



Au-delà de l'IAH et de l'observance : réinventer l'accompagnement du patient apnéique

De la mécanique respiratoire à l'écosystème humain

Dr Khier Amrani
Pneumologie et médecine du sommeil ·
Centre Médical Les Jasmins, Metz

LA QUESTION

Traitons-nous l’apnée du sommeil…

… ou le patient apnéique ?

L’apnée : ce que mesure la machine

IAH résiduel · heures d’utilisation · fuites

ou

Le patient : ce qu’il vit

Symptômes · qualité de vie · ses propres objectifs

Corriger un IAH ne suffit pas : le but du traitement est de soulager une personne.

Rapport parfait, patient en échec

Rapport de télésuivi · 30 nuits Conforme

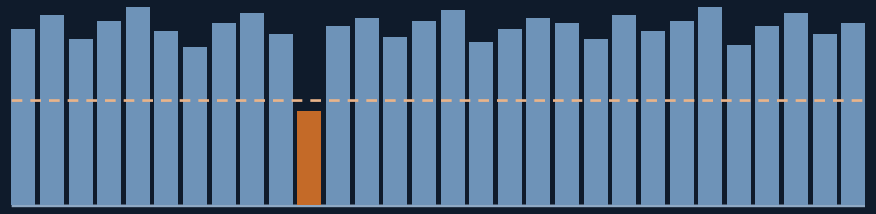
Utilisation moyenne
6 h 37

Nuits ≥ 4 h
97 %

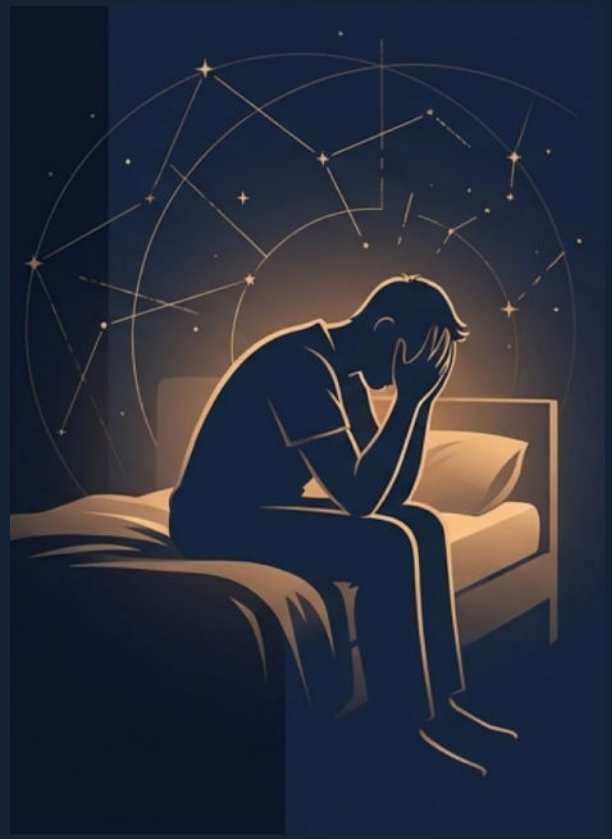
IAH résiduel
1,8 /h

Fuites, 95e percentile
12 L/min

Utilisation par nuit · - - - seuil de 4 h



CE QUE VOIT LA MACHINE



CE QUE VIT LE PATIENT

Epworth 15/24
somnolence diurne persistante

Fatigue au réveil, sommeil non réparateur

Moral en baisse, perte d'élan

Masque vécu comme une contrainte

« Je fais ce qu'on me demande, mais je ne me sens pas mieux. »

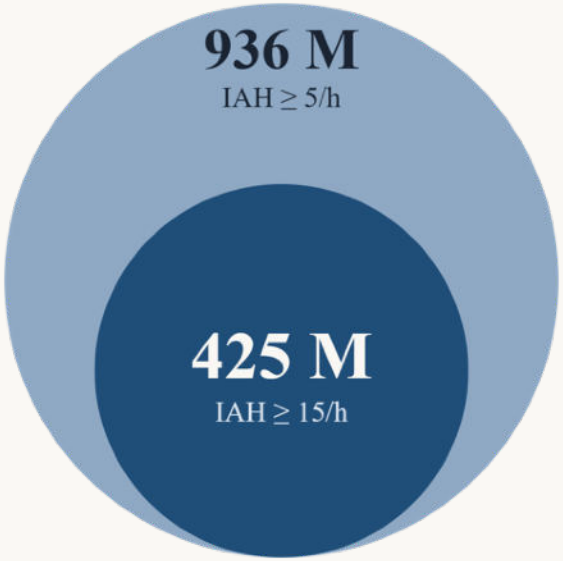
Un bon chiffre ne doit jamais nous dispenser d'écouter un mauvais vécu clinique

Cas illustratif · somnolence résiduelle chez 12 % des patients observants à 1 an : Pépin JL et al. ERJ 2009;33:1062-7.

I · LE CONSTAT

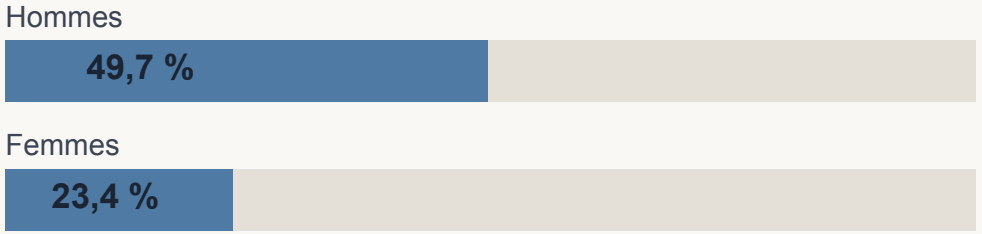
Un réservoir massif… et en grande partie caché

Dans le monde

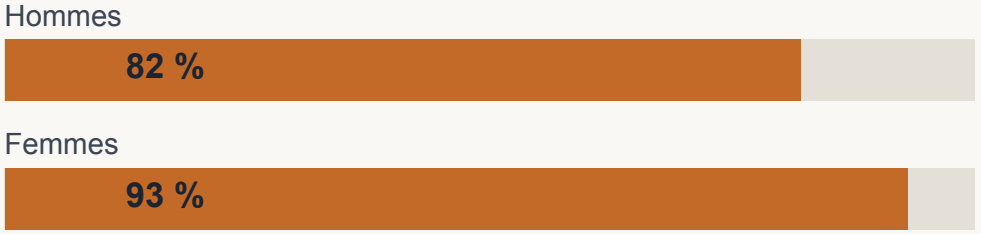


Adultes de 30 à 69 ans (estimation, surfaces proportionnelles)

IAH ≥ 15/h en polysomnographie (HypnoLaus, 40–85 ans)



SAHOS modéré à sévère non diagnostiqué (cohorte américaine)



Les chiffres montent aussi parce que les critères sont plus sensibles.

En France

> 2 M

patients sous PPC en 2024 (SNDS), +44 % en 5 ans

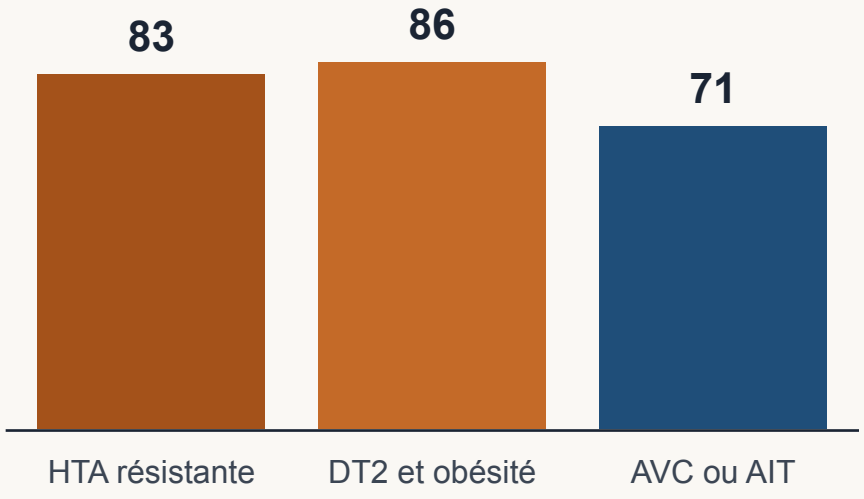
> **Le défi n’est plus seulement de diagnostiquer : c’est d’accompagner des patients toujours plus nombreux.**

Benjafield AV et al. Lancet Respir Med 2019;7:687-98 · Heinzer R et al. Lancet Respir Med 2015;3:310-8 · Young T et al. Sleep 1997;20:705-6 · HAS, rapport d'évaluation PPC, 2026 (données SNDS).

