de certaines échelles mais n'a pas su nous dire de quelle échelle il s'agissait (6).

b) Polysomnographie

Tous les médecins généralistes interrogés connaissent la polysomnographie comme moyen de diagnostic du SAHOS.

« Moi j'envoie en pneumologie directement pour faire une nuit à l'hôpital et là ils font l'examen du sommeil » (1)
« Je les envoie faire une polysomnographie » (4)
« J'envoie faire une polysomnographie, c'est à peu près tout ce que je fais » (7)

c) Polygraphie ventilatoire en ambulatoire

La polygraphie ventilatoire en ambulatoire a été citée par deux médecins interrogés

« Ils ont un système que le patient peut emporter à la maison afin de faire le premier dépistage chez lui »(3)
« On mettait des polygraphies à domicile donc les patients venaient, on leur montrait comment l'installer à la maison et on avait direct les résultats » (5)

d)Envoi vers un médecin spécialisé

Tous les médecins généralistes interrogés envoient les patients pour lesquels ils suspectent un SAHOS faire une polysomnographie et/ou chez des médecins spécialisés tels qu'un pneumologue (1, 2, 3, 4) un médecin ORL (1, 2) ou un neurologue (2) .

« Je réfère à un spécialiste surtout si c'est une PA, pour quand même faire un check-up au niveau cardiaque et puis prescrire un labo »(6)
« En général quand je suspecte je l'envoie chez le pneumologue » (3)

2.2.3.1.6. Place de l'expérience professionnelle

L'expérience professionnelle est l'ensemble des connaissances acquises par le MG au cours de l'exercice de sa profession.

L'expérience professionnelle semble favoriser le dépistage par cinq médecins généralistes interrogés. (2, 5, 10, 11)

« L'expérience serait susceptible d'aider à améliorer le dépistage » (2)
« C'est seulement par expérience sur le terrain et par la pratique » (10)
« C'est la pratique que 1, 2, 3, 4 cas puis on y pense » (11)

Le feeling est aussi cité :

« Le feeling » (3)

2.2.3.1.7. Perception du rôle propre du médecin généraliste

La perception du rôle propre du MG est l'action de percevoir les missions que le MG doit accomplir et qui sont propres à sa fonction.

La perception du rôle du médecin généraliste dans le dépistage pourrait influencer celui-ci.
Ainsi, tous les professionnels interrogés s'accordent à octroyer aux médecins généralistes un rôle important dans le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés de plus de 75 ans.
Ceux-ci mentionnent le contact régulier qu'ils entretiennent avec les patients, ainsi que la connaissance de leur patient depuis quelques années. La majorité d'entre-eux disent que ce sont vers eux que les personnes âgées se tournent en premier en cas de problème, qu'ils ont une oreille plus attentive à cela, et que le dépistage fait donc partie de leur rôle.

*« C'est la première place puisqu'on est justement au **contact** des gens dans **leur viede tous les jours** et donc leur sommeil, ils nous en parlent et ils parlent de comment ils vivent leur journée. Nous on les **connaît** quand même bien (…) En tant que généralistes, je pense qu'on fait plus attention à tout ce qu'il y a autour et pas juste la plainte principale que des spécialistes. » « On a peut-être plus l'**oreille** à ça que d'autres paramédicaux (…) je pense quand même qu'on est les premières personnes pour dépister ça ».*(1)
*« Moi je pense que cette place est majeure. Parce que nous on voit les gens, surtout les personnes âgées, de manière assez **régulière** et que c'est quand même vers nous qu'ils viennent le plus vite. »* (3)
« En tout cas je pense que le médecin généraliste est plus apte à pouvoir parler du sommeil du patient, c'est souvent à nous qu'ils en parlent les premiers donc ça devrait être nous qui devrions creuser ça en premier lieu je pense » (12)

2.2.3.1.8. Moyens de sensibilisation au dépistage reçus

Les moyens de sensibilisation sont définis comme étantl'accès aux informations sous différentes formes, concernant le SAHOS chez les sujets âgés, rendant les médecins généralistes plus sensibles à ce dépistage. Cela pourrait donc influencer ce dépistage.

a. Congrès :

Les formations continues lors de congrès ont sensibilisés quelques médecings généralistes interrogés. Un médecin (3) affirme que c'est lors de ces formationsque lui sont apparus les points-clés auxquels il doit penser lorsqu'il entend un patient qui lui raconte son histoire.
Les médecins (7 et 9) ont tous les deux été sensibilisés au dépistage du SAHOS chez les sujets âgés grâce à des colloques, des réunions et des formations médicales traitant le sujet.

b. Revues

Quelques médecins ont été sensibilisés à cette problématique via des revues médicales (7, 10) Parmi ces revues, celle du Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) est mentionnée. (5)

« Je sais qu'on en parle quand même régulièrement, notamment dans les revues de SSMG, ce genre de chose ». (5)

Le médecin (9) se dit un peu sensibilisé aux articles des revues médicales.

c. Sites internet

Un des moyens de sensibilisation pour le dépistage du SAHOS évoqué par les médecins généralistes est la littérature sur internet. (7)
Les sites internet mentionnés sont Pubmed, Cochrane (4), up-to-date (5) et EBM Practice net (5). Selon le médecin (5),

« ce sont des sites sur lesquels je vais souvent ».

d. Echanges inter-professionnels

Selon les médecins (7) et (9), les discussions et les échanges entre professionnels de la santé à propos d'un patient ou d'un rapport de polysomnographie par exemple est un vecteur pour la sensibilisation au dépistage.

2.2.3.2. Catégorie 2 : Facteurs entravant le dépistage

Quatre sous-catérogies ont émergéessuite aux entretiens, à savoir les facteurs liés aux médecins généralistes, les facteurs liés au patient, les facteurs liés aux moyens de dépistage, et, pour terminer, les facteurs liés au traitement.

2.2.3.2.1. Facteurs liés aux médecins généralistes

2.2.3.2.1.1. Méconnaissance du SAHOS spécifiquement chez les personnes âgées

La méconnaissance est définie dans ce travail comme un manque de connaissance des MG sur le SAHOS chez les PA.

La méconnaissance du SAHOS chez les sujets âgés pourrait freiner le dépistage par les médecins généralistes car ils pourraient ne pas y penser. Les douze médecins généralistes interrogés disent qu'ils ont été peu voir pas du tout sensibilisés à cette problématique :

« Je n'ai jamais été sensibilisé » (2),
« Chez les personnes âgées spécifiquement je n'ai pas vraiment été sensibilisé » (5),
« Moi je n'ai pas été très sensibilisé » (8)

Un médecin (6) pense qu'il devrait être plus sensibilisé après avoir écouté nos questions et un autre (7) ajoute qu'on y pense pas suffisamment souvent.
A propos des connaissances sur le SAHOS chez les sujets âgés,unmédecin (1) raconte que :

« Je n'ai pas vraiment eu d'informations spécifiques sur les sujets âgés. Voilà, j'imagine que ça existe comme chez les plus jeune mais voilà, sans doute qu'avec la vieillesse la fonction respiratoire est encore moins bonne et donc il y a peut-être plus d'apnées mais je n'avais pas vraiment de notion de ça avant en particulier chez les sujets âgés ».
« Je ne connais pas du tout la spécificité des personnes âgées, je ne sais pas ce qu'il y a en particulier chez les personnes âgées ». (12)
« Je dirais que ce n'est pas forcément connu par les médecins. Enfin en tout cas moi je ne l'aurai jamais ciblé (...) » (11)

2.2.3.2.1.2. Absence de plaintes

Une plainte est l'expression par une PA d'un symptôme ou d'un inconfort ressenti, considéré comme non normal et pouvant altérer la qualité de vie de celui-ci.

Sans plaintes de la part des patients, le médecin généraliste ne pense pas à dépister le SAHOS. Ainsi, les médecins généralistes interrogés dépistent les sujets âgés seulement lorsqu'il y a une plainte émise.

« Cela dépend si cela gêne beaucoup ou pas, à quel point c'est dérangeant ». (1)
« Si ils étaient asymptomatiques, je pense que je ne les dépisterais pas, je n'aurai en tout cas pas l'idée d'y penser ». (3)
« Les gens qui dorment pas tellement bien mais qui ne sont pas du tout fatigués dans leur quotidien, enfin les PA en tout cas, je les laisse plutôt tranquilles mais dès qu'il y a une

fatigue, j'essaie de voir un peu ». (8)

« Si une plainte de sommeil est mise en avant ou si il y a des symptômes, j'explorerai bien entendu ». (9)

« C'est d'après les symptômes et la clinique lors des consultations je dirais. Je ne fais pas un dépistage tout de suite ». (10)

« Je ne dirais pas forcément de dépistage systématique de tous les patients mais c'est vraiment à partir des plaintes. (11)

La notion d'habitude a été mentionnée:

« Je n'ai pas l'impression qu'ils s'en plaignent… est-ce qu'ils ont pris l'habitude, je ne sais pas, mais ils ne se plaignent pas énormément de leur sommeil ».(12)

« Parfois les patients ne pensent pas à signaler et ils pensent que c'est normal qu'en vieillissant ils dorment moins bien ».(7)

L'absence de plainte engendre une absence de dépistage systématique de la part des médecins généralistes interrogés.

2.2.3.2.1.3. Sympômes cliniques atypiques peu connus

Les symptômes cliniques atypiques sont des signes d'appels qui ne correspondent pas à ceux observés habituellement dans le SAHOS. Les chutes, une nycturie, des douleurs, des troubles cognitifs et un glaucome en font partie.

Les médecins généralistes interrogés semblent connaître les symptômes plus typiques du SAHOS chez les sujets âgés. Seuls quelques médecins ont cité des symptômes atypiques au SAHOS.

Parmi ceux-ci, la nycturie et les troubles cognitifs ont été cités.

« Par exemple la nycturie ». (5)

« Symptômes évocateurs même inhabituels comme la nycturie et la dépression ». (9)

La méconnaissance de ces symptômes pourrait freiner le dépistage.

2.2.3.2.1.4. Profils atypiques peu connus

Les personnes souffrant du SAHOS sont souvent de genre masculin, en surpoids, qui ronflent et sont donc plus facilement dépistés par les médecins généralistes interrogés. Les autres

profils plus atypiques sont quant à eux peu connus par les médecins généralistes interrogés, ce qui pourrait freiner le dépistage.

« J'y penserais plus chez un patient plus jeune qui est un peu trop gros ou que je sais qu'il fume ou qu'il boit, j'y penserais plus vite que chez les personnes âgées ». (3)
« Moi j'ai un patient qui était déjà sous CPAP quand je l'ai pris en charge mais il n'a pas le physique quoi. Je n'aurai pas spécialement pensé à ça chez lui. Il est vraiment mince comme ça – Montre son auriculaire – *».* (11)

2.2.3.2.1.5. Manque de formation

Le manque de formation est défini comme le manque d'informations reçues par les médecins généralistes pour effectuer un dépistage efficace du SAHOS chez les PA.

a) Peu de cours spécifiques reçus

Dix médecins généralistes interrogés disent n'avoir reçu aucun cours spécifique dans leur souvenir sur le SAHOS chez les personnes âgées durant leurs études de médecine.

« J'ai été très peu sensibilisé pendant mes études de médecine ». (9)
« Je ne me souviens pas en tout cas de formation ciblée pour les personnes âgées ».(11)
« Cela ne me dit rien du tout. On parle des apnées du sommeil pendant nos études mais je n'ai pas en tête qu'en particulier ils disaient quelque chose pour la personne âgée. Je n'ai plus ça en tête ».(12)

Cela n'était pas un sujet d'actualité :

« Je crois que pendant mes études il y a longtemps on ne parlait pas tellement de ça. Ce n'était pas tellement un sujet de l'actualité. C'est venu plus tard ». (10)

Ce sujet aurait été abordé dans certains cours :

« Dans nos cours de pneumologie on en parle (…) peut-être plus dans un cours de gériatrie , c'est possible qu'ils en aient parlé aussi parce qu'ils ont une prise en charge plus globale en général. Mes cours je ne me rappelle pas si on avait vraiment eu beaucoup d'heures là-dessus ou pas mais je n'ai pas l'impression d'avoir eu beaucoup de formation à ce niveau-là ».(8)

b) Sujet peu abordé dans les formations continues

Tous les médecins généralistes interrogés affirment que ce sujet est peu abordé dans les congrès, revues et dans la littérature sur internet.

- Formation de type congrès :

Les médecins (2, 3, 6, 8, 9, 10 , 11, 12) affirment ne pas avoir reçu de formation sur ce sujet.