I · LE CONSTAT

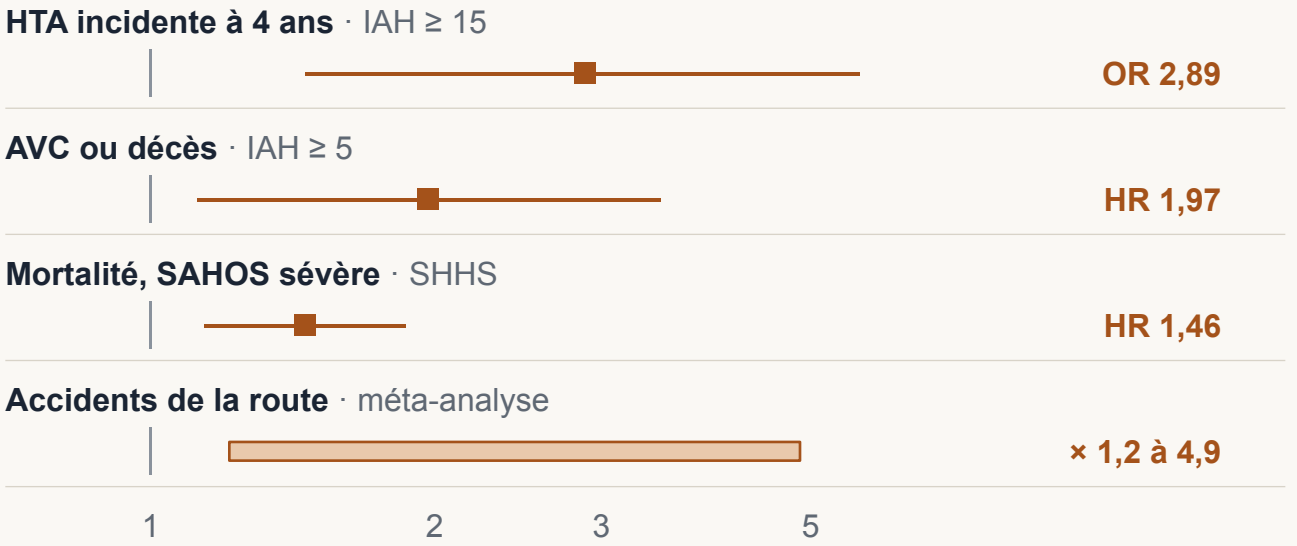
Une maladie potentiellement grave

Prévalence du SAHOS chez les patients à risque (%)



Aussi : obésité, troubles cognitifs, humeur, accidents, qualité de vie

Risques associés [IC 95 %], échelle logarithmique



Études observationnelles : associations ajustées, non causalité démontrée

l'enjeu ne se limite plus à dépister et à diagnostiquer davantage. Il est aussi de mieux accompagner les patients diagnostiqués, de prévenir le décrochage thérapeutique et de leur proposer un parcours de soins adapté à leurs besoins.

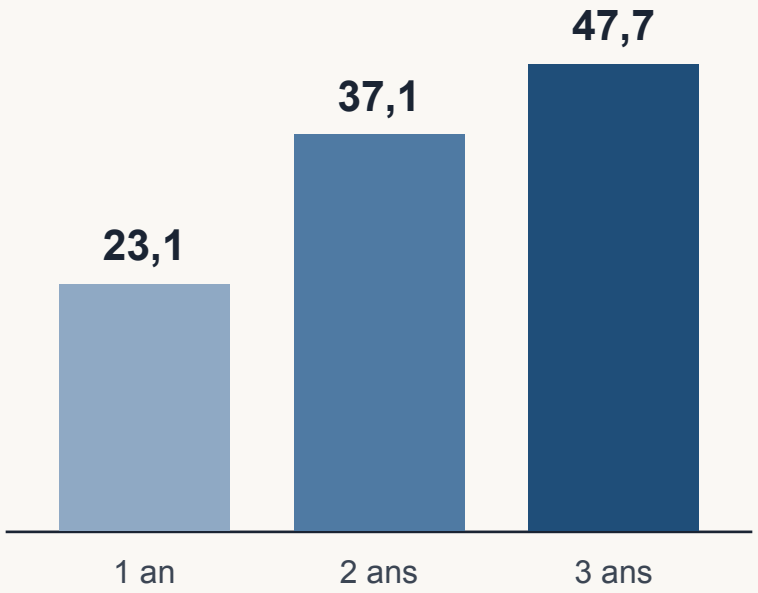
Logan AG, J Hypertens 2001 · Foster GD, Diabetes Care 2009 · Seiler A, Neurology 2019 · Peppard PE, NEJM 2000 · Yaggi HK, NEJM 2005 · Punjabi NM, PLoS Med 2009 · Tregear S, J Clin Sleep Med 2009.

I · LE CONSTAT

Comprendre l’abandon : que nous apprend ALASKA ?

Arrêt du remboursement de la PPC (%)

480 000 nouveaux utilisateurs adultes, SNDS



Établi

- Arrêt plus fréquent : femmes (HR 1,09), diabète (1,18), BPCO (1,12)
- Maximal aux âges extrêmes avec ≥ 1 comorbidité
- HTA : poursuite plus fréquente (0,96)

Hypothèses

- Inconfort non résolu
- Bénéfice non ressenti
- Isolement, suivi espacé
- Fardeau des comorbidités

À étudier

- Raisons réelles de l’arrêt
- Relais par une autre thérapie
- Reprises ultérieures
- Déterminants sociaux

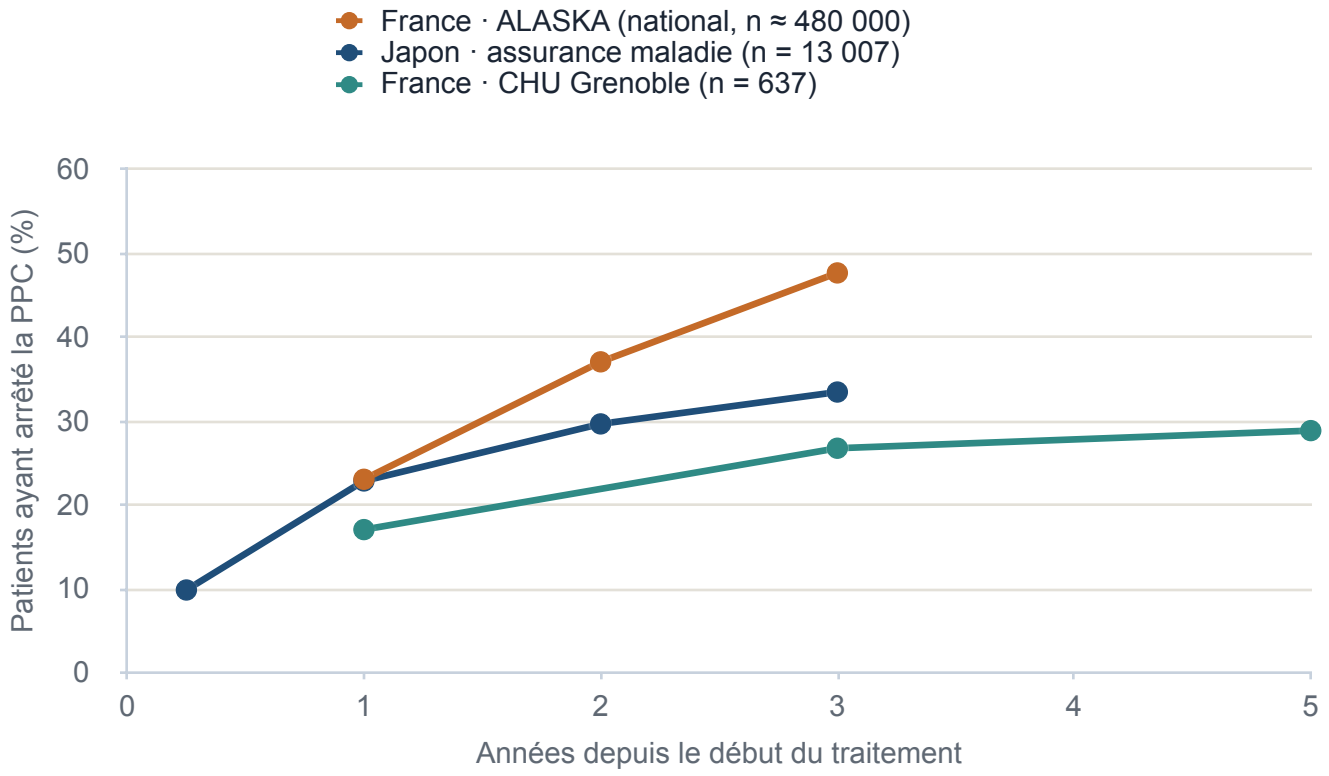
Limite : l’arrêt du remboursement est un indicateur indirect ; il ne dit ni la raison de l’arrêt, ni s’il est définitif.

Conséquences : poursuite associée à −39 % de mortalité (HR 0,61) et moins d’insuffisance cardiaque (cohorte appariée, observationnelle).

Installer une PPC n’est pas la fin du parcours : c’est souvent le début de l’abandon.

Pépin JL et al. J Clin Med 2021;10:936 (ALASKA) · Pépin JL et al. Chest 2022;161:1657-65 (2 × 88 007 patients appariés) · Bailly S et al. Ann Am Thorac Soc 2024;21:1592-9.

Partout dans le monde, des patients arrêtent leur PPC



CE QUE DISENT LES COURBES

≈ 1 sur 2

en France, à 3 ans, à l'échelle nationale

1 sur 10

au Japon, dès les 3 premiers mois

1/2 à 2/3

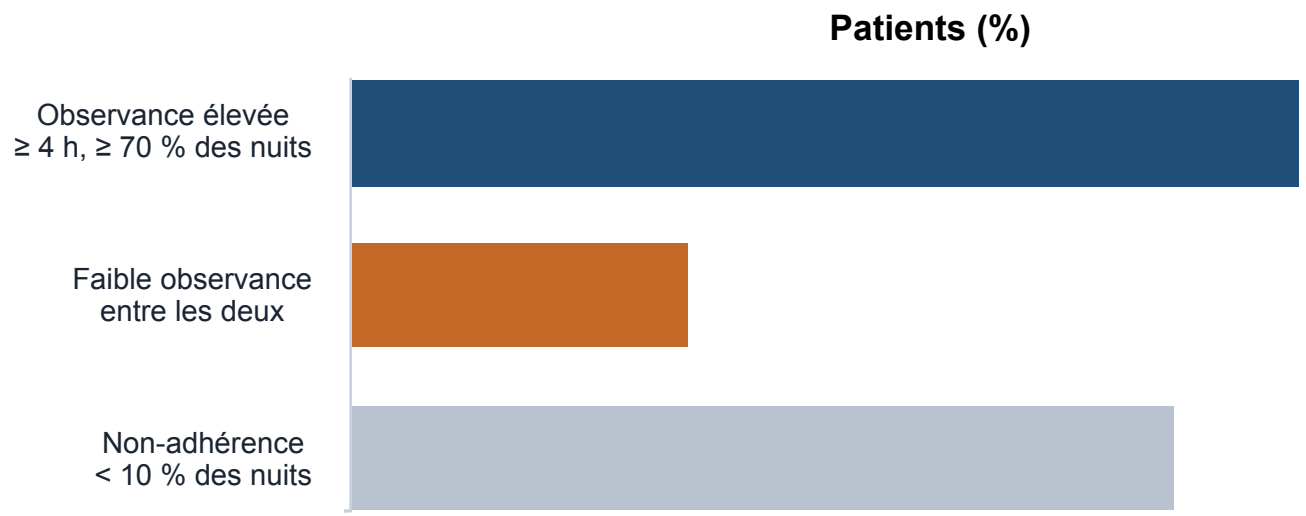
des arrêts surviennent dès la 1re année, quelle que soit l'étude

Le phénomène est mondial, et il est précoce : l'essentiel se joue la première année.

Pépin JL et al. J Clin Med 2021;10:936 (France, SNDS, n ≈ 480 000) · Takahashi H et al. Sleep Breath 2025;29:245 (Japon, n = 13 007 ; arrêt = 1 − persistance) · Petit P et al. Sleep Med 2025;134:106720 (CHU Grenoble, n = 637 ; arrêt = restitution de l'appareil). Définitions différentes : les courbes ne se comparent pas entre elles.

Garder sa machine ne veut pas dire bien l'utiliser

Profil d'usage à 24 mois, patients encore équipés (cohorte danoise)



Les 16 % « faible observance » : ils essaient, mais pas assez ni chaque nuit. C'est le groupe le plus instable : la cible d'un accompagnement précoce.

34,1 %

34,1 % de temps de non-utilisation par rapport à 7 h de sommeil théorique

Revue systématique de 82 études publiées entre 1994 et 2015 (Rotenberg 2016)

Une observance « moyenne » correcte peut cacher un usage ni suffisant, ni continu.

Jeppesen K et al. Sleep Breath 2025;29:243 (Danemark, 2 centres, n = 1 907 patients encore suivis à 24 mois ; télésuivi utilisé seulement sur demande du patient) · Rotenberg BW et al. J Otolaryngol Head Neck Surg 2016;45:43 (82 études, 1994–2015).

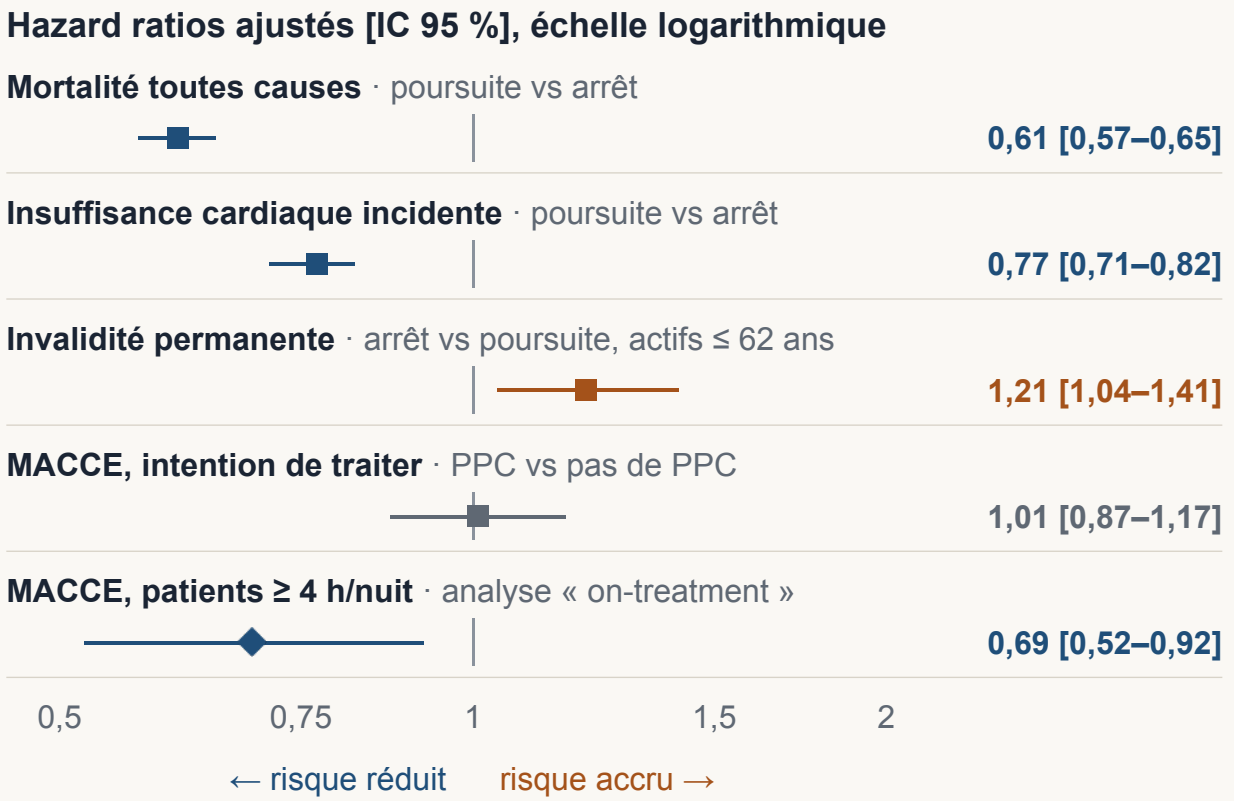
I · LE CONSTAT

Arrêter la PPC n’est pas neutre

Cohorte ALASKA appariée (2 × 88 007) : la poursuite de la PPC est associée à une réduction de 39 % du risque de décès toutes causes et à moins d’insuffisance cardiaque incidente.

Actifs ≤ 62 ans : l’arrêt la première année est associé à un risque d’invalidité permanente majoré de 21 %.

Essais randomisés (SAVE, ISAACC, RICCADSA) : effet neutre en intention de traiter ; réduction des MACCE de 31 % chez les patients utilisant la PPC ≥ 4 h/nuit.



L'arrêt de la PPC peut avoir un coût en santé, en qualité de vie et en vie professionnelle.

Pépin JL et al. Chest 2022;161:1657-65 · Bailly S et al. Ann Am Thorac Soc 2024;21:1592-9 · Sánchez-de-la-Torre M et al. JAMA 2023;330:1255-65 (méta-analyse IPD : SAVE, ISAACC, RICCADSA).

I · LE CONSTAT

Comment le patient entre-t-il dans le parcours ?