> *« Je n'ai pas reçu de formation particulière par rapport aux personnes âgées (…) sûrement pas spécifiquement pour les personnes âgées »* (3)*« Pas spécialement. Non pas beaucoup* (ndlr : à propos des formations continues sur le SAHOS chez les sujets âgés). *Maintenant c'est vrai que ça ne fait pas longtemps que je suis sortie donc je n'ai pas eu énormément de formations continues mais c'est vrai que je n'en ai jamais entendu parler dans des formations continues »* (6)
>
> *« Aucune formation spécifique sur le SAHOS chez les personnes âgées »* (9)

Le sujet semble peu abordé ;

> *« Ce n'est pas très souvent abordé, enfin moi je trouve que ce n'est pas souvent abordé comme sujet de recyclage ».* (7)

- Revues

Il y aurait peu d'articles sur le sujet :

> *« Je n'ai pas l'impression que, enfin je suppose que dans des petits machins on dirait juste « l'HTA, pensez-y ! » mais pas vraiment parler du SAHOS chez les personnes âgées en soi ».* (11)

Un médecin aurait peu de temps pour la lecture d'articles :

> *« J'irai plus consulter ce genre de chose quand j'ai une question mais spontanément, je n'ai pas beaucoup le temps. Enfin je ne prends pas le temps de lire ce genre de chose, de manière régulière et approfondie ».*(3)

- Sites internet

Le médecin (9) ne se dit pas être sensible aux articles sur le sujet sur les sites internet.

2.2.3.2.1.6. Sous-estimation du SAHOS en tant que pathologie

La sous-estimation du SAHOS en tant que pathologie est lasous-évaluationpar les MG du SAHOS. Ce syndrome pourrait donc ne pas être estimé en tant que maladie ayant des répercussions négatives sur la santé.

Ainsi, un médecin interrogé a fait le lien avec le vieillissement physiologique:

« *J'imagine que ça existe comme chez les plus jeunes, sans doute qu'avec la vieillesse la fonction respiratoire est encore moins bonne et donc il y a peut-être plus d'apnées ».*(1)

Un autre ne voit pas l'importance de cette pathologie :

« Ca aurait été intéressant de faire cette étude sur les personnes jeunes parce que les personnes âgées de plus de 75 ans sont en bout de course donc ça ne sert pas à grand chose ». (2)

Deux autres médecins généralistes nous ont posé des questions sur l'importance et la fréquence du SAHOS chez les PA :

« Mais bon je ne sais pas si je peux dire si c'est quelque chose de fréquent chez les personnes âgées ? ». (4)
« Est-ce que c'est important de faire un dépistage systématique chez les PA ? C'est hyper courant chez les PA ? ». (12)

Six d'entre eux affirment ne pas chercher d'informations supplémentaires en cas de suspicion de SAHOS chez un sujet âgé :

« Je ne cherche pas d'informations supplémentaires ». (2)

2.2.3.2.1.7. Dépistage parmi d'autres

Le dépistage de certaines maladies est réalisé de manière systématique en consultation chez les MG. Le dépistage du SAHOS est un dépistage supplémentaire.

Deux médecins généralistes interrogés parlent du dépistage du SAHOS comme étant parmi d'autres dépistages :

« Il y a certains dépistages, enfin ça ça dépend d'un médecin à un autre, mais il y a certaines

choses à laquelle je vais penser de manière beaucoup plus systématique que je vais faire à chaque fois ». (8)
« Ce n'est pas comme un dépistage de, je ne sais pas, du cancer du colon où il faut faire des tests à un certain âge ». (10)

2.2.3.2.1.8. Dépistage par d'autres médecins spécialistes

Le dépistage du SAHOS peut se faire par d'autres médecins spécialistes comme un cardiologue, un pneumologue, un ORL ou autre.

Les médecins généralistes interrogés envoient les personnes âgées pour lesquellesils suspectent un SAHOS chez un autre médecin spécialiste.

Un médecin dit que souvent les personnes sont déjà diagnostiquées :

« Souvent les PA vont chez le cardiologue, le pneumologue pour d'autres problèmes. C'est vrai que souvent du coup c'est dépisté là en fait. Chez le spécialiste parce qu'on voit qu'il y a une HTA pulmonaire chez le cardiologue alors on voit qu'il y a d'autres problèmes et j'ai l'impression que souvent ça passe par les spécialistes ».(6)

2.2.3.2.1.9. Freins lors des consultations

a) Manque de temps

La durée des consultations étant déterminée, un dépistage supplémentaire à réaliser peut constituer un frein au dépistage par les médecins généralistes.
Ainsi, quatre médecins généralistes mentionnent le facteur « temps »comme obstacle au dépistage du SAHOS chez les sujets âgés.

« Le temps de consultation n'est pas très extensible et je pense que si on se donnait plus de temps pour les patients, cela permettrait de balayer de manière plus large les symptômes que les patients stipulent ». (7)
« Peut-être juste une question de temps. On ne prend pas le temps avec nos patients. Ce n'est pas facile, les personnes âgées parlent parfois beaucoup beaucoup et donc c'est souvent dur d'orienter parce qu'elles partent un peu dans tous les sens (…) Pour le dépistage en tant que tel je pense que c'est surtout un manque de temps ».(8)
« On est parfois un peu pressés, les gens parlent souvent. Donc le facteur temps peut jouer

un rôle ». (10)

b) Pathologies associées – (Poly)médication

Les pathologies associées et les médicaments peuvent interférer au dépistage car les médecins généralistes se concentrent sur les pathologies prioritaires à leurs yeux et les médicaments pris par les sujets âgés peuvent exacerber voire diminuer certains symptômes du SAHOS chez les sujets âgés.

Ainsi, des médecins généralistes disent qu'un des obstacles au dépistage est la polypathologie et la polymédication.

« Parfois on a l'impression qu'il y a un tas d'autres choses qui pourraient jouer sur le fait qu'ils ne dorment pas bien qu'on met ça peut-être en dernier en se disant « Ben on fera cet examen là après » et au final on ne le fait pas ». (8)

« Ce qui fait obstacle c'est que souvent les PA sont souvent polypathologiques, polymédiquées etc donc c'est vrai qu'on se focalise souvent sur d'autres problèmes. Il y a des consultations où c'est toujours compliqué, il y a toujours pleins de problèmes posés ». (6)

« J'interroge aussi sur la prise de médication évidemment. Voir si il y a un médicament qui peut le favoriser par exemple des benzodiazépines ou quelque chose comme ça ». (7)

« J'ai beaucoup de troubles du sommeil qui ne sont pas dûs à des apnées. Avec l'âge, beaucoup de personnes ont quand même un sommeil plus légé, avec des réveils plus fréquents, ou doivent aller aux toilettes,… donc il y a d'autres facteurs qui jouent ». (10)

« Souvent ils ont plein d'autres problèmes à cet âge-là. Ils ont d'autres problèmes prioritaires (…) Et puis souvent ils ont des benzodiazépines qui ont été mis en place donc souvent ils dorment bien ». (12)

c) Consultations pour d'autres motifs

Un médecin évoque le fait que les patients viennent souvent pour autre chose :

« Ce n'est pas toujours au premier plan donc en général dans une consultation de médecine générale ils viennent pour autre chose ».(1)

« Plutôt des personnes âgées qui dorment mal, dépression, ou d'autres choses ».(4)

« Les gens ne se plaignent pas spécialement, ils viennent plutôt pour d'autres problèmes je dirais « .(10)

2.2.3.2.2. Freins liés au patient

2.2.3.2.2.1. Personne isolée

Une personne isolée est définie comme vivant seule, n'ayant pas d'aidant proche.

Les médecins (8 et 10) soulignent l'isolement des personnes âgées et donc la difficulté à réaliser une hétéroanamnèse qui semble être importante pour effectuer le dépistage du SAHOS chez les personnes âgées :

> *« On a rarement une hétéroanamnèse aussi donc par rapport aux ronflements et tout ça, c'est souvent des personnes qui sont assez seules et donc c'est difficile de savoir (…) Chez des personnes âgées, c'est beaucoup plus rare qu'il y ait quelqu'un qui nous interpelle… sur la fatigue peut-être mais ça s'arrête là ».* (8)
>
> *« Des personnes isolées, ce n'est pas toujours facile.* (10)

2.2.3.2.2.2. Etat de santé mental

L'état de santé mental est défini comme le bien-être cognitif et psychique de la personne âgée.

Un trouble mental du patient comme la confusion et la démence pourrait constituer un obstable au dépistage :

> *« La confusion, la démence, des problèmes neuropsychiatriques ».* (5)
>
> *« Disons que j'ai beaucoup de mes patients âgés qui ont des démences donc c'est difficile de savoir la qualité de leur sommeil à ce moment là ».* (12)

2.2.3.2.2.3. Déni

Le déni est défini dans ce travail comme le refus de la personne âgée de reconnaître les symptômes et le diagnostic du SAHOS.

a) Méconnaissance du SAHOS par les personnes âgées

La méconnaissance du SAHOS par les personnes âgées semble constituer un frein au dépistage car selon quelques médecins généralistes interrogés, elles ne connaissent pas l'existence de ce syndrome et donc elles ne savent pas vers quel spécialiste se tourner en cas de symptômes. Elles ne se feront dès lors pas dépister.

De plus, selon un autre médecin (1), les personnes âgées ne pensent pas qu'ils vont aller mieux si elles soignent ce syndrome.

> *« Les gens ne vont pas penser qu'ils vont aller mieux si ils soignent ça »*(1)

« Je ne pense pas que eux-même, ce n'est pas un syndrome qui est connu par la population sauf quand vraiment les gens arrêtent de respirer et que leur conjoint s'inquiète mais sinon ils ne vont pas vite y penser ».(3)

« Ils ne vont pas d'eux-même aller voir un spécialiste comme quand ils ont mal au genou et qu'ils vont voir un orthopédiste. En plus, je pense qu'ils ne savent même pas qui ils doivent aller voir ».(3)

b) Difficulté à accepter ce diagnostic :

La difficulté à accepter le diagnostic est la peine de la personne âgée à se rendre compte qu'elle souffre du SAHOS. Cela constitue donc un obstacle au dépistage.

Quelques médecins généralistes ont évoqué cette difficulté :

« Donc ils ont pas facile à accepter ce diagnostic là je trouve ».(3)

« Je trouve qu'il y a quand même une réaction de « Ah ben non, c'est pas ça ! » alors qu'ils ne peuvent pas s'en rendre compte vu qu'ils dorment ». (3)

2.2.3.2.2.4. Refus du dépistage

Le refus du dépistage est défini comme l'action de nier l'examen diagnostique du SAHOS par les sujets âgés dépistés.

Des médecins (8 et 10) évoquent qu'un des problèmes qu'ils rencontrent dans leur pratique professionnelle est que les personnes âgées ne veulentpas faire de polysomnographie donc ils éprouvent des difficultés à amener cet examen jusqu'à eux.

« Tous les patients ne sont pas prêts à faire des tests non plus. Si on leur propose un laboratoire du sommeil, il y a des gens que ça rebutte donc tout le monde n'est pas toujours d'accord ou motivé pour aller plus loin dans la mise au point ». « Il y a souvent des réticences, qu'ils nous pas envie de faire ça parce que ça les embête » (10)

« Après ce qu'il y a aussi c'est le problème des PA qui ne voudront pas faire la polysomno donc ça faudra voir aussi comment l'amener jusqu'à eux ». (8)

2.2.3.2.2.5. Absence de « levier » au dépistage

Un levier au dépistage est défini comme un facteur favorisant le dépistage du SAHOS chez les personnes âgées.

Un médecin interrogé parle de l'absence de la suspension du permis de conduire comme obstacle au dépistage, le permis de conduire étant considéré comme un levier au dépistage :

« Il n'y a souvent plus le levier du permis de conduire pour stimuler à le prendre en charge » (9)

2.2.3.2.3. Freins liés aux outils de dépistage

2.2.3.2.3.1. Méconnaissance des outils de dépistage

La méconnaissance des outils de dépistage est le manque de connaissance des MG pour l'utilisation d'outils de dépistage du SAHOS. Cela peut constituer un obstacle au dépistage.

Deux médecins généralistes sur les douze connaissent l'existence d'outils tels que des questionnaires aidant au dépistage du SAHOS chez les sujets âgés.

Onze médecins (dont un connaissant l'existence des échelles mais ne les utilisant pas) n'utilisent pas d'outils particuliers pour le dépistage.

Quatre d'entre eux ne connaissaient pas l'existence d'outils :

«Je ne savais pas qu'il y avait des questionnaires ».(4) *« C'est vrai qu'il y a sûrement des outils que je ne connais pas mais si il y en a, faudrait que je les utilise un peu plus systématiquement ».* (8) *« Je n'en connais même pas (…) je ne savais même pas qu'il y en avait pour toute personne en général donc c'est que… je ne sais pas si je suis la seule à ne pas savoir… du coup je ne sais pas qui les utilise… peut-être les spécialistes ? ».*(11) *« Je ne connais pas d'outil de dépistage ».*(12)

D'autres médecins évoquent la polysomnographie comme seul outil de dépistage du SAHOS. (1, 2, 4, 11, 12). Un médecin (4) affirme utilisercomme outil de dépistage la polysomnographie :

« Polysomnographie non ? Il n'y a pas vraiment d'autres outils. »

2.2.3.2.3.2. Freins liés à la polysomnographie

a) Facteur coût

Le facteur coût est définit comme le prix à payer par la PA pour passer la polysomnographie. Unmédecin généraliste (1) évoque le coût de la polysomnographie comme étant un obstacle au dépistage du SAHOS.

« Ca fait une nuit d'hospitalisation, ça coûte cher, il faut qu'ils aient une bonne couverture mutuelle et tout ça donc je pense que ça défavorise certaines personnes ».
« Nous on voit en maison médicale beaucoup de gens qui ont des soucis financiers et qui du coup vont dire « Ah ben ce n'est pas grave », ils ne vont pas chercher ce problème-là »
« Le coût de la polysomnographie ». (9)

b) Facteur accès physique

Le facteur accès physique est définit comme la facilité pour la PA de se déplacer à l'hôpital pour la réalisation de la polysomnographie.
Sept médecins généralistes interrogés évoquent une difficulté d'accès physique au moyen diagnostique qui est la polysomnographie en intra-hospitalier. En effet, celui-ci nécessite une nuit d'hospitalisation.

« Je dirais que c'est quand même compliqué pour une personne d'aller à l'hôpital pour une nuit et tout ça donc les gens voient ça quand même comme un obstacle (…) C'est encore plus difficile pour les personnes âgées car ce sont des gens chez qui on fait des visites à domicile donc déjà en général pour aller chez un spécialiste c'est plus compliqué ou d'aller en consultation ou quoi parce qu'ils doivent prendre des taxi-patients ou des choses comme ça. Donc c'est vrai que c'est un peu plus compliqué » (1)
« Devoir passer une nuit à l'hôpital est quand même fort contraignant pour les gens et souvent ça les freine terriblement » (3)
« C'est vrai que programmer une polysomnographie c'est tout un bazarre » (4)
« Le fait que les patients doivent se déplacer ça devient complexe » (5)
« Pour la polysomnographie, c'est difficile d'aller à l'hôpital pour les personnes âgées » (8)*« Il y a des personnes âgées c'est vrai parfois c'est compliqué de se déplacer, je veux dire, ce ne sont pas toujours des personnes qui sont très mobiles »* (10).

c) Facteur temps

Le facteur temps est la durée entre la prise de rendez-vous et la polysomnographie.

Selon un médecin (9), le délai des consultations pour une polysomnographie constitue un obstacle au dépistage.

d) Peur de l'hospitalisation

La peur de l'hospitalisation est la crainte éprouvée par la PA d'être contrainte de rester à l'hôpital si elle se rend au laboratoire du sommeil pour réaliser la polysomnographie.

Quelques médecins généralistes interrogés parlent de la peur de l'hospitalisation émise par les patients.

« Les gens qui sont bien chez eux ont peur qu'on les hospitalise, qu'ils ne rentrent pas chez eux, des choses comme ça donc je pense que spécifiquement pour la personne âgée c'est un peu difficile d'aller à l'hôpital pour faire le diagnostic ».

« ils n'ont pas facile à faire les démarches d'aller passer une nuit à l'hôpital pour faire les tests»(3)

« Parce que les PA, imaginer d'aller passer une nuit d'hospitalisation… l'hôpital a souvent mauvaise presse »(9)

e) Lourdeur de la PSG pour les PA

La lourdeur de la PSG est le fardeau que représente ce moyen diagnostique pour les PA.

Le médecin (2) confirme que pour le moment le moyen diagnostique est trop lourd pour les patients

2.2.3.2.4. Freins liés au traitement

Les freins liés au traitement du SAHOS représentent les fardeaux perçus par les MG et les PA liés au traitement du SAHOS en cas dedépistage ; le traitement étant considéré comme pouvant altérer la qualité de vie de la PA.

Un des freins cités par les médecins généralistes interrogés est la lourdeur du traitement qui est la CPAP. Vu que le traitement est considéré comme lourd, quelques médecins interrogés ne souhaitent pas dépister les PA souffrant de SAHOS.

« Si on avait une amélioration dans le traitement qui est la CPAP, ce serait dépisté plus facilement car moins invasif . Parfois cela ne sert à rien de dépister les gens vu le moyen thérapeutique, la CPAP, qui est invasive et embête plus les gens et leur partenaire » (2)

En parlant de la CPAP *« Il faut quand même un peu de volonté pour aller dormir avec ces appareils ».* (10)

2.2.3.3. Catégorie 3 : Pistes de solutions

2.2.3.3.1. Sensibiliser les médecins généralistes au dépistage

Sensibiliser les médecins généralistes au dépistage consiste à rendre ceux-ci plus sensibles au dépistage du SAHOS chez les PA en les informant, quelle que soit la manière d'information.
La plupart des médecins généralistes interrogés souhaitent être sensibilisés (3, 6, 8, 9) et informés sur le dépistage spécifique chez les sujets âgés :

« Informer les médecins évidemment » (3)
« Au niveau de l'information continue, si il y avait plus souvent des rappels on y penserait un peu plus vite et donc on serait peut-être plus systématiques aussi » (8)
« J'aurai besoin de stimulation pour que ce soit plus systématique ».(9)

Cette sensibilisation pourrait se faire via :
a) Formations continues :
Selon unmédecin (3), ils sont obligés de suivre une série d'heures de formation par an donc ce serait bien que ce sujet soit proposé.

« Le plus facile c'est via les formations continues qu'on a donc soit les dodeca groupes soit les formations organisées par la SSMG par exemple. On est quand même obligés de suivre une série d'heures de formation par an donc c'est bien que ce soit proposé en tout cas ». (3)

En effet, selon ces médecins (1, 3, 6, 8, 9, 10, 12), en parler un peu plus lors des formations continues permettrait de faire une piqure de rappel de temps en temps sur la problématique.

« C'est vrai que lorsque je sors d'une formation j'essaye d'être plus attentive à ce que j'ai vu en formation » (12),
« Une formation qui donnerait des conseils objectifs » (10),
« Besoin de plus d'informations ». (11)

Parmi les formations continues, celles organisées par le SSMG (3, 11), le dodeca groupe (3) et les hôpitaux (3) ont été citées.Lors de ces formations, les médecins aimeraient être informés sur :

a. Les conséquences du syndrome:

« Peut-être plus voir ce que ça entraîne ». (1)

b. Les solutions existantes et possibles :

> *« Voir si il y a des solutions qui existent qui ne sont pas trop envahissantes pour le patient, donc peut-être des formations sur toutes les solutions possibles pour le patient ».* (1)

c. Lesconseilset les objectifs pour favoriser le dépistage chez ces personnes. (10)

d. Des mises en situation via des cas cliniques :

> *« Il pourrait être intéressant de relever des récits de cas exemplatifs concernant cette pathologie et les bénéfices de la prise en charge si elle peut avoir lieu. C'est partir de situations concrètes dans lesquelles le SAHOS a de réelles conséquences sur la santé de la personne où le médecin, être centré sur la difficulté du médecin aussi à faire un diagnostic. Donc repartir des différents symptômes qu'on peut avoir en disant « votre patient a », « avez-vous pensé à » par exemple »* (9)

b) Formations via les hôpitaux :

> *« Les hôpitaux qui nous envoient des courriers parce qu'ils font des formations sur le sujet ».* (3)

c) Des revues médicales comme le SSMG ou Prescrire.

> *« Dans les revues comme Prescrire ou via la SSMG »* (11)
>
> *« Il y a la revue. Ils font donc une revue mensuelle ou trimestrielle – je ne sais même plus- qu'on reçoit par mail. Ou par leur formation en général. Eux envoient aussi de temps en temps des petits folders ou des trucs comme ça. Ca je trouve aussi super intéressant ».*(11)
>
> ndlr : SSMG
>
> *« Via le SSMG peut-être qui publie aussi des revues ».* (6)

d) Des organismes de la santé. En effet, un médecin (11) propose d'avoir plus d'informations de la part de l'INAMI ou du SPF Santé Publique, voire de recevoir des folders de la part de la SSMG.

e) L'acquisition de l'expérience comme piste de solution au dépistage du SAHOS a été mentionnée par unmédecin (2).

f) Personne relais :Un médecin (5) pense quant à lui qu'avoir des personnes relais spécialisées pour ce genre de problème, comme des gériatres, cela pourrait favoriser le dépistage.

« Peut-être un gériatre qui serait une personne relais pour ce genre de problème-là » (5)

2.2.3.3.2. Favoriser le travail multidisciplinaire

Le travail multidisciplinaire est le regroupement de plusieurs professionnels de la santé travaillant auprès des personnes âgées, pouvant intervenir et favoriser le dépistage du SAHOS par les médecins généralistes.

Un médecin parle de la multidisciplinarité :

« Une approche multidisciplinaire en première ligne pourrait aussi apporter plus. Avec les kinés par exemple » (9), *« Parfois, le fait de travailler en équipe ou les consultations chez des spécialistes permettent un regard neuf sur des situations où la proximité avec nos patients peut faire écran ».* (9)

2.2.3.3.3. Développer des outils de dépistage spécifiques

Les outils de dépistage spécifiques sont les moyens d'aide au dépistage du SAHOS par les médecins généralistes, prenant en compte les spécificités des personnes âgées de plus de 75 ans. La plupart des médecins généralistes intérrogés préconisent l'utilisation d'outils de dépistage pour le SAHOS chez les sujets âgés.

a) Caractéristiques de l'outil

Une des caractéristiques de cet outil serait la **rapidité d'exécution**: *« Quelque chose de rapide »* (12) car si cela prend trop de temps, il ne le remplira pas.

Un outil v**alidé** :

« Faire des outils spécifiques de dépistage pour les PA, des outils validés ». (6)

b) Liste de questions

Parmi ces outils, deux médecins (1 et 3) mentionnent une **liste de questions systématiques** :

« Avoir un liste de questions systématiques à poser plus spécifiquement chez les personnes âgées pour voir si il y a un risque d'avoir des apnées du sommeil ». (1) *« Une liste de questions plus typiques à poser. Des questions avec des critères vraiment*

majeurs et si on ajoute des critères mineurs en plus qu'on additionne, on a l'habitude de faire ça pour d'autres pathologies, dans le diagnostic». (3)
« Des questions… j'en connais quelques-unes mais il y en a sûrement que je ne pose pas donc c'est vrai que ça vaut toujours la peine de revoir ». (8)

c) Questionnaires

- Questionnaire spécifique :

« Faire des questionnaires un peu plus ciblés. Un questionnaire avec un ordre de questions qu'on pourrait utiliser en consultation ». (4)

- Adaptation du questionnaire STOP-BANG : Un médecin (5) propose d'adapter le STOP-BANG questionnaire en y ajoutant une liste des médicaments favorisant les troubles du sommeil.

« On pourrait compléter le STOP-BANG questionnaire avec une anamnèse et les diagnostics différentiels. Par exemple la nycturie en demandant si ils ont été chez l'urologue. C'est juste que l'hypertrophie de la prostate chez les PA c'est quand même vachement fréquent, la vidange vésicale se fait pas bien chez la femme du coup elle va peut-être souvent aller faire pipi la nuit. La somnolence diurne : poser la question de la qualité du sommeil mais voir si ils sont encore fort actifs. Si ils font une activité physique qui fait que ça les fatigue et en journée ou pas. Quand la PA n'est pas très active en journée, on dort moins bien la nuit du coup c'est un peu un cercle vicieux. » (5)
« Pour adapter le STOP-BANG test, avoir peut-être une liste des médicaments qui favorisent les troubles du sommeil… les benzo, ce genre de chose » (5)

d) Mémo

Un autre type d'outil qui pourrait être utilisé dans le dépistage du SAHOS pourrait être un petit mémo court et facile à utiliser:

« Un petit mémo assez facile à utiliser, court » . (1)

e) Application pour téléphone mobile

« Ca peut être même une application parce que maintenant on est avec nos smartphones à domicile et donc ça serait quand même utile ». (1)

f) Echelles spécifiques

« Des échelles pour les personnes âgées, ça peut être utile ». (8)

g) Guidelines spécifiques et validés

« Faire des guidelines validés ». (6)

« Des guidelines c'est toujours utile ». (8)

2.2.3.3.4. Agir sur le facteur temps

Avoir plus de temps en consultation pourrait aider le dépistage du SAHOS par les médecins généralistes:

« Je pense que si on se donnait plus de temps pour les patients, cela permettrait de balayer de manière plus large les symptômes que les patients stipulent ». (7)

2.2.3.3.5. Améliorer les moyens diagnostiques

Les moyens diagnostiques pourraient être améliorés d'un point de vue financier et facilité d'accès :

a) Accès financier:

« L'aspect financier : que ce soit accessible financièrement pour les patients ». (7)

b) Favoriser la polygraphie en ambulatoire

Quelques médecins généralistes préconisent l'utilisation de la polygraphie en ambulatoire pour le diagnostic du SAHOS chez les personnes âgées, ce qui rendrait le dépistage plus aisé selon eux :

« Si il y avait quelque chose qui pouvait se faire peut-être à la maison ou quoi ce serait peut-être plus facile pour les gens » (1),

« Peut-être développer des polysomnographies à domicile que peut-être les gens feront plus facilement » (7),

« La polysomnographie en ambulatoire pourrait vraiment être quelque chose, si ça se généralisait, ce serait plus facile » (9),

« Si on pouvait éventuellement faire des tests plus simples qu'on pourrait faire au domicile du patient qui sont moins lourds, peut-être que ça pourrait favoriser le dépistage. (10)

2.2.3.3.6. Améliorer le traitement existant

L'amélioration du traitement existant est l'action de rendre la CPAP moins contraignante pour les patients et leur entourage.