Étape Qui ? Point de rupture possible

1 Repérage	2 Consultation	3 PV ou PSG	4 Diagnostic, sévérité	5 Choix du traitement	6 Installation PPC	7 Télésuivi technique	8 Suivi, prescription
Patient, conjoint, MG, spécialistes	Médecin du sommeil	Centre ou médecin du sommeil	Médecin du sommeil	Médecin et patient	PSAD	PSAD	Spécialiste, puis MG
Symptômes banalisés	Délais d'accès	Délais, examen à refaire	Annonce mal comprise	Décision peu partagée	Masque inadapté, peur	Donnée sans action	Vécu non évalué

> Un parcours organisé autour du diagnostic, de l'appareillage et de la surveillance technique ; le vécu du patient n'y est pas évalué de façon structurée.

Arrêté du 13/12/2017 (LPPR) · HAS, CNEDiMTS. Dispositifs de PPC dans le SAHOS, partie 1, avis du 15/07/2025. PV : polygraphie ventilatoire ; PSG : polysomnographie ; PSAD : prestataire de santé à domicile.

I · LE CONSTAT

Un cadre précis pour prescrire, muet entre J0 et M4

	Diagnostic et prescription	Phase initiale 13 semaines	Réévaluation à 4 mois	Suivi chaque année
Médecin prescripteur	PG ou PSG Prescription 4 mois Accord préalable	**Aucun contact médical exigé** Reçoit les rapports	Réévaluation clinique Renouvellement 1 an Accord si usage bas	Revue annuelle Relais du généraliste dès la 4e prescription
PSAD ou pharmacien	Consentement données et télésuivi	Installation 3 visites en 4 mois Rapport au médecin	Alerte si < 112 h / 28 j Accompagnement	1 à 2 visites par an Panne : 72 h 2 masques par an
Assurance maladie	Accord préalable du service médical	Forfait initial 13 semaines	Forfait selon l'observance	Sans accord si observant

Avis HAS · mars 2026
proposé, non encore opposable

Suivi initial PSAD : 3 visites → 1 rendez-vous

Règle d'arrêt : < 56 h/28 j après 3 mois d'accompagnement

Renouvellement : généraliste ou infirmier dès la 3e prescription

Prescripteurs : ≥ 40 h de formation

Inchangé : aucun contact médical avant M4

Un parcours de surveillance de la machine…
Mais pas encore un véritable parcours d'accompagnement du patient.

Arrêté du 13/12/2017 (LPPR) · HAS, rapport d'évaluation « PPC et prestations associées », mars 2026 (avis CNEDiMTS du 15/07/2025 et du 03/03/2026).

I · LE CONSTAT

L’illusion du succès technique : trois angles morts

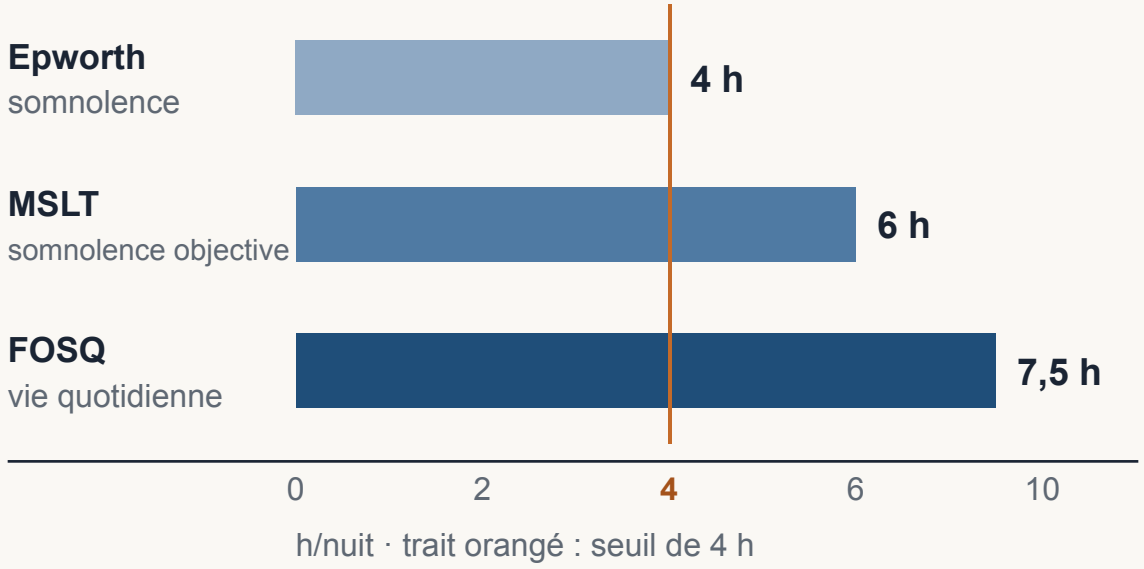
1 IAH résiduel
Estimation automatisée par l’appareil, différente de l’IAH de laboratoire ; ne décrit que les heures sous masque

2 Fuites
Mesure technique utile, sans nomenclature commune ; ne décrit pas le confort

3 Utilisation
Durée de pression délivrée, fiable ; à rapporter au temps de sommeil réel et aux habitudes

En France, 112 h par 28 jours (≈ 4 h/nuit) et 56 h sont des seuils de **tarification du prestataire**, non une définition scientifique du bénéfice clinique.

Durée d’utilisation au-delà de laquelle le gain devient faible



n = 149 patients avec SAHOS sévère : relation dose-effet (Weaver 2007)

« 4 heures » : un seuil administratif, pas biologique

Schwab RJ, AJRCCM 2013;188:613-20 (ATS) · Weaver TE, Sleep 2007;30:711-9 (n = 149) · Arrêté du 13/12/2017 · HAS, avis du 15/07/2025 · Ahsan M, Sleep Med 2026;145:109044.

I · LE CONSTAT

Trois chiffres parfaits, trois cibles manquées

CE QUE SURVEILLE LE RAPPORT DE PPC		CE QUI NOUS ÉCHAPPE
Fuite au masque ✓ 12 L/min · conforme	en réalité →	**Fuite du parcours** ≈ 1 patient sur 2 arrête la PPC en 3 ans
Observance ✓ 6 h 37 par nuit · conforme	en réalité →	**Adhésion interrompue** observant aujourd'hui, arrêt demain : 23 % dès la 1re année
IAH résiduel ✓ 1,8 /h · conforme	en réalité →	**Anxiété · insomnie** et humeur : parfois altérées, rarement mesurées (GAD-7, ISI, PHQ-9)

Changer de cible : surveiller la personne, pas seulement la machine.

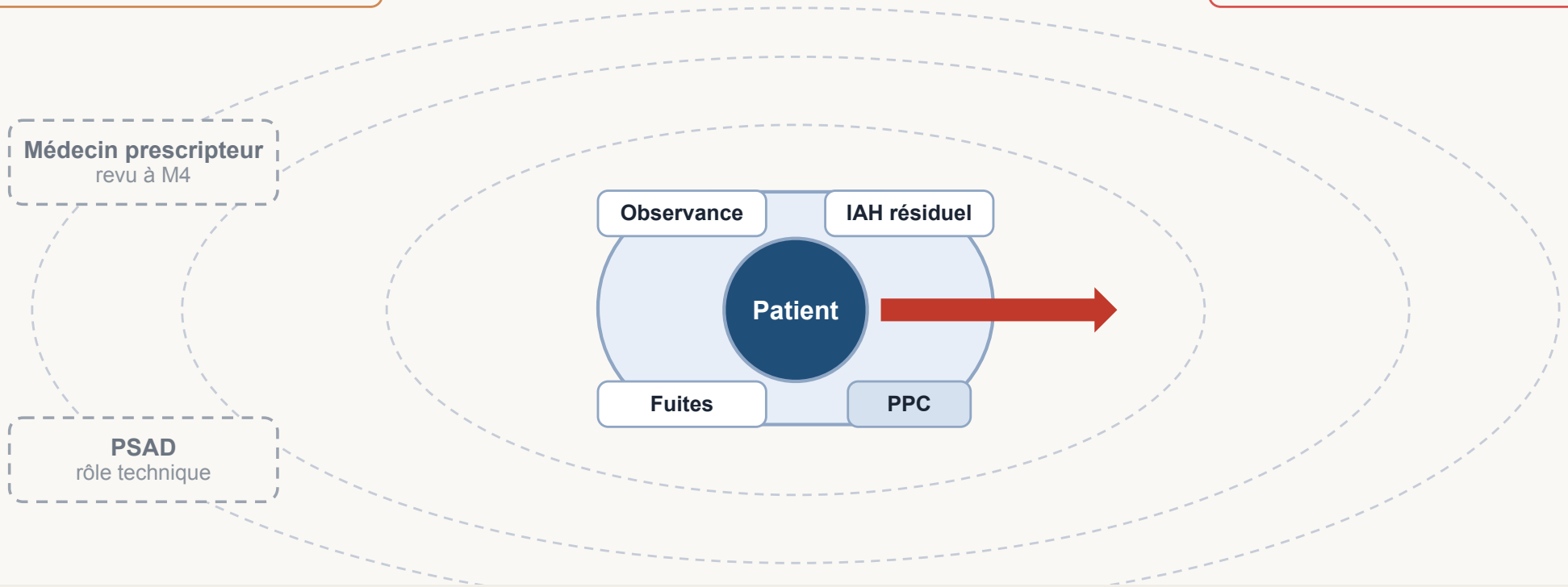
Valeurs de gauche : cas illustratif de la diapositive 3 · Pépin JL et al. J Clin Med 2021;10:936 (ALASKA : 23 % d'arrêts à 1 an, 48 % à 3 ans) · GAD-7 : Spitzer RL 2006 · ISI : Bastien CH 2001 · PHQ-9 : Kroenke K 2001.