Un médecin généraliste pense que l'amélioration du traitement existant, à savoir la CPAP selon lui, pourrait favoriser le dépistage du SAHOS:

« Il faudrait que le traitement soit plus pratique parce que pour le moment, c'est trop lourd pour les patients ». (2)

2.2.3.3.7. Sensibiliser la population

La sensibilisation de la population consiste à prodiguer des informations sur le SAHOS à la population générale pour que ce syndrome soit connu, et ce dans le but de les rendre attentifs aux différents symptômes et réceptifs aux moyens de dépistage et diagnostics.

Deux médecins généralistes (3 et 7) sur les douze parlent de la sensibilisation du grand public afin de favoriser le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés via les médias, des folders, des journaux des mutuelles, la télévision, la radio.

« Je pense que en parler un peu plus aux gens permettrait qu'ils aient plus facile à faire les démarches d'aller faire le test quand on leur en parle. Donc peut-être en parler un peu plus soit via des folders, soit via les journaux des mutuelles que les personnes âgées lisent quand même de manière assidue j'ai l'impression. Soit à la télé, soit à la radio… en parler pour qu'ils sachent que ça existe, moi je pense que ça aiderait bien ». (3)

« Des campagnes de sensibilisation auprès de la population via les médias, via des sensibilisations dans les salles d'attente des médecins ». (7)

« Parfois des folders qu'on pourrait avoir en consultation, parfois des petits dépliants qu'on pourrait distribuer aux patients en disant « Regardez, lisez ça et puis nous en reparlerons la prochaine fois si on vous a déjà dit que vous souffrez d'apnées du sommeil ou si vous ronflez ou vous arrêtez de respirer la nuit ». Oui je pense qu'avoir des petits dépliants à remettre aux patients en leur suggérant d'en parler pour qu'ils soient sensibilisés. A donner à toutes les personnes âgées ». (7)

- Des courriers envoyés par le Ministère de la santé ou le SPF à tous les patients au-delà d'un certain âge ou via les cabinets des médecins généralistes (7)

« D'une façon plus systématique faire une campagne de sensibilisation des patients soit via des courriers envoyés par le ministère ou le SPF à tous les patients au-delà d'un certain âge ou via les cabinets des MG ». (7)

3. Synthèse et discussion des résultats

Cette partie du mémoire sera consacrée à l'interprétation de l'analyse descriptive des résultats, et ce, dans le but de répondre à notre question de recherche qui est ***« Comment favoriser un dépistage efficace par les médecins généralistes du syndrome des apnées du sommeil chez les personnes âgées de plus de 75 ans se plaignant de la qualité de leur sommeil ?»***

Nous tenterons de répondre à cette question en mettant dans un premier temps en lumière la pratique actuelle des médecins généralistes dans le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés et ce, dans le but de cibler dans un second temps les éléments y faisant obstacle et ainsi proposer des solutions.

3.1. Catégorie 1 : Pratique de dépistage actuelle des médecins généralistes : état des lieux

Tous les médecins interrogés s'accordent à considérer l'**anamnèse**et l'**hétéroanamnèse**comme étant des éléments importants pour le dépistage du SAHOS chez les personnes âgées. Ils posent en effet des questions lorsqu'un contexte de fatigue et de somnolence diurneapparaît.

L'hétéroanamnèse réalisée auprès d'un proche leur permet d'obtenir des informations quant à une éventuelle plainte de la part de celui-ci sur une fatigue matinale, des apnées et/ou des ronflements.

Dans la majorité des cas, l'approfondissement de l'anamnèse et de l'hétéroanamnèse ne semble néanmoins pas s'effectuer de manière systématique.

La plupart des médecins généralistes interrogés connaissent les symptômes cliniques typiques du SAHOS tels que les réveils fréquents la nuit, les problèmes de concentration, une fatigue au réveil, une somnolence diurne, des ronflements, des céphalées matinales et des apnées remarquées par le conjoint.

D'autre part, certains facteurs de risque du SAHOS attirent l'attention de certains médecins généralistes à savoir le surpoids, les problèmes respiratoires comme la BPCO, une consommation abusive de substances comme l'alcool et un diabète mal équilibré.

La tension artérielle mal équilibrée et persistante au traitement est citée, quant à elle, comme un des signes d'appel du SAHOS. Les personnes souffrant du SAHOS ont en effet trois fois

plus de risques de développer une hypertension artérielle. (Heinzer R, 2007 ; Kapur, 2008 ; Feng, 2012 ; Franklin, 2015).
La dépression et les pathologies cardio-vasculaires ont également été citées.

Les **outils** utilisés pour le dépistage par les médecins généralistes interrogés sont leur**anamnèse et/ou hétéroanamnèse, la clinique du patient**, ainsi que l'envoi vers un **spécialiste** en cas de doute pour faire une polysomnographie.

Seuls deux médecins utilisent de manière informelle un questionnaire, dont le STOP-BANG questionnaire.
Celui-ci est utilisé dans le dépistage des personnes souffrant du SAHOS (SPLF, 2010) mais n'a pas été étudié dans le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés particulièrement. (Chung et al., 2008)

Certains médecins évoquent quant à eux l'**expérience** et le **feeling** comme facteurs facilitants le dépistage dans leur pratique.

L'outil diagnostique de choix pour la majorité des médecins généralistes interrogés lorsqu'ils suspectent un SAHOS est la **polysomnographie**. Cette méthode diagnostique réalisée dans un laboratoire du sommeil est celle de référence, nécessaire au diagnostic. (Heinzer R, 2007)

Lorsqu'ils suspectent un SAHOS chez un sujet âgé, tous les médecins interrogés envoient ces patients chez un autre médecin spécialiste tel qu'un pneumologue dans la majorité des cas, un neurologue ou un médecin ORL.

Le rôle perçu par les médecins généralistes dans le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés est de manière univoque un **rôle principal**. Les médecins s'attribuent ce rôle car ils sont en relation étroite avec les patients, les connaissent bien et représentent les professionnels vers qui les patients se tournent lorsqu'ils ont une plainte. Selon eux, ils ont également un rôle de prévention des maladies.
Cela rejoint la définition du rôle du médecin généraliste défini par la WONCA qui décrit leur activité professionnelle comme *« comprennant la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative ».* (WONCA, 2002) Cela peut

donc être considéré comme un des facteurs facilitants le dépistage car ils se situent à une place capitale pour le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés. De plus, selon une étude de Van der Heyden à l'ISP (2008), les personnes âgées de plus de 75 ans bénéficieraient en moyenne d'un contact par mois chez leur médecin généraliste. Ceux-ci ont donc un rôle essentiel dans le dépistage du SAHOS chez ces sujets.

La **sensibilisation** au dépistage du SAHOS chez les sujets âgés peut se faire par le biais des cours reçus lors des **études de médecine** et lors des **formations continues**. Peu de médecins affirment avoir été sensibilisés à cette problématique lors de leurs études de médecine. Ils se souviennent en avoir parlé dans le diagnostic différentiel des fatigues diurnes. D'autres médecins affirment avoir été sensibilisés lors de **congrès** et **recyclages**, grâce à des **articles** publiés dans des revues médicales telles que celle de la SSMG, sur des sites **internet** comme EBM Practice net, up-to-date, Cochrane et Pubmed.
Certains autres médecins ont été sensibilisés grâce aux **échanges inter-professionnels**, suite à l'explication de cas rencontrés dans leur pratique professionnelle, ou à propos de ce qui s'est dit lors de formations continues.

3.2. Catégorie 2 : Facteurs entravant le dépistage

Cet état des lieux nous aaidé à mettre en évidence les obstacles au dépistage du SAHOS chez les personnes âgées et ainsi de pouvoir proposer des pistes de solution au dépistage.

Les premiers facteurs pouvant consistuer des freins au dépistage sont liés aux médecins généralistes.
Il semblerait que le SAHOS chez les sujets âgés spécifiquement soit **méconnu** de la majorité des médecins généralistes interrogés. En effet, tous les médecins généralistes interrogés sur le déroulement du dépistage du SAHOS chez les sujets âgés dans leur pratique professionnelle actuelle posent des petites questions mais pas de manière systématique. Quelques médecins ne font même pas de dépistage du tout.
La plupart d'entre eux ont d'ailleurs confiépouvoir faire beaucoup mieux en matière de dépistage du SAHOS chez les sujets âgés.

Billiard et al. (2002) avait déjà confirmé en 2002 par une étude cette méconaissance des médecins généralistes. En effet, ceux-ci ne connaissaient pas l'épidémiologie du SAHOS, ni l'association des symptômes pouvant y faire penser, ni les complications cardio-vasculaires pouvant découler de cette pathologie, ni le risque de santé publique lié aux accidents de la route, et, pour terminer, ils ne connaissaient pas la stratégie thérapeutique.

Nous avons été interpellée par ces propos car cela va à l'encontre du rôle central dans le dépistage queles médecins généralistes interrogés s'attribuent et faisant partie de la définition du médecin généraliste.

Cela pourrait néanmoins expliquer les conclusions d'une étude réalisée par Netzer et al. (2016) qui met en évidence que ce syndrome est sous-diagnostiqué malgré sa haute prévalence dans la population âgée. En effet, sans dépistage, ce syndrome ne peut être diagnostiqué ni traité.

Certaines études (Netzer et al., 2003 ; Onen et al., 2006) confirment que les médecins généralistes ne sont pas bien préparés à cibler et à prendre en charge les troubles du sommeil, en particulier chez les sujets âgés.Cela pourrait résulter du manque de formation des médicins généralistes, mis en évidence par Netzer et al. (2016) et rejoint les propos tenus par les médecins généralistes interrogés affirmant avoir été **peu voire pas du tout sensibilisés** à cette problématique spécifiquement pour les personnes âgées.

Le manque de sensibilisation pourrait s'expliquer par le **peu voire l'absence de cours** reçus sur le sujet lors des études de médecine. En effet, seuls deux médecins interrogés disent avoir été légèrement sensibilisés pendant les études, notamment dans le diagnostic différentiel des fatigues en journée. Les autres médecins ne se rappellent pas ou affirment ne pas avoir reçu de cours sur le sujet, spécifiquement pour les personnes âgées. Un médecin plus âgé fait la remarque qu'au moment de ses études, il y a une quarantaine d'années, ce n'était **pas un sujet d'actualité** et que la connaissance de ce syndrome est venue plus tard. Selon Billiard et al. (2002), l'identification, le diagnostic et les stratégies thérapeutiques de ce syndrome ont été définis dans les années 90'. Nous supposons d'une part que les médecins généralistes diplômés avant cela peuvent être moins informés. Cela fait néanmoins 28 ans que ce syndrome est connu et cela aurait pu faire l'objet des formations continues.

De plus, selon Billiard et al. (2002), ce syndrome est pris en charge par les pneumologues, les neurologues et les physiologistes. L'enseignement de cette pathologie leur est donc prodiguée alors que les médecins généralistes ont un rôle central dans le dépistage.

Hormis les cours reçus durant le cursus universitaire, cette problématique pourrait être discutée durant les formations continues, dans les revues médicales, sur des sites internet,….
Or, les médecins généralistes interrogés affirment que c'est un sujet qui est **peu abordé**, aussi bien dans les congrès, que dans les revues médicales ou sur les sites internet sur lesquels ils s'informent.
Certains médecins précisent que dans certains articles, ce sujet est **abordé furtivement** dans le cadre des hypertensions artérielles par exemple, mais il n'y a pas eu d'articles intégralement sur cette problématique chez les sujets âgés à leur connaissance.

D'autre part, tous ne sont pas sensibles de la même manière aux congrès, revues médicale ou littérature sur internet et donc nous supposons que certaines informations concernant le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés pourraient passer à la trappe en fonction de l'affinité du médecin généraliste au type de support qui véhicule l'information.

Un médecin affirme qu'il n'existe **pas, à l'heure actuelle, beaucoup de données** concernant le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés en particulier. La pauvreté des données de littérature récoltées confirme ce propos.

Pour terminer, le **manque de temps ou d'intérêt** pourrait expliquer que la moitié des médecins interrogés ne vont pas chercher d'informations supplémentaires sur le sujet lorsqu'il y a une suspicion du SAHOS chez une personne âgées, ce qui pourrait constituer un frein au dépistage.

Un médecin interrogé relate que certains sujets âgés ont pris l'habitude de se sentir fatiguéset ils pourraient ne pas se plaindre. Vitielle et al. (2004) expliquent cela en expliquant qu'un mécanisme d'adaptation pourrait probablement engendrer une absence de plaintes concernant leur sommeil.
Un autre médecin pense que les personnes âgées s'inquiètent moins rapidement des problèmes de fatigue que les jeunes.

Selon Juan Carlos Rodriguez et al (2015), ces difficultés peuvent en effet être considérées comme normales dans le processus de vieillissement du sujet. Onen et al. (2013) confirment que les personnes âgées sous-estiment leur somnolence diurne.
De plus, selon Cochen et al. (2009), la somnolence diurne est le symptôme le moins dérangeant pour l'aidant proche et elle peut être sous-estimée car peu ressentie chez le sujet âgé retraité et qui n'a pas d'obligation sociale. (Cochen et al., 2009)

Or, sans plaintes de la part des personnes âgées, les médecins généralistes peuvent difficilement dépister un éventuel SAHOS.

Lorsqu'une suspicion de SAHOS existe, tous les médecins généralistes interrogés pensent à poser des questions sur une éventuelle fatigue au réveil ou à une somnolence diurne.

Les autres signes d'appels ne sont, quant à eux, pas ciblés par tous les médecins généralistes interrogés. Ainsi, les questions portant sur les réveils fréquents la nuit, sur l'impression d'avoir un sommeil profond la nuit, sur un éventuel problème de concentration, sur des ronflements, sur la qualité du sommeil de la personne, sur une nycturie et sur des céphalées matinales ne sont pas systématiquement posées par la plupart des médecins généralistes interrogés. Or, selon la société de pneumologie de langue française (2010), le SAHOS se définit par la présence de certains critères, à savoir une somnolence diure, des ronflements sévères et quotidiens, une sensation d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil, un sommeil non réparateur, une fatigue diurne, une difficulté de concentration et une nycturie. Ces résultats concordent avec les études de Billiart et al (2002) et de Pépin et al (2002) dans lesquellesles ronflements, la somnolence diurne et la présence de pauses respiratoires étaient fréquemment cités par les médecins généralistes interrogés. Les troubles neuropsychiques, une nycturie, une dyspnée ou un diabète représentaientquant à eux des signes très peu connus.

Une étude de Onen et al. (2010) explique que les symptômes cliniques du SAHOS peuvent être **atypiques**. Parmi ceux-ci, les chutes (Onen et al., 2009), la nycturie (Margel et al., 2006), une douleur (Onen et al., 2010), des troubles cognitifs (Kinugawa et al., 2014) ou un glaucome (Liu et al., 2016) peuvent signaler un SAHOS mais ne sont pas spécifiques. Ces signes et symptômes associés au SAHOS sont donc extrêmement **difficiles à interpréter**. (Onen et al., 2013). Parmi ces symptômes atypiques, seuls deux médecins généralistes les ont cités.

Nous supposons dès lors que certains symptômes plus atypiques ne sont pas pris en compte par certains médecins généralistes dans le dépistage du SAHOS chez les personnes âgées.

D'autre part, une édentation et une baisse du tonus musculaire liées au vieillissement peuvent favoriser l'apparition d'un SAHOS. (Cochen et al., 2009) En effet, malgré des changements physiques qui semblent être protecteurs comme la diminution de la taille des amygdales et l'augmentation de l'espace rétro-lingual, d'autres comme la perte de tonicité du voile du palais et un espace oro-pharyngé plus étroit favoriseraient les apnées obstuctives du sommeil. (Tagaya et al., 2011) Cependant,aucun des médecins généralistes interrogés n'a mentionné ces facteurs de risque.

Les personnes âgées souffrant de problèmes respiratoires comme la bronchopneumopathie chronique obstructive, ayant des consommations abusives de substances comme l'alcool, une dépression, des facteurs de risques cardio-vasculaires ou un diabète mal équilibré attirent l'attention de peu de médecins généralistes interrogés. Or, les troubles du sommeil sont effectivement associés aux pathologies cardio-vasculaires, au diabète de type deux, aux troubles cognitifs et anxio-dépressifs. (Cochen et al., 2009 ; Bloom et al., 2009)

La méconnaissance des profils atypiques pourrait aussi constituer un frein au dépistage. Le profil type de la personne souffrant du SAHOS étant de genre masculin, en surpoids, somnolent et qui ronfle. Néanmoins, d'autres profils liés au SAHOS existent.En effet, un tier des personnes en souffrant seraient des femmes. (Bodez et al., 2015) De plus, la prévalence des personnes telles que les asiatiques ou les personnes âgées ayant un indice de masse corporel est fréquente. (Bodez et al., 2015)

Nous supposons que le **peu de connaissance**des facteurs de risques et de la spécifité du SAHOS chez les sujets âgés pourrait constituer un frein au dépistage du SAHOS car la plupart des médecins généralistes ne semblent pas connaître l'impact et les répercussions que ce syndrome non traité chez les sujets âgés pourrait engendrer.

De plus, certains médecins généralistes interrogés ne semblent pas considérer le SAHOS chez les personnes âgées comme fréquent et la moitié d'entre eux ne vont pas chercher d'informations supplémentaires en cas du suspicion.

Le **manque de temps** lors des consultations semble constituer un obstacle non négligeable au dépistage du SAHOS chez les personnes âgées. Un tier des médecins interrogés estiment qu'ils n'ont pas des temps de consultation extensibles et donc qu'ils ne prennent parfois pas le temps d'interroger les sujets âgés. De plus, certains médecins racontent que les personnes âgées partent parfois dans tous les sens lorsqu'ils leur posent des questions, ce qui n'aide pas au dépistage, vu qu'ils sont contraints par le temps. En effet, les temps moyens de consultation en France est de 16 minutes. (DREES, 2006)En supposant que cette durée de consultation est similaire à celle de la Belgique, cela nous sembleun temps assez court pour prendre en charge un patient âgé de manière globale.

De plus, les personnes âgées sont souvent polypathologiques et polymédiquées, ce qui n'aide pas au dépistage car lors de la consultation, pleins de problèmes sont posés et ceux liés au sommeil passent souvent au second plan. Deux médecins ont également soulignés que la prise de médicaments de type benzodiazépine par exemple peut cacher un SAHOS étant donné que ces sujets dorment bien et n'ont donc pas de plaintes. Aucun lien entre le SAHOS chez les sujets âgés et les médicaments de type benzodiazépine n'a cependant été trouvé.
Un autre facteurs entravant le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés selon un tier des médecins généralistes interrogés sont les **symptômes sourds**. En effet, certains patients âgés consultent pour d'autres plaintes et celles liées à un éventuel SAHOS ne constituent pas forcément la plainte principale ni prioritaire selon eux. D'autres dépistages sont de surcroit dépistés de manière plus systématique.

Les deuxièmes types de facteurs pouvant freiner le dépistage sont liés au patient.
En effet, un autre obstacle relevé par les médecins généralistes est l'**isolement** de certaines personnes âgées qui rend l'hétéroanamnèse difficile voire impossible. L'état psychologique et neurologique du patient comme la confusion, la démence et les problèmes neuropsychiatriques pourraitégalement constituer un frein au dépistage car ce sont des personnes qui ne savent pas juger de la qualité de leur sommeil.

Cela rejoint les conclusion de l'étude de Nguyen-Michel et al. (2016) confirmant qu'une personne âgée peut ne pas se plaindre en raison de son mode de vie isolé, d'un déclin cognitif ou d'un handicap médical. Une étude d'Endeshaw (2006) ajoute à cela la surdité et dormir

dans une chambre à part. En effet, celle-ci ne pourra pas dire si elle ronfle ou a des arrêts respiratoires durant la nuit.

Deux médecins généralistes interrogés évoquent la méconnaissance de ce syndrome par les personnes âgées et la population en général comme pouvant représenter un obstacle au dépistage du SAHOS. En effet, les personnes âgées ne vont pas penser que soigner ce syndrome les aiderait à aller mieux étant donné que les symptômes sont sourds. De plus, certains sujets âgés auraient, selon un médecin, du mal à accepter ce diagnostic vu qu'ils ne s'en rendent pas compte. Ils ne connaissent en général pas cette pathologie. Ils n'y penseront donc paset ils ne savent pas quel spécialiste consulter.

Des médecins généralistes interrogés évoquent la **peur** de l'hospitalisation dans le décours d'une polysomnographie, et donc le **refus** et les **réticences** de réaliser ce test diagnostic. Cela consiste en un obstacle au dépistage du SAHOS chez les personnes âgées par le médecin généraliste car il ne verrait pas l'utilité de dépister un syndrome alors que le patient refuserait d'effectuer le test diagnostique et que cela poserait plus de problèmes que de bien. Or, cela pourrait poser un questionnement au niveau éthique car le rôle du médecin est au moins d'informer le patient sur les risques encourus.

Pour terminer, un médecin a évoqué le manque de levierspour le permis de conduire. En effet, la législation belge définit certains problèmes médicaux comme des facteurs de risque. Ainsi, l'Arrêté Royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire considère qu' *« une personne souffrant de somnolence dans le cadre du syndrome des apnées-hypopnées du sommeil est inapte à la conduite automobile ».* (Arrêté Royal 23/03/98) Aucuncontrôle de l'état de santé systématique pour la conduite automobile n'existe à l'heure actuelle. Nous supposons donc que ce n'est pas parce qu'une personne est somnolente qu'elle se fera dépister vu que ce n'est pas obligatoire et qu'elle pourrait ne pas mesurer l'impact que cela pourrait avoir.

La plupart des médecins généralistes interrogés n'utilisent **pas d'outils de dépistage** comme des questionnaires pour le screening du SAHOS. Quatre d'entre eux ne connaissent tout simplement pas l'existence de ces outils. Certains autres médecins considèrent la polysomnographie comme étant le seul outil de dépistage du SAHOS.

Or, selon une étude de Carney et al. (2012), une évaluation de la qualité du sommeil chez le sujet âgé pourrait être évaluée à l'aide d'un agenda du sommeil, pour autant que la personne ait les capacités cognitives suffisantes.
La somnolence diurne et la vigilance peuvent être évaluées par l'échelle d'Epworthqui a une bonne sensibilité et reproductibilité et qui est validée pour les personnes âgées en bonne santé. (Johns et al., 1991) Billiard et al. (2002) proposait déjà en 2002 de mettre à disposition dans la salle d'attente des médecins généralistes des auto-questionnaires simples avec quelques items cliniques, que les patients pourraient remplir en attendant la consultation, ce qui faciliterait le dépistage.

Selon Netzer et al. (1999), le questionnaire de Berlin et le STOP BANG questionnaire peuvent être utilisés pour le dépistage du SAHOS. Cependant, le premier questionnaire n'est pas validé pour les personnes âgées (Sforza et al., 2011) et le second n'a pas été étudié pour les sujets âgés. (Chung et al., 2008)

Aucun questionnaire spécifique et validé pour les sujets âgés n'existe donc. La non-existence de questionnaire validé rend le dépistage moins aisé pour les médecins.

Plus de la moitié des médecins généralistes évoquent la difficulté d'accès physique au laboratoire du sommeil pour la réalisation de la poly-somnographie qui est le gold standard diagnostique pour le SAHOS. (Heinzer R, 2007) En effet, selon eux, aller passer une nuit à l'hôpital est fort contraignant et difficile pour les personnes âgées qui ne sont pas toujours mobiles, ce qui les freine et donc constitue un facteur entravant le dépistage du SAHOS chez ces sujets par les médecins généralistes.

D'autres médecins généralistes évoquent aussi le coût de la polysomnographie qui peut constituer un obstacle au dépistage. Cet examen est remboursé à raison de plus ou moins 200 euro par an par les Organismes Assureurs sauf si le patient a déjà effectué une polysomnographie dans un autre établissement ou en ambulatoire. (INAMI, 15/02/2018) Les frais liés au séjour lors de l'hospitalisation devront, quant à eux, être pris en charge par le patient lui-même et varient en fonction de l'établissement. (INAMI, 15/02/2018) Nous supposons dès lors qu'au vu du coût de l'hospitalisation, cela pourrait freiner certains médecins généralistes au dépistage chez certaines personnes âgées ayant des moyens restreints.

Pour terminer, les délais d'attente pour une polysomnographie peuvent être long, ce qui freine davantage les personnes âgées à aller se faire diagnostiquer et donc les médecins à les dépister.

Il semblerait qu'un des freins au dépistage serait la lourdeur du traitement de type CPAP.
En effet, certains effets secondaires à la CPAP peuvent apparaître à savoir une intolérance au masque, une sensation d'étouffement, des lésions cutanées aux point d'appui du masque, des rhinites, une sécheresse nasale et buccale et des conjonctivites. (Heinzer, 2007)

Catérogie 3 : Pistes proposées par les médecins généralistes pour améliorer le dépistage

Les entretiens avec les médecins généralistes ont permis de déterminer les obstacles au dépitage de manière plus précise et approfondie que dans la littérature. Cela nous a permis de dégager des pistes de solution avec les médecins généralistes, dans le but d'améliorer le dépistage chez les personnes âgées.

A. Sensibiliser les médecins généralistes au dépistage

La majorité des médecins généralistes interrogés aimeraient être plus sensibilisés au dépistage du SAHOS chez les sujets âgés.
Cette sensibilisation pourrait se faire par le biais des formations continues auxquelles la plupart des médecins généralistes semblent attentifs. En effet, selon le Moniteur belge, *« Le médecin généraliste agréé entretient et développe régulièrement ses connaissances, sa compétence et sa performance médicale de manière à pouvoir dispenser des soins de santé en médecine générale conformément aux données actuelles de la science. La preuve de l'accréditation, organisée dans le cadre de l'Institut national d'assurance maladie invalidité, peut servir d'élément de vérification. A défaut, le médecin lui-même apporte des éléments de vérification équivalents à 20 unités de formation continue par an, reconnues par la commission d'agrément des médecins généralistes. »* (2010)

Selon les personnes interrogées, ces formations pourraient aborder les conséquences du syndrome chez les sujets âgés non traités, donner des conseils objectifs pour favoriser le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés, parler des solutions existantes et non contraignantes pour traiter les personnes âgées souffrant du SAHOS, et ce, à l'aide de mise en situation par exemple.