I · LE CONSTAT · LE PATIENT SEUL

Le patient, seul face à sa machine

LE PARCOURS ACTUEL
3 chiffres : IAH, observance, fuites

FUITE DU PARCOURS
≈ 1 patient sur 2 en 3 ans



La machine ne fuit plus. C’est le parcours qui fuit.

Pépin JL et al. J Clin Med 2021;10:936 (ALASKA, ≈ 480 000 patients : 23 % d’arrêts à 1 an, 48 % à 3 ans).

II · L'ANALYSE · POURQUOI LE PARCOURS FUIT

L'iceberg de l'inconfort : ce qui provoque l'abandon



Ce que la machine enregistre

- Heures d'utilisation
- IAH résiduel
- Fuites

Ce qui provoque l'abandon

Physique : étouffement, bouche sèche, aérophagie, nez bouché, insomnie

Psychique : claustrophobie, anxiété, image de soi, dépendance

Social : conjoint, intimité, voyages, travail

Organisationnel : suivi espacé, interlocuteur difficile à joindre

L'inconfort physique se conjugue à l'inconfort psychique : le traitement devient une contrainte.

L'abandon n'est pas un échec moral du patient : c'est un signal clinique.

Sawyer AM et al. Sleep Med Rev 2011;15:343-56 (déterminants de l'adhésion) · Gentina T et al. Sleep Med 2019;55:56-61 (couple).

II · L'ANALYSE · POURQUOI LE PARCOURS FUIT

Causes techniques : à chaque problème sa piste

Problème	Évaluer	Réponse possible
Masque mal ajusté, lésions	Interface, fuites non intentionnelles	Autre taille ou autre type de masque
Bouche sèche, fuites buccales	Ouverture buccale, humidification	Humidificateur, masque facial
Aérophagie, pression mal tolérée	Courbes, horaire des symptômes	Réglage décidé par le prescripteur
Nez bouché	Examen ORL	Traitement nasal, avis ORL
Insomnie, endormissement difficile	Index de sévérité de l'insomnie (ISI)	Thérapie cognitive et comportementale (TCC-I)
Comorbidités cardiaques, respiratoires, neurologiques	Bilan clinique, oxymétrie si doute	Avis spécialisé, autre mode ventilatoire si indiqué
Symptômes malgré un IAH corrigé	Sommeil trop court, dépression, jambes sans repos, sédatifs	Bilan ciblé avant d'accuser la PPC

> Aucun réglage automatique sans réévaluation médicale : chercher la cause avant d'augmenter la pression.

Sawyer AM et al. Sleep Med Rev 2011;15:343-56 · Patil SP et al. J Clin Sleep Med 2019;15:335-43 · Pépin JL et al. ERJ 2009;33:1062-7 · Sweetman A et al. Sleep 2019;42:zsz178.

II · L'ANALYSE · POURQUOI LE PARCOURS FUIT

Des leviers d'adhésion connus, mais non exploités

Les facteurs psychologiques et sociaux pèsent autant que le matériel sur l'adhésion.

Ils se repèrent avec des outils courts et validés, mais ne figurent pas dans le parcours de référence.

Nous savons mesurer les fuites du masque au litre près, mais savons-nous mesurer la peur, le doute ou la détresse psychologique du patient ?

Culturel et social

Littératie en santé, langue, représentations de la maladie et de la machine, conditions de vie

Repérage : ABS, entretien

Psychologique

Anxiété, claustrophobie, image de soi, faible confiance en sa capacité, risque peu perçu

Repérage : SEMSA-15

Psychiatrique

Dépression, troubles anxieux, insomnie comorbide (COMISA), troubles cognitifs

Repérage : PHQ-9, HADS, ISI

Consentement et préparation

Annonce subie, décision non partagée, attentes irréalistes, absence de préparation psychologique

Repérage : SURE, CollaboRATE

Sawyer AM et al. Sleep Med Rev 2011;15:343-56. ABS : Apnea Beliefs Scale ; SEMSA : Self-Efficacy Measure for Sleep Apnea ; PHQ-9 / HADS : dépression, anxiété ; ISI : Insomnia Severity Index.

II · L'ANALYSE · POURQUOI LE PARCOURS FUIT

Compliance biomédicale ou adhésion biopsychosociale ?

Le suivi actuel mesure la **compliance** : la conformité passive à une prescription, dans une relation verticale.

> *L'adhésion est « la mesure dans laquelle le comportement d'une personne correspond aux recommandations **convenues** avec un soignant ».*
>
> OMS, 2003

Le mot clé est « convenues » : l'adhésion suppose un accord, donc un patient qui participe à la décision.

De la compliance passive à l'adhésion active

	Compliance	Adhésion
Relation	Verticale : le soignant décide	Alliance thérapeutique
Décision	Prescrite	Partagée et éclairée
Objectif mesuré	Le compteur (≥ 4 h/nuit)	Les objectifs de vie du patient
Rôle du patient	Exécutant	Acteur de son traitement
Lecture de l'échec	« Mauvais observant »	Une cause à rechercher

Un patient exécutant plutôt qu'acteur
Un patient qui n'a pas choisi son traitement n'a aucune raison de le défendre la nuit.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève, OMS, 2003.

II · L'ANALYSE · SYNTHÈSE

Trois changements : le patient, pas la machine

1 Changement de cible

De la machine

↓

au patient

Ne plus mesurer uniquement les performances techniques, mais aussi le **bénéfice clinique** et la **qualité de vie**.

2 Changement de stratégie

De la prescription imposée

↓

à la décision partagée

Ne plus attendre que le patient applique la prescription, mais **construire avec lui** un traitement compris, accepté et adapté.

3 Changement de regard

De l'observance mesurée

↓

à l'adhésion comprise

Ne plus considérer l'arrêt comme un simple échec du patient, mais rechercher les **obstacles** et les **solutions**.

> **La machine est bien suivie. Il reste à accompagner le patient.**

Synthèse de l'orateur · Adhésion : recommandations « convenues » avec le soignant (OMS, Adherence to long-term therapies, 2003).

III · LES PROPOSITIONS · COUCHE 1 : LE COUPLE

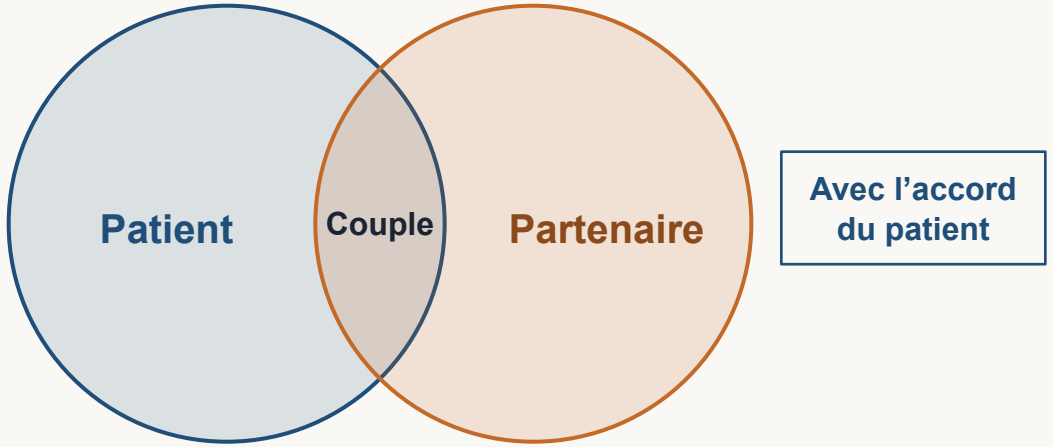
Le couple : pour le meilleur et pour le pire

Ce que montrent les données (n = 290, adhérence objective à J120)

Facteur indépendant d'adhérence
L'encouragement explicite du partenaire

Effet modulé par le couple
L'engagement du conjoint n'aide que si la qualité conjugale est élevée

Signal précoce
Les incitations du partenaire sont corrélées à l'usage à 1 mois



Propositions

- Information partagée dès l'annonce
- Éducation thérapeutique du couple
- Résolution des difficultés : bruit, masque, intimité

Dépistage, acceptation, adaptation, maintien : le conjoint intervient à chaque étape. Ronflement, bruit, masque, intimité : il en vit aussi les contraintes.