La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) représente les médecins généralistes de la Belgique francophone et a pour *« but d'améliorer le rôle scientifique du médecin généraliste et de promouvoir la médecine générale »* (SSMG, 2018) Pour ce faire, la SSMG met à disposition pour ses membres des formations continues, comme les Dodécagroupes, des Groupes ouverts, des Grandes Journées, des formations spécifiques et par e-learning. Des informations scientifiques validées sont également fournies en réalisant des recommandations de bonnes pratiques, une validation de protocoles 1733, une publication d'article dans la Revue de Médecine Générale. (SSMG, 2018) Cette société pourrait donc jouer un rôle primordial dans le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés.

Des articles sur le sujet pourraient être publiés dans les revues ou sur les sites médicaux.

Une autre piste pour la sensibilisation des médecins généralistes est l'information de la part de l'INAMI ou du SPF Santé Publique.

Une personne relais spécialisée comme un gériatre pourrait également aider au dépistage du SAHOS chez les sujets âgés en sensibilisant les médecins généralistes à cette problématique. Billiard et al. (2002) appuie cela en proposant la création d'un réseaux de professionnels, dont certains médecins généralistes, pourraient devenir référents pour le SAHOS chez les personnes âgées.

B. Favoriser le travail multidisciplinaire

Une approche multidisciplinaire en première ligne a également été citée comme piste de solution au dépistage. En effet, les acteurs de première ligne comme les kinésithérapeutes, infirmiers, ergothérapeute, etc pourraient signaler des plaintes de la part de la personne âgée au médecin généraliste ou notifier certains signes et donc pourraient également être sensibilisés à cette problématique.

C. Développer des outils de dépistage spécifiques

La plupart des médecins interrogés pensent qu'un outil de dépistage **spécifique aux personnes âgées** pourrait aider celui-ci.

L'outil souhaité pourrait consister en une **liste de questions systématiques** reprenant des critères majeurs et mineurs qu'il serait possible de scorer, une échelle, un **mémo** court et facile à utiliser, une **adaptation du questionnaire STOP-BANG** en ajoutant une liste de médicaments favorisant les troubles du sommeil, ou encore une **application** pour **téléphone mobile**.

Ces outils ont tous comme caractéristiques souhaitées d'être courts, rapides et simples d'utilisation.

D. Améliorer les moyens diagnostiques

Quelques médecins généralistes ont proposé le développement et l'utilisation d'un moyen diagnostic en **ambulatoire** comme pouvant être une des pistes de solution au dépistage. En effet, ceux-ci dépisteront plus facilement le SAHOS chez les sujets âgés, sachant qu'il existe un examen diagnostic moins invasif, plus facile à réaliser que la polysomnographie et plus accessible physiquement pour les patients.

Un autre médecin évoque la possibilité de réaliser une polygraphieen **ambulatoire** comme étant un facteur favorisant le dépistage. Selon celui-ci, le fait d'avoir un outil diagnostic simple et peu contraignant pour les patients le pousse à dépister et à envoyer plus facilement les sujets se faire diagnostiquer car ils auront moins de réticences à passer l'examen. Heinzer R (2007) décrit cet outil diagnostique comme ayant une sensibilité moindre que la polysomnographie mais plus facile d'accès pour les patients et donc pouvant faciliter le dépistage. Selon une étude de Gagnadoux et al. (2007), la sensibilité de cet examen serait de 82 à 94% et une spécificité de 82 à 100%. L'utilisation de cet outil pourrait donc se faire plus largement.

E. Une amélioration du traitement actuel

Une amélioration du traitement actuel qui est la CPAP est également préconisée. Bien que ce ne soit pas le seul traitement existant, cela reste celui de première intention dans le SAHOS. Cependant, des mesures d'hygièno-diététiques doivent être mises en place dans un premier temps. (HAS, 2014) Un autre traitement qui peut substituer la CPAP est l'orthèse d'avancée mandibulaire et semble être plus efficace que la CPAP chez les patients avec un SAS de degré léger à modéré, c'est-à-dire un AHI compris entre 15 et 30, chez les patients n'ayant pas de maladie cardio-vasculaire grave associée. (HAS, 2014) Elle n'est cependant pas indiquée pour des SAHOS sévères.

Concernant les facteurs liés au patient, une des pistes de solution qui a été développée est la sensibilisation du grand public à cette problématique.

En effet, le fait de connaître l'existence et ce que cela implique pourrait aider le « grand public » à se faire dépister.

Cette sensibilisation pourrait se faire via des dépliants distribués à toutes les personnes âgées de plus de 75 ans.
Des autres moyens d'informations pourraient être la télévision, la radio, les médias, le journal de mutuelle que les personnes âgées lisent, des courriers envoyés par le SPF Santé Publique à tous les patients au-delà de 75 ans ou alors via les cabinets des médecins généralistes.

4. Validité et limite de la recherche

Malgré les nombreuses précautions pour éviter les biais et assurer la validité de notre étude, certaines limites ont pu s'y glisser.

Le peu de données concernant le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés a rendu la recherche dans la littérature difficile. Néanmoins,les sources d'informations sur lesquelles nous nous sommes basées sont **fiables et validées**. En effet, nous nous sommes appuyés sur des articles scientifiques, anglophones pour la plupart et francophones, datant pour la majorité d'il y a moins de 5 ans, excepté pour certaines informations où nous n'avons pas trouvé d'articles plus récents. Notre recherche de littérature a été réalisée sur les bases de données scientifiques Cochrane, Pubmed, Google Scholar, CEBAM. Pour terminer, nous avons recherché les articles ayant le niveau de preuve le plus élevé possible. Ainsi, nous avons privilégié dans l'ordre de priorité les méta-analyses, les essais contrôlés randomisés et les études de cohortes. Les études de cas-témoins, les études de cas, et les opinions d'experts ont, quant à eux, été très peu utilisés.

Ainsi, notre manque de pratique et d'expériencedans la réalisation des entretiens semi-directifs, dans l'analyse et l'interprétation des résultats qualitatifs peut constituer une limite à ce travail. En effet, cette expérience fut la première.
Pour limiter cela, le guide d'entretien a été basé sur la littérature et validé par notre co-promotrice. Un pré-test a été réalisé auprès d'un médecin généraliste afin d'ajuster le guide d'entretien avant d'effectuer les autres entretiens.
Tous les entretiens sauf un ont été enregistrés et retranscris intégralement dans le courant de la journée ou lendemain de l'entretetien afin de ne pas déformer les propos des médecins généralistes interrogés. Des notes du chercheurs ont également été intégrées dans le matériel, ce qui a permis une analyse fine et riche de nos résultats. Nous avons ensuite comparé nos résultats avec la littérature ce qui assure la validité externe de notre étude.
Nous avons arrêté les entretiens lorsque nous estimions avoir atteint le seuil de saturation.

Les médecins généralistes de notre étude ont été recrutés sur base volontaire, en fonction de leur intérêt et du temps qu'ils avaient à nous accorder. Nous supposons que les personnes n'ayant pas répondu à notre demande de participation pourraient ne pas être intéressées par

cette problématique et par conséquent, ne pas y consacrer du temps. Ces personnes auraient peut-être répondu différemment à nos questions et pourraient ne pas être réceptifs aux éventuelles solutions proposées pour favoriser un dépistage efficace par les médecins généralistes du SAHOS chez les sujets âgés.

Un biais de déclaration pourrait s'être glissé dans notre étude. En effet, nous pouvons nous demander si les médecins interrogés se sont sentis en confiance pour parler librement et sans jugements de leur expérience, leurs perceptions et leurs difficultés dans leur pratique actuelle.Pour minimiser ce risque, nous avons fixé des rendez-vous durant lesquels peu d'interruptions pouvaient avoir lieu. Les entretiens se sont déroulés de surcroît dans des locaux au calme. L'enregistreur était caché sous des feuilles de papier pour éviter un éventuel malaise. Nous avons également rappelé en début d'entretien qu'aucunes bonnes ou mauvaises réponses n'existaient et que les données récoltées seraient rendues anonymes.

Notre échantillon étant contextualisé, les résultats obtenus ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population. En effet, notre échantillon s'est limité à douze médecins généralistes exerçant en milieu urbain, permettantd'obtenir des informations uniquement sur l'échantillon.

Notre instrument de recherche est valide car nous avons mesuré ce que nous souhaitions.

Nous souhaitions trianguler les informations en interrogeant des personnes âgées de plus de 75 ans ayant été diagnostiquées comme souffrantes du SAHOS. Ceci afin d'obtenir des explications sur les conditions dans lesquelles la personne a été diagnostiquée. Un dossier au Comité Ethique de l'UCL a donc été introduit en mai 2018. Différents points devaient être modifiés afin que ce document soit accepté. Nous avons décidé de ne pas poursuivre nos démarches par manque de temps, bien que cela aurait augmenté la validité de notre étude.

5. Recommandations et perspectives de recherche

Notre travail a apporté une mince contribution en vue d'améliorer le dépistage du SAHOS chez les personnes âgées par les médecins généralistes. De nombreuses perspectives de recherche restent néanmoins à explorer.

Des pistes de solutions pour améliorer le dépistage du SAHOS chez les PA ont été proposées. Nous invitons le lecteur à les mettre en œuvre et à réévaluer la situation quelques années plus tard.

Une perspective de recherche est l'interrogation des personnes âgées ayant été diagnostiquées avec le SAHOS dans le but d'obtenir le point de vue de ces personnes sur le déroulement du dépistage par leur médecin généraliste et ainsi, permettre de trianguler les données avec celles récoltées auprès des médecins généralistes. Cela permettrait de mieux déterminer les solutions faisables pour améliorer le dépistage par les médecins généralistes.

Un des éléments clé faisant obstacle au dépistage du SAHOS chez les PA par les MG est la méconnaissance de cette problématique. Nous recommandons dès lors de réaliser une étude comparative de dépistage du SAHOS par les médecins généralistes avant et après avoir reçu des formations afin de déterminer si ce moyen est réellement efficace et quel est le moyen le plus efficace.

La méconnaissance du SAHOS par la population représente également un frein considérable au dépistage. Il serait donc intéressant d'évaluer ledéroulement du dépistage par les MG après avoir réalisé des campagnes d'informations auprès des personnes âgées.

La polysomnographie semble aussi être un frein au dépistage. Une des perspectives de recherche serait d'étudier la polygraphie amubulatoire afin de tenter de déterminer si ce moyen est réalisable dans la pratique actuelle des médecins généralistes et si cela constitue réellement une aide au dépistage du SAHOS chez les sujets âgés.

6. Conclusion

Le SAHOS chez les sujets âgés de plus de 75 ans constitue un réel problème de santé publique de par sa fréquence et les conséquences qu'il peut induire. Ce syndrome reste malgré tout sous-diagnostiqué. Or, les médecins généralistes ont un rôle central dans ce dépistage.

Cette recherche nous a permis d'établir un état des lieux sur cette problématique ainsi que de déterminer les obstacles rencontrés par ces professionnels de la santé. La méconnaissance de ce syndrome par les médecins généralistes et par les sujets âgés a été indentifié comme étant l'un des facteurs principaux entravant le dépistage, et sur lequel il serait judicieux d'intervenir. Ceci, dans le but de réaliser un dépistage efficace du SAHOS chez les sujets âgés par les médecins généralistes.

Nous retiendrons également que le développement d'outils de dépistage adaptés et spécifiques aux personnes âgées, de moyens diagnostiques ainsi que d'un traitement moins contraignant pour les PA semblent être des pistes de solutions vers lesquelles se tourner.

Nous notons également que par considérations éthiques, ce travail a été réalisé avec bienveillance envers les médecins généralistes interrogés et dans le respect de leur vie privée, en rendant l'identité et la participation des MG strictement confidentielles.

En plus de nous avoir permis d'étudier cette problématique importante à approfondir en santé publique, ce travail a également contribué à l'enrichissement de notre expérience professionnelle. En effet, cela nous a permis d'élaborer une recherche qualitative du début à la fin.

7. Bibliographie

Cours

AUJOULAT I. (2016) WFSP2106 - Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. Document non publié, Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint- Lambert.

Articles

ABRISHAMI A, KAHJEHDEHI J, CHUNG F, « A systematicreview of screening questionnaires for obstructive sleepapnea », Canadian Journal Anesthesist, 2010 ; 57 : 423-38

ANCOLI-ISRAEL S, « Insomnia in the elderly : a review for the primary car practitioner, Sleep 2000, 23, S23-S30

ANCOLI-ISRAEL S., « Epidemiology of sleepdisorders », Clinics in geriatricmedicine, Philadelphia : Saunders ; 1989 ; 347-362

AOKI K, MATSUO M, et al, « Association of sleep-disorderdbreathingwithdecreased cognitive functionamong patients withdementia », J SleepRes, 2014 ; 23 : 517-23

BAILES S, BALTZAN M, ALAPIN I, FITCHEN CS, LIBMAN E, « Diagnostic indicators of sleepapnea in olderwomen and men : a prospective study », J PsychosomRes 2005 ; 59 : 365-73

BALDWIN CM, GRIFFITH KA, NIETO FJ., et al, « The association of sleep-disordered breathing and sleep symptoms with quality of life in the Sleep Heart Health Study », Sleep 2001 ; 24 : 96-505

BASSETTI CL., MILANOVA M, GUGGER M., « Sleep-disordered breathing and acute ischemic stroke : diagnosis, riskfactors, treatment, evolution, and long-term clinical outcome », Stroke, 2006 ; 37 (4) : 967-72

BILLIART 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.