Respecter la confidentialité, les préférences du patient et la diversité des situations : personne seule, couple en difficulté.

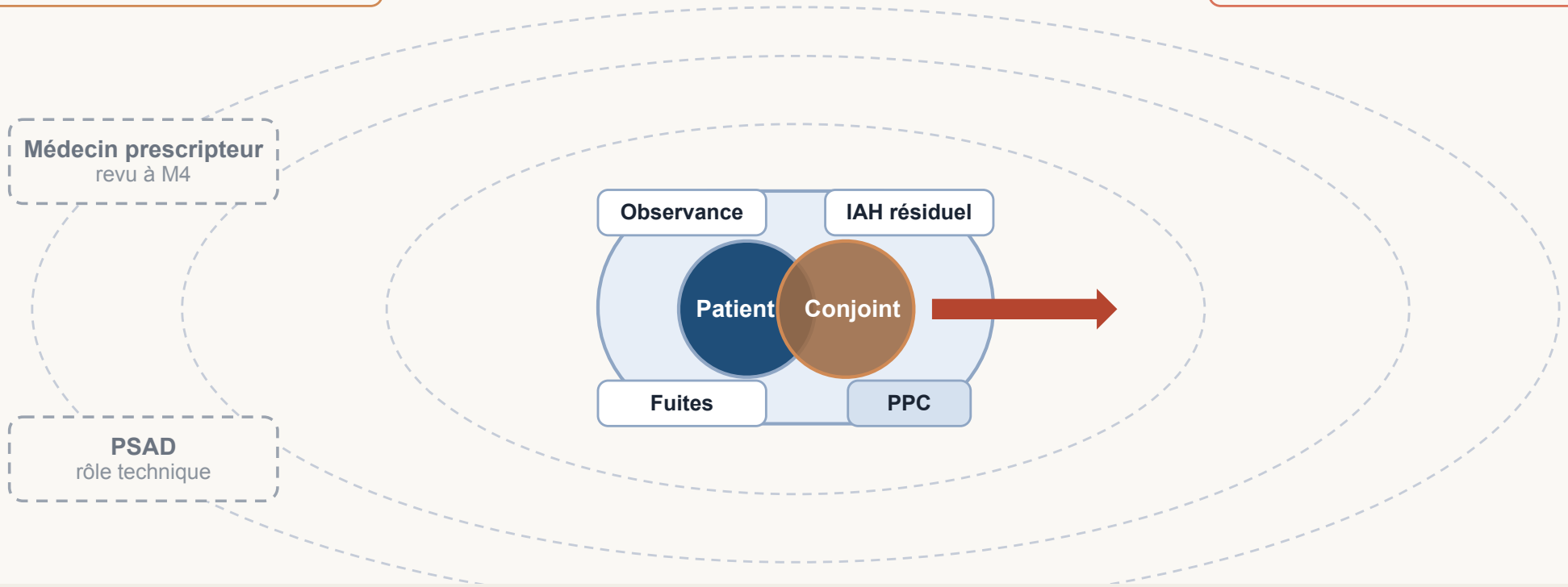
Gentina T et al. Sleep Med 2019;55:56-61 (prospective multicentrique française, n = 290) · Gauld C et al. J Psychosom Res 2022;158:110943 (CCUQ, n = 140).

III · LES PROPOSITIONS · COUCHE 1 : LE COUPLE

« Oui, je le veux » : le consentement d'abord

+ LE COUPLE
encouragement : facteur indépendant

FUITE
encore possible : base fragile

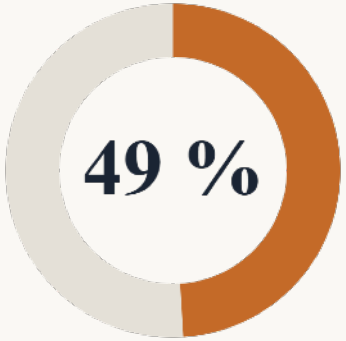


Le conjoint renforce la base, toujours avec l'accord du patient.

Gentina T et al. Sleep Med 2019;55:56-61 (étude prospective multicentrique française, n = 290).

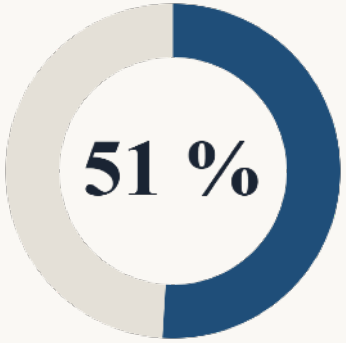
III · LES PROPOSITIONS · COUCHE 2 : LA PERSONNE

Avant la machine : le patient a-t-il vraiment décidé ?



en **conflit décisionnel** avant la PPC (test SURE)

SURE ≤ 3/4 : reprendre la discussion et présenter les alternatives avant d'installer.



perçoivent une **faible décision partagée** (CollaboRATE)

1. vous aider à comprendre votre problème de santé ;
2. écouter ce qui compte le plus pour vous ;
3. en tenir compte dans le choix du traitement.

Les cinq temps de la décision partagée

1. Présenter les options : PPC, orthèse, poids, position
2. Expliquer bénéfices et contraintes
3. Explorer attentes et préférences
4. Vérifier la compréhension
5. Construire un choix compatible avec sa vie

Etude Suedoise; 193 patients, 2 centres suédois : faible conflit et forte décision partagée associés à une meilleure utilisation objective à 6 mois.

La PPC est prescrite au patient ; sa réussite se construit avec lui.

Broström A et al. J Sleep Res 2019;28:e12808 · Légaré F et al. Can Fam Physician 2010;56:e308-14 (SURE) · Elwyn G et al. Patient Educ Couns 2013;93:102-7 (CollaboRATE).

III · LES PROPOSITIONS · COUCHE 2 : LA PERSONNE

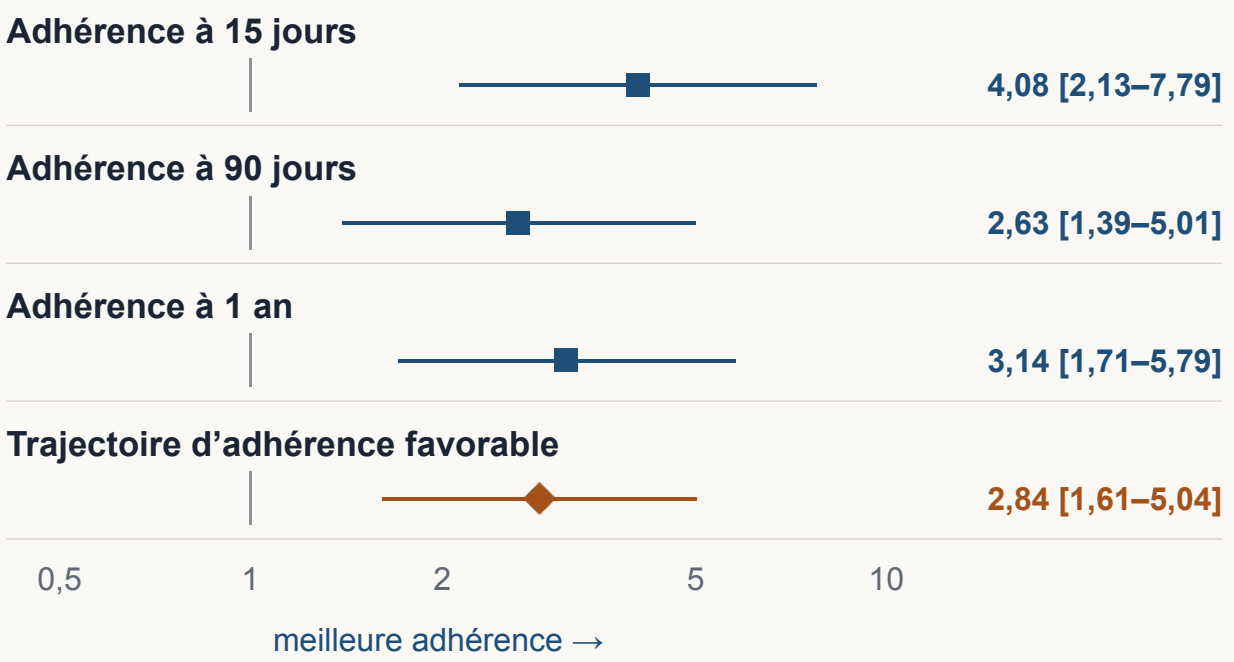
L’auto-efficacité prédit l’adhésion jusqu’à un an

L’auto-efficacité (Bandura) est la confiance du patient dans sa capacité à utiliser la PPC malgré les contraintes. La SEMSA en explore trois dimensions :

31 %

des patients ont une auto-efficacité basse avant l'installation (SEMSA-15 ≤ 2,78)

Score SEMSA-15 initial et adhérence à la PPC : OR ajustés [IC 95 %], échelle logarithmique



Repérer ces patients avant l’installation permet d’adapter d’emblée l’accompagnement.

Gentina T et al. Ann Am Thorac Soc 2025;22:1942-50 (SEMSAS, prospective multicentrique française, n = 293) · Gentina T et al. Front Neurol 2023;14:1148700 · Weaver TE et al. Sleep 2003;26:727-32.

III · LES PROPOSITIONS · COUCHE 2 : LA PERSONNE

Mesurer l’invisible : un tableau de bord élargi

Le noyau

à chaque consultation

Epworth
somnolence → chercher la cause

ISI
insomnie → TCC de l’insomnie

Une question ouverte
« Qu’est-ce qui vous gêne le plus ? »

Sur signal clinique

si plainte ou doute

FOSQ-10
vie quotidienne → objectifs

PHQ-9
dépression → avis spécialisé

GAD-7
anxiété → avis spécialisé

Autour de la décision

avant et après l’installation

SURE
conflit décisionnel → reprendre la décision

CollaboRATE
décision partagée perçue → améliorer l’échange

SEMSA-15
confiance → accompagnement renforcé

Chaque score anormal déclenche une action. Ne pas traiter le SAHOS sans évaluer l’insomnie et l’humeur.

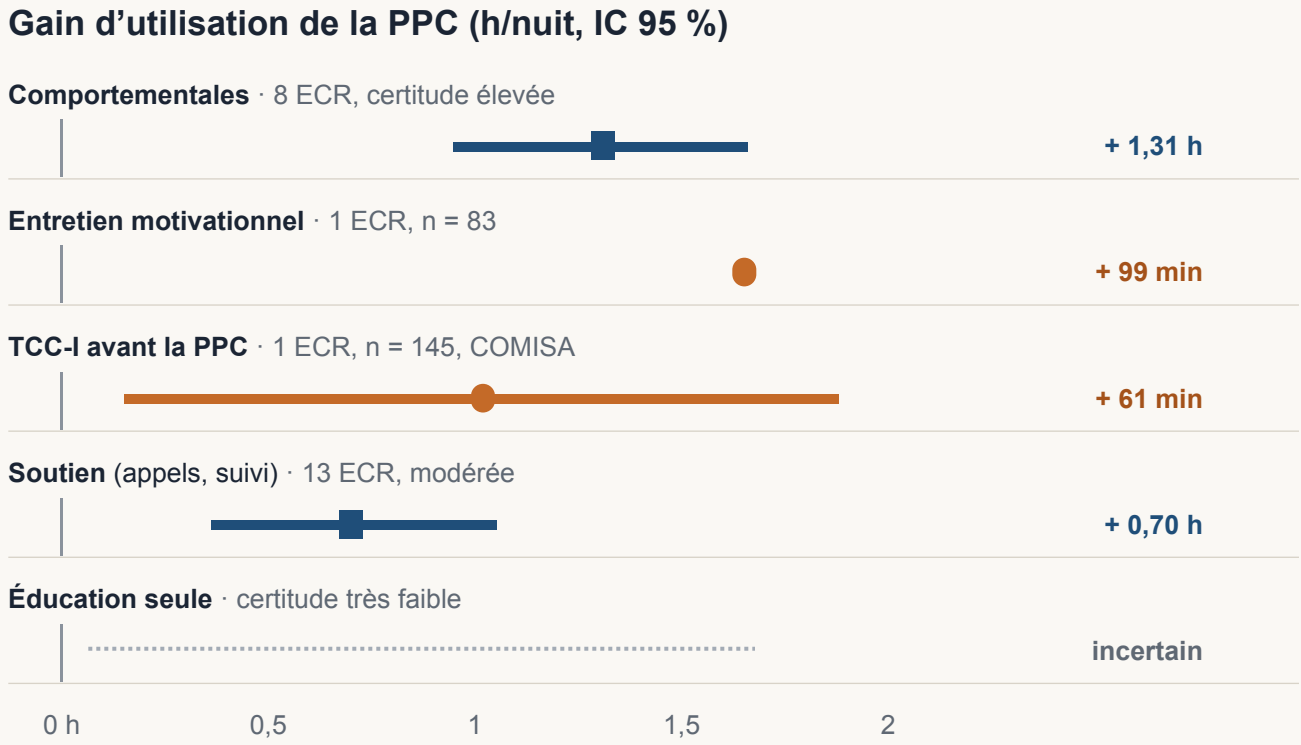
Johns MW 1991 · Bastien CH 2001 · Chasens ER 2009 · Kroenke K 2001 · Spitzer RL 2006 · Légaré F 2010 · Elwyn G 2013 · Gentina T 2025.

III · LES PROPOSITIONS · COUCHE 2 : LA PERSONNE

Accompagner fait gagner des heures de PPC

En pratique

- Démonstration et essai du masque à l'éveil
- Acclimatation progressive les premières nuits
- Exploration des croyances sur la maladie
- Objectifs individualisés, attentes réévaluées
- Résolution précoce des effets indésirables
- Décision partagée, entretien motivationnel
- TCC de l'insomnie si ISI élevé



La revue Cochrane : 41 essais, plus de 9 000 patients

L'accompagnement n'est donc pas un supplément au traitement : c'est un levier thérapeutique à part entière.

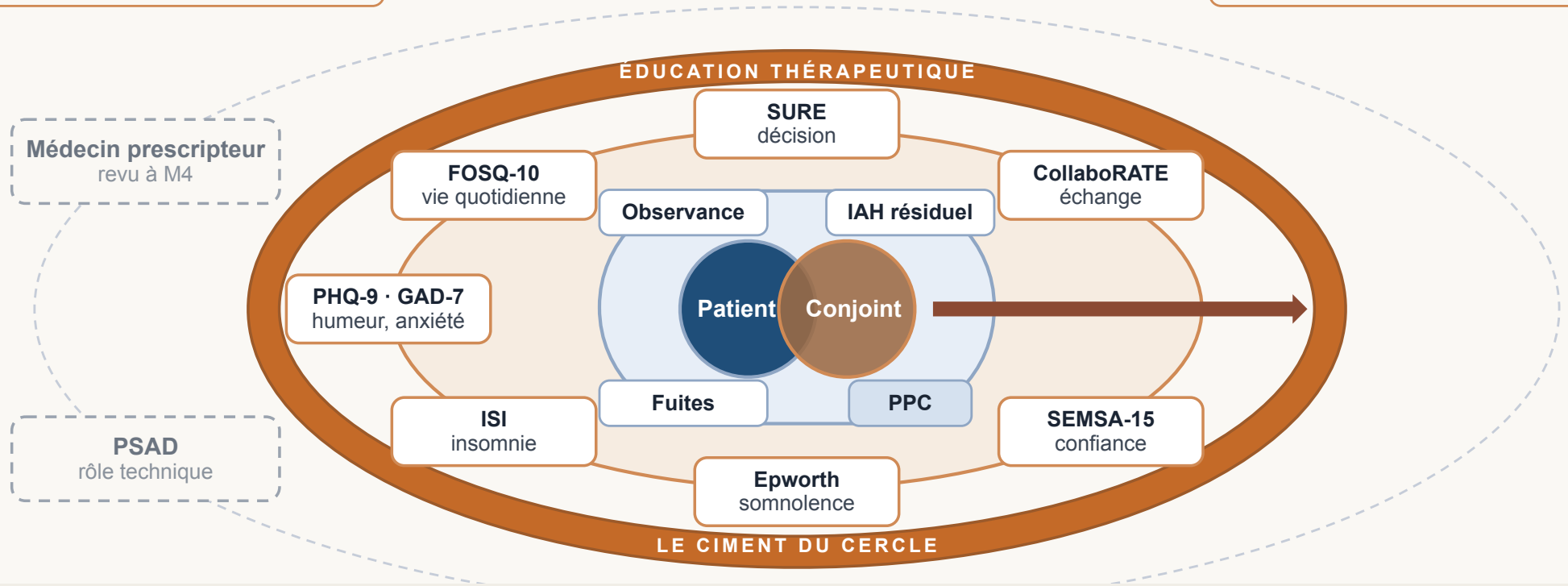
Askland K et al. Cochrane Database Syst Rev 2020;4:CD007736 (41 ECR, n = 9 005) · Bakker JP et al. Chest 2016;150:337-45 · Sweetman A et al. Sleep 2019;42:zsz178 · Patil SP et al. J Clin Sleep Med 2019;15:335-43.