BLOCH KE, « Alternatives to CPAP in the treatment of the obstructive sleepapnea syndrome », Swiss Med Wkly, 2006 ; 136 (17-18) : 261-7

BLOOM HG, AHMED I, ALESSI CA, ANCOLI-ISRAEL S, BUYSSE DJ, KRYGER MH, et al ., « Evidence-based recommandations for the assessment and management of sleep disorders in older persons », J Am Geriatr Soc, 2009 ; 57 : 761-89

BJORNSDOTTIR E, KEENAN B, EYSTEINSDOTTIR B et al, « Quality of life amonguntreatedsleepapnea patients compared to the general population and changes aftertreatmentwith positive airway pressure », J SleepRes, 2015 ; 24 (3) : 328-38

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

CARNEY CE, BUYSSE DJ, ANCOLI-ISREAL S, EDINGER JD, KRYSTAL AD, LICHSTEIN KL, et al., « The consensus sleep diary : standardizing prospective sleep self-monitoring », Sleep, 2012 ; 35 : 287-302

CHUNG F, « Questionnaire STOP-BANG mis à jour », J Clin Sleep Med, Septembre 2014

CHUNG F, YEGNESWARAN B, LIAO P, CHUNG SA, VAIRAVANATHAN S, ISLAM S et al., « STOP questionnaire : a tool to screen patients for obstructive sleep apnea », Anesthesiology, 2008 ; 108 : 812-21

COCHEN V, ARBUS C, SOTO ME, VILLARS H, TIBERGE M, MONTEMAYOR T, et al, « Sleep disorders and their impacts on healthy, dependent, and frail older adults », J NutrHealthAgeing, 2009 ; 13 : 322-9

COOKE J., ANCOLI-ISRAEL S., « Sleep-related breathing Disorders in the elderly », ProgRespirRes. Basel, Karger, 2006, vol 35, pp 215-223

COTE L., TURGEON J., « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine », 2002, *Pédagogie* Médicale, 3(2), 81-90

CROCKER B.D., et al., Estimation of the probability of disturbed breathing during sleep before a sleepstudy. Am RevRespir Dis, 1990. 142(1): p. 14-18.

DIERCKX de CASTERLE B, GASTMANS C, BRYON E, DENIER Y, « QUAGOL : A guide for qualitative data analysis », International Journal of Nursing Sudies, 2012, 49 : 360-371

Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), « La durée des séances des médecins généralistes », Etudes et résultats, avril 2006, 481

ENDESHAW Y, « Clinical characteristics of obstructive sleep apnea in community-dwelling older adults », J Am Geriatr Soc, 2006 ; 54 : 1740-4

FENG J, HE Q, ZHANG X, CHEN B, « Epworth Sleepiness Scale may be an indicator for blood pressure profile and prevalence of coronaryarterydisease and cerebrovasculardisease in patients with obstructive sleepapnea » SleepBreath 2012 ; 16 : 31- 40

FLANKLIN K, LINDBERG E, « Obstructive sleepapneais a commondisorder in the population- a review on the epidemiology of sleepapnea », Journal of thoracicDisease 2015 ; 7 (8) : 1311-22

FOLEY DJ, MONJAN AA, BROWN SL, SIMONSICK EM, WALLACE RB, Blazer GD, « Sleep complaints amongelderlypersons : an epidemiologicstudy of threecommunities », Sleep 1995 ; 18 : 425-32

GAGNADOUX F, MEURICE J-C, « Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil », Revue des Maladies respiratoires, mai 2007, vol 24 ; 5 : 673-676

GAY B. « Actualisation de la définition européenne de la Médecine générale. » Presse Med. 2013; 42: 258–260

GEORGE F., « Driving and automobil crashes in patients with obstructive sleep apnoea-hypopnoea syndrome », Thorax 2004 ; 59 : 804-7

GIORDANELLA, « Classification internationale des troubles du sommeil », American Academy of Sleep Medicine, 2006

GUAY B, SIMONEAU I, « Les médicaments qui peuvent causer de l'insomnie », La médecine du Québec, 1997 ; 32 : 69-73

HAUTE AUTORITE DE SANTE , « Évaluation clinique et économique des dispositifs médicaux et prestations associées pour prise en charge du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS). Révision de catégories homogènes de dispositifs médicaux – Volet médico-technique et évaluation économique. » Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014

HEINZER R., AUBERT J-D., « Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil », Forum Med Suisse, 2007 ; 7 : pp 686-691

HEINZER R, VAT S, MARQUES-VIDAL P, MARTI-SOLER H, ANDRIES D, TOBBACK N, et al. « Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. »Lancet Respir Med 2015;3(4):310-8

HOLLINGER P et al, « Epilepsy and obstructive sleepapnea », EurNeurol, 2006 ; 55 (2) : 74-9

JAUSSENT I, Brouyer J, Ancelin MI, et al, « Excessive sleepinessispredictive of cognitive decline in the elderly », Sleep 2012 ; 35 : 1201-7

JOHNS MW, « A new method for measuring daytime sleepiness : the Epworth sleepiness scale », Sleep, 1991 ; 14 :540-5

KAPUR VK, RESNICK HE, GOTTLIEB DJ et al, « Sleepdisorderedbreathing and hypertension : does self-reported sleepiness modify the association ? », Sleep 2008 ; 31 : 1127-32

KINUGAWA K, NGUYEN-MICHEL VH, MARIANI J, « Obstructive sleep apnea syndrome : a cause of cognitive disorders in the elderly ? » Rev Med Interne, 2014 ; 35 : 664-9

LEE SD, KANG SH, JU G, HAN JW, KIM TH, LEE CS, et al. « The prevalence of and risk factors for sleep-disordered breathing in an elderly Korean population. » Respiration 2014;87(5):372-8

LIU S, LIN Y, LIU X, « Meta-analysis of association of obstructive sleep apnea with glaucoma » J Glaucoma, 2016 ; 25 : 1-7

MAISLIN, G., et al., « A survey screen for prediction of apnea. » Sleep, 1995. 18(3): p. 158-166.

MARGEL D, CHOCHAT T, GETZLER O, LIVNE PM, PILLAR G, « Continuous positive airway pressure reduces nocturia in patients with obstructive sleep apnea », Urology, 2006 ; 67 : 974-7

MURRAY E., CHARLES C., GAFNI A. « Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice » Patient EducCouns. 2006 ; 62(2) : 205-11.

NETZER N, ANCOLI-ISRAEL S., BLIWISE D., et al, « Principles of practice parameters for the treatment of sleep disordered breathing in the elderly and frailelderly : the consensus of the International GeriatricSleepMedicineTask Force », EurRespir J 2016, 27 pages

NETZER NC, HOEGEL JJ, LOUBE D, et al., « Prevalence of symptoms and risk of sleep apnea in primary care », Chest, 2003 ; 17 : 343 : 1406

NETZER NC, STOOHS RA, NETZER CM, CLARK K, STROHLS KP, « Using the Berlin questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome », Am intern Med 1999 ; 131 : 485-91

NGUYEN-MICHEL VH, VECCHIERINI MF, « Exploration des troubles du sommeil chez le sujet âgé : quelles particularités ? », GeriatrPsycholNeuropsychiatr Vieil 2016 : 14(4) : 429-37

NGUYEN-MICHEL VH, LAM XY, SEBBAN C, « Le sommeil et ses troubles chez le sujet âgé », L'information psychiatrique, 2010 ; 86 : 57-65

NGUYEN TH, NGUYEN XB, « Validation de l'oxymétrie continue dans le diagnostic du syndrome d'apnées obstructives du sommeil », Journal Franco-vietnamien de pneumologie, 2012, 3 (7), 1-45

OHAYON MM., « Epidemiology of insomnia : whatwe know and whatwestillneed to learn. », Sleep Med Rev 2002 ; 6 : 97-111

OHAYON MM, CARSKADON MA, GUILLEMINAULT C, VITIELLO MV, « Méta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : Developing normative sleep values across the humanlifespan », Sleep 2004 ; 27 : 1255-73

ONEN SH, ALABRAND G, GAUJARD S, et al., « Atypie clinique du syndrome d'apnées du sommeil chez le patient âgé », Rev Med Intern, 2006 ; 27 : Suppl.3, 389-335

ONEN SH, DUBRAY C, DECULLIER E, et al., « Observation-based noctural sleep inventory : screening tool for sleep apnea in elderly people », J am Geriatr Soc, 2008 ; 56 : 1920-25

ONEN F, HIGGINS S, ONEN SH, « Falling-asleep-related injured falls in the elderly », J Am Med Dir Assoc, 2009 ; 10 : 2017-10

ONEN F, MOREAU T, GOONERATNE NS, PETIT C, FALISSARD B, ONEN SH, « Limits of the Epworth sleepiness scale in older adults », Sleep Breath, 2013 ; 17 : 343-50

ONON SH, ONON F, ALBRAND G, DECULLIER E, CHAPUIS F, DUBRAY C, « Pain tolerance and obstructive sleep apnea in the elderly », J Am Med Dir Assoc, 2010 ; 11 : 612-6

PACOLET J, DELIEGE D, ARTOISENET C, CATTAERT G, COUDRON V, LEROY X, PEETERMANS A, SWINE C, « Vieillissement, aide et soins de santé en Belgique », working paper DGSOC, 2005 ; 1

PAVLOVA MK, DUFFY JF, SHEA SA, « Age and respiratoryabnormalities in asymptomaticindividuals », Sleep 2008 ; 31 : 241-8

PEPIN 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

PUNJABI NM, et al, « Sleep-disorderedbreathing, glucose intolerance, and insulinresistance : The sleepHearthealthstudy », Am J Epidemiol., 2004 : 160 (6) : 521-30

Revue PRESCRIRE, « SAOS : savoir évoquer l'hypothèse d'une origine médicamenteuse », novembre 2016 ; 397 : 829

RODRIGUEZ Juan Carlos, DZIERZEWSKI Joseph, ALESSI Cathy, « Sleep problems in the Elderly », Med Clin North Am, 2015 ; 99(2) : 431-39

ROEPKE S., ANCOLI-ISRAEL S., « Sleepdisorders in the elderly », Indian J Med Res 131, Frebruary 2010, pp 302- 310

SENARATNA A, CHAMARA V., PERRET J, LODGE C, LOWE A, CAMPBELL B, MATHESON M, HAMILTON G, « Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review », Sleep Medicine Review, 2017, 34 ; 71-80

SFORZA E, CHOUCHOU F, PICHOT V, HERRMANN F, BATHELEMY JC, ROCHE F., « Is the Berlin questionnaire a useful tool to diagnose obstructive sleep apnea in the elderly ? » Sleep Med 2011 ; 12 : 142-6

SFORZA E, HUPIN D, PICHOT V, BARTHELEMY J-C, ROCHE F, « A 7-year follow-up study of obstructive sleep apnea in healthy elderly : The PROOF cohort study », Respirology, 2017, 22 ; 1007-1014

SHAHAR E., et al., « Sleep-disorderedbreathing and cardiovasculardisease. Cross-sectionalresults of the sleepheart. Healthstudy », Am J RespirCrit Care Med. 2001 ; 163 : 19-25, cité dans l'article Heinzer R., Aubert J-D., « Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil », Forum Med Suisse, 2007 ; 7 : pp 686-691

SOCIETE DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANCAISE, Société française d'anesthésie réanimation, Société française de cardiologie, Société française de médecine du travail, Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, Société de physiologie, et al. « Recommandations pour la pratique clinique du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte», Rev Mal Respir 2010;27(Supplément 3):S113-S178.

SOYEUX L, GROSJEAN J, ONEN S-H, « Troubles respiratoires du sommeil en EHPAD : étude de prévalence réalisée avec l'outil ONSI », Med Sommeil, 2012 ; 9 : 11-16

TAGAYA M, NAKATA S, YASUMA F, NODA A, HAMAJINA N, Katayama N, et al. « Morphological features of elderly patients with obstructive sleep apnoea syndrom : a prospective controlled, comparative cohort study », Clin Otolaryngol, 2011 ; 36 : 139-46

TAN A, YIN JD, TAN LW, VAN DAM RM, CHEUNG YY, LEE CH. Using the Berlin questionnaire to predict obstructive sleep apnea in the general population. *J Clin Sleep Med.* 2017;13(3):427–432

TARASIUK A., GREENBERG-DOTAN S., SIMON-TUVAL T., et al., « The effect of obstructive sleepapnea on morbidity and health care utilization of middle-aged and olderadults », J Am Geriatr Soc 2008 ; 56 : 247-254. Cité dans l'article (11)

TECULESCU Dan, « Troubles respiratoires pendant le sommeil et accidents de travail ou de la vie courante », Santé Publique, 2007, volume 19, n°2 : 147-152

TINETTI M, FRIED T, « The end of the Disease Era », The American Journal of Medicine, 2004, vol 116

TUFIK S, SANTOS-SILVA R, TADDEI JA, BITTENCOURT LRA. « Obstructive sleep apnea syndrome in the Sao Paulo epidemiologic sleep study. » Sleep Med 2010;11(5): 441-6.

VAN DER HEYDEN J, Institut Scientifique de Santé Publique, « Contacts avec le médecin généraliste », Enquête de santé par interview, Belgique 2008, 92 pages, p.47

VAZ FRAGOSO CA, VAN NESS PH, ARAUJO KL, IANNONE LP, KLAR Yaggi H, « Age-related differences in sleep-wake symptoms of adults undergoing polysomnography », J Am Geriatr Soc, 2015 ; 63 : 1845-51

VINER, S., J.P. SZALAI, and V. HOFFSTEIN, « Are history and physical examinationa good screening test for sleep apnea? » Ann Intern Med, 1991. 115(5): p. 356-359.

VITIELLO MV, LARSEN LH, MOE KE, « Age-related sleep chang : gender and estrogen effects on the subjective-objective sleep quality relationship of healthy, noncomplaining older men and women », J Psychosom Res, 2004 ; 56 : 503-10

VITIELLO MV, MOE KE, PRINZ PN, « Sleep complaints cosegregate with illness in older adults : clinical research informed by an informing epidemiological studies of sleep », J Psychosom Res, 2002 ; 53 : 555-9

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Global Health an aging, Geneva, WHO, 2011, cité dans l'article Netzer N, Ancoli-Israel S., Bliwise D., et al, « Principles of practice parameters for the treatment of sleepdisorderedbreathing in the elderly and frailelderly : the consensus of the International GeriatricSleepMedicineTask Force », EurRespir J 2016, 27 pages

YAGGI HK et al., « Obstructive sleepapnea as a risk factor for stroke and death. », N Engl J Med., 2005 ; 353 (19) : 2034-41, cité dans l'article Heinzer R., Aubert J-D., « Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil », Forum Med Suisse, 2007 ; 7 : pp 686-691

YOUNG T, PEPPARD P, GOTTLIEB D, « The epidemiology of obstructive sleepapnea : a population health perspective », Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2002 ; 165 : 1217 – 39

Livres

BELMIN J, CHASSAGNE P, FRIOCOURT P, GONTHIER R, JEANDEL C, NOURHASHEMI F, PFITZENMEYER P, « Gériatrie », 2e édition, Editions Masson, 2009

BILLIARD M, « Les troubles du sommeil », Paris : Masson, 2005 ; 69-76

HALLOUET P, BORRY Anne, « Mémo-guide de biologie et de physiologie humaine, étudiants et professionnels de santé », Editions Elsevier Masson, 2 MEDJAHED S, BELMIN J, « Examen clinique et évaluation multidimensionnelle du sujet âgé », Gérontologie pour le praticien, Paris : Masson, 2003 ; 21-6

KOHN L, CHRISTIAENS W, « Reflets et perspectives de la vie économique : Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », Editions De Boeck Supérieur, 2014, 140 pages

LAROUSSE, Dictionnaires de la langue française, site internet www.larousse.fr
Consulté le 29 mars 2018

LEGISLATION BELGE, « 23 Mars 1998 : Arrêté Royal relatif au permis de conduire », consulté le 28 juin 2018, disponible sur la page web : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1998032331&table_name=loi

Moniteur belge, « Chapitre II : Critères de maintien de l'agrément et du titre professionnel particulier de médecin généraliste », Article 10 ;8, 04/03/2010

Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, définition « Fragilité », 2011

SOURDET S, «Elements de prévention du vieillissement pathologique ; Chapitre 23 : Fragilité – Dépistage de la fragilité et prévention de la dépendance », Gérontologie préventive, 3e édition, 2016, pp 337-356

Mémoire

DEGRANDE C., DEGRANDE J., MESTDAGH J., VERSCHAEVE A., J-M. DEGRYSE, Mémoire « OSAHS in elderly patients withinsomnia », 14 pages, 2014

Sites internet

ASAA (American Sleep Apnea Association), « The Berlin Questionnaire », 2017, consulté le 24/03/2018, disponible sur la page web : https://www.sleepapnea.org/

BACK Leif, « Apnées du sommeil obstructives chez l'adulte », 19/10/2015, consulté le 21/07/2018, disponible sur la page web : https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm00143

BELGIUM, « Un aperçu chiffré de la population », 1e janvier 2016, consulté le 20/03/2018, disponible sur la page web : https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/Population

GLAZIOU P., « Samplesize for a prevalencesurvey, withfinite population correction », 2003-2005, consulté le 22/01/2017, disponible sur la page web : http://sampsize.sourceforge.net/cgi-bin/si.cgi

INAMI, FRANKEN C, « Syndrome des apnées du sommeil : intervention dans le coût d'un traitement à domicile au moyen d'un appareil nCPAP, d'un appareil auto-CPAP ou d'une orthèse d'avancée mandibulaire », mis à jour le 15/02/2018, consulté le 30/06/2018, disponible sur la page web : http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/respiratoires/Pages/syndrome-apnees-intervention-traitement-domicile.aspx#Que_devez-vous_payer_?

INAMI, section accréditation médecins et pharmaciens biologistes, « Obtenir ou prolonger votre accréditation comme médecin ou pharmacien biologiste », mis à jour le 02/08/2017, consulté le 28/06/2018, sur la page web : http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/accreditation/Pages/obtenir-prolonger-accreditation-medecin-pharmacien-biologiste.aspx#.WzdxzBIzau4

SERVICE PUBLIC FEDERAL, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, « Médecins généralistes : Que fais un médecin généraliste ? », 14/04/2016, consulté le 20/03/2018, disponible sur la page web : https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/medecins-dentistes-et-pharmaciens/medecins-generalistes

SSMG, « La SSMG », 2018,consulté le 18/06/2018, disponible sur la page web https://www.ssmg.be/

Troubles du sommeil, « Le syndrome d'apnées du sommeil », consulté le 23/07/2018, disponible sur la page web : https://tpe-2014-troublesdusommeil.weebly.com/

WORLD FAMILY DOCTOR Caring for people (WONCA Europe). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002 ; Consulté le 14/11/17, disponible sur la page web : http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

8. Annexes

8.1. Annexe n°1 : Berlin questionnaire – Netzer, 1999

a) Catégorie 1 : Ronflement

1. Est-ce que vous ronflez : Oui – Non – Je ne sais pas
1. Si vous ronflez, 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

2. Combien de fois ronflez-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

b) Catégorie 2 : Sommeil

6. Combien de fois vous arrive-t-il de vous sentir fatigué(e) 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(e), las ou peu en forme durant votre période d'éveil ?
    - 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

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 : Hypertension artérielle

9. Souffrez-vous d'hypertension artérielle ? Oui – Non- Je ne sais pas

Calculez votre IMC (Indice de masse corporelle) = Poids (kg) / Taille (mètre) au carré.

Evaluation :

- La catégorie 1 est positive avec au moins 2 réponses positives aux questions 1 à 5
- La catégorie 2 est positive avec au moins 2 réponses positives aux questions 6 à 8
- La catégorie 3 est positive avec au moins 1 réponse positive et/ou un IMC > 30

8.2. Annexe n°2 : STOP Bang questionnaire, Chung, 2008

Questionnaire STOP-Bang mis à jour

Oui Non
● ● **Ronflements ?**
Ronflez-vous **fort** (suffisamment fort pour qu'on vous entende à travers une porte fermée ou que votre partenaire vous donne des coups de coude parce que vous ronflez la nuit) ?

Oui Non
● ● **Fatigue ?**
Vous sentez-vous souvent **fatigué(e)**, **épuisé(e)** ou **somnolent(e)** pendant la journée (comme par exemple s'endormir au volant) ?

Oui Non
● ● **Observation ?**
Quelqu'un a-t-il **observé** que vous **arrêtiez de respirer** ou que vous **vous étouffiez/suffoquiez** pendant votre sommeil ?

Oui Non
● ● **Tension ?**
Êtes-vous atteint(e) d'**hypertension artérielle** ou êtes-vous traité(e) pour ce problème ?

Oui Non
● ● **Indice de Masse Corporelle supérieur à 35 kg/m ?**

Oui Non
● ● **Âge supérieur à 50 ans ?**

Oui Non
● ● **Tour de cou important ? (mesuré au niveau de la pomme d'Adam)**
Pour les hommes, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 43 cm ?
Pour les femmes, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 41 cm ?

Oui Non
● ● **Sexe = Masculin ?**

Critères de cotation :

STOP-BANG (BE-fre) 22MAY2015 FINAL

Pour la population générale :
Faible risque d'AOS (apnée obstructive du sommeil) : Réponse « oui » à 0-2 questions
Risque moyen d'AOS : Réponse « oui » à 3-4 questions

Risque élevé d'AOS : Réponse « oui » à 5-8 questions
ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + sexe masculin
ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + IMC > 35 kg/m2
ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + tour de cou (43 cm chez l'homme, 41 cm chez la femme)

Propriété de University Health Network, pour de plus amples informations : www.stopbang.ca Adapté de Chung F et al. Anesthesiology 2008; 108:812-21, Chung F et al Br J Anaesth 2012; 108:768–75, Chung F et al J Clin Sleep Med Sept 2014

8.3. Annexe n°3 : 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 occuper 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)*

8.4. Annexe n°4 : Mail envoyé aux éventuels participants

Cher Docteur X,

Je me permets de vous contacter car étudiante en dernière année de master à la Faculté de Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain, je réalise une recherche auprès des médecins généralistes sur le dépistage du syndrome des apnées- hypopnées du sommeil (SAHOS) chez les sujets âgés.

Afin de répondre à ma question de recherche qui est « Comment réaliser un dépistage par les médecins généralistes du syndrome des apnées du sommeil chez les personnes âgées ? », je souhaite interroger une quinzaine de médecins généralistes en Belgique Francophone.
L'entretien est composé de dix questions ouvertes, est anonymisé et dure environ trente minutes.

Seriez-vous d'accord d'y participer ?

Je vous remercie d'avance pour votre précieuse aide,

Gille Cécile
0475/462627
mail.cecilegille@gmail.com

8.5. Annexe n°5 : Guide d'entretien et objectifs des questions pour les médecins généralistes

1) Présentation du professionnel

Question	Objectifs
- Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? *NB : Cette question a parfois été posée à la fin de l'entretien, lorsque le professionnel était plus à l'aise et la conversation engagée*	- Déterminer le parcours professionnel du médecin généraliste, son expérience, quel type de patients il soigne, s'il travaille seul, en groupe ou en maison médicale.

2) Dépistage

Question	Objectifs
Comment se passe pour l'instant le dépistage de l'apnée du sommeildans votre pratique professionnelle?	- Obtenir des informations sur la prévalence des personnes âgées se plaignant de la qualité de leur sommeil et la manière dont ils font face à une personne qui se plaint de la qualité de son sommeil. - Voir si le professionnel pense au SAHOS lorsque le sujet âgé présente de symptômes cliniques typiques, atypiques voire aucun symptôme et obtenir des informations sur leur prise en charge. - Déterminer les outils de dépistage que le médecin généraliste utilise lorsqu'il suspecte un SAHOS chez une personne âgée, ainsi que les améliorations dont ces outils pourraient faire l'objet.
Qu'est-ce qui pose problème dans le dépistage du SAHOS chez les personnes	- Déterminer le(s) problème(s) et difficulté(s) rencontrée(s) dans le dépistage du SAHOS

âgées dans votre pratique professionnelle actuelle ?	chez les sujets âgés.
Qu'est-ce qui vous aide pour effectuer le dépistage du SAHOS chez les personnes âgées dans votre pratique professionnelle?	- Déterminerles leviers pour le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés.

3) Formation et connaissance du SAHOS chez les sujets âgés

Question	Objectifs
Que savez-vous du syndrome des apnées du sommeil chez les sujets âgés ?	- Déterminer comment le médecin généraliste a été sensibilisé au dépistage du SAHOS chez les personnes âgées. - Déterminer si le médecin généraliste a reçu des formations concernant le dépistage du SAHOS chez les personnes âgées. - Connaître les sources d'informations où le médecin généraliste a l'habitude de chercher lorsqu'il suspecte un SAHOS chez un sujet âgé.

4) Rôle du médecin généraliste dans le dépistage

Question	Objectifs
Selon vous, quelle place occupe le médecin généraliste dans le dépistage des patients âgés de plus de 75 ans ayant des apnées du sommeil ?	- Déterminer quel rôle ils s'attribuent dans le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés. - Connaitre la raison pour laquelle ils pensent avoir ce rôledans le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés, s'ils pensent devoir en jouer un.

5) Communication entre les différents praticiens de soins

Question	Objectif
Quel moyen utilisez-vous pour communiquer entre professionnels de la santé au sujet d'un patient ?	Déterminer comment se passe la communication entre professionnels de la santé, s'il y a des obstacles à la communication ou au contraire si celle-ci est aisée.

6) Pistes de solutions

Question	Objectif
Selon vous, de quoi auriez-vous besoin pour favoriser le dépistage du SAHOS chez les sujets âgés ?	- Déterminer à quel type d'aide (outils comme des guidelines, échelles validées, questionnaires, dossiers partagés, formations, ressources) le médecin généraliste est sensible. - Déterminer ce qui est réalisable dans la pratique pour favoriser le dépistage du SAHOS chez les personnes âgées selon le médecin généraliste.