III · LES PROPOSITIONS · COUCHE 2 : LA PERSONNE

La personne, mesurée par des outils validés

+ LA PERSONNE
49 % en conflit · 31 % confiance basse

FUITE
freinée : repérage précoce



Mesurer ce que la machine ne voit pas ; l'éducation thérapeutique en fait des actions durables.

Broström A 2019 · Légaré F 2010 · Elwyn G 2013 · Gentina T 2023, 2025 · Johns MW 1991 · Bastien CH 2001 · Kroenke K 2001 · Spitzer RL 2006 · Chasens ER 2009.
ETP : Askland K, Cochrane 2020 (PPC) · Gibson PG, Cochrane 2003 (asthme) · Schrijver J, Cochrane 2022 (BPCO) · Chrvala CA, Patient Educ Couns 2016 (diabète).

III · LES PROPOSITIONS · COUCHE 3 : LES PILIERS

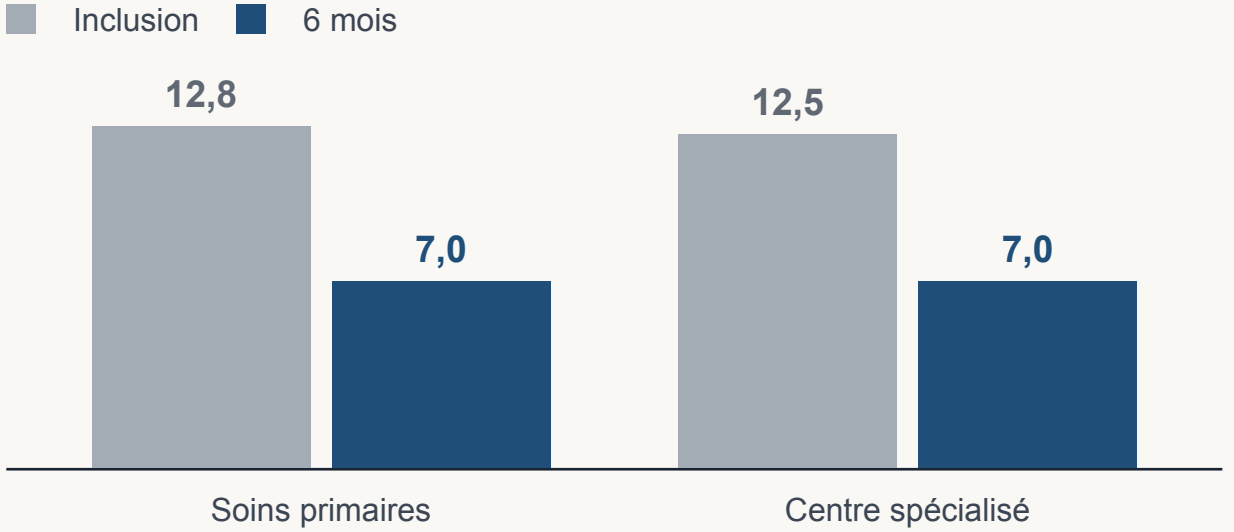
Réintégrer le médecin traitant

Décrit par les patients comme un acteur secondaire, voire absent du suivi, le médecin traitant connaît pourtant le patient, sa famille, son humeur et ses autres traitements.

L'arrêté de 2017 lui permet déjà de renouveler la PPC, sous conditions d'observance.

ECR de non-infériorité (n = 155) : suivi en soins primaires, avec infirmière formée, vs centre spécialisé. Même amélioration de l'Epworth à 6 mois.

Score d'Epworth, inclusion et 6 mois (ECR, JAMA 2013)



> Le relais fonctionne s'il est organisé : courrier clair, critères d'alerte, circuit de retour vers le spécialiste.

Sorties d'étude



Chai-Coetzer CL et al. JAMA 2013;309:997-1004 (ECR de non-infériorité, n = 155) · Arrêté du 13/12/2017 : renouvellement possible par le médecin traitant sous conditions d'observance.

III · LES PROPOSITIONS · COUCHE 3 : LES PILIERS

PSAD et infirmier(e) : de la logistique au suivi actif

La livraison et l'explication des boutons ne suffisent pas à prévenir l'abandon. Le prestataire est souvent le premier à voir les difficultés : il doit devenir une sentinelle.

Les interventions de soutien (appels, suivi rapproché) augmentent l'utilisation de 0,70 h/nuit (13 ECR, certitude modérée).

L'infirmier(e), et demain l'IPA, a le temps et les compétences pour les appels de la période critique et l'éducation thérapeutique.

Aujourd'hui

Technicien logistique : livraison, réglage initial, relevé des données

Demain

Coach et sentinelle : difficultés pratiques, normalisation de la gêne initiale, alerte précoce

Rôle du PSAD : trois missions

1. Identifier les facteurs pratiques et les perceptions négatives au domicile
2. Normaliser la difficulté initiale (dédramatiser l'étouffement)
3. Favoriser un ajustement actif plutôt qu'une résignation passive

Infirmier(e) / IPA référent(e)

Appels structurés J2–J30 · éducation thérapeutique · gestion de l'anxiété au masque · lien avec le prescripteur

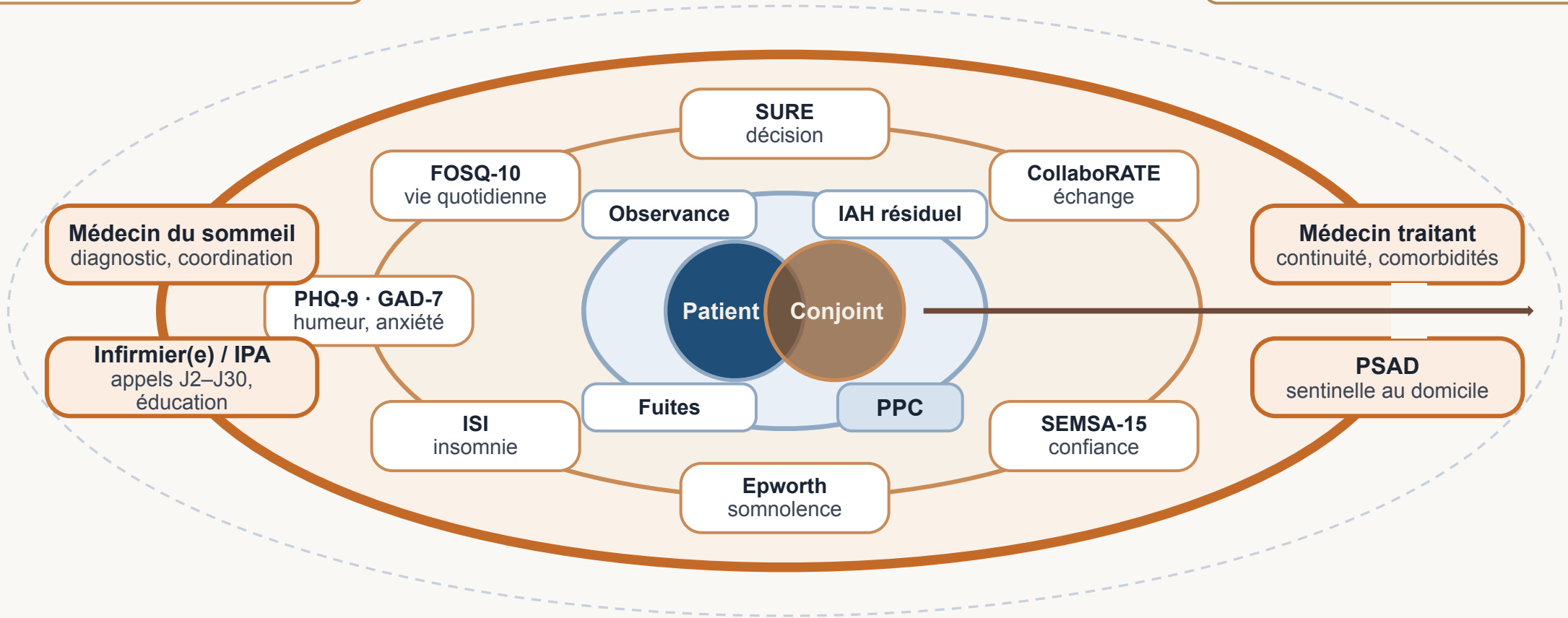
Askland K et al. Cochrane Database Syst Rev 2020;4:CD007736. IPA : infirmier(e) en pratique avancée ; PSAD : prestataire de santé à domicile ; ECR : essai contrôlé randomisé.

III · LES PROPOSITIONS · COUCHE 3 : LES PILIERS

Quatre piliers soignants

+ 4 PILIERS
soutien + 0,7 h/nuit · MG non inférieur

FUITE
résiduelle : la base tient



Sans piliers, les données restent vulnérables. Avec eux, le cercle tient.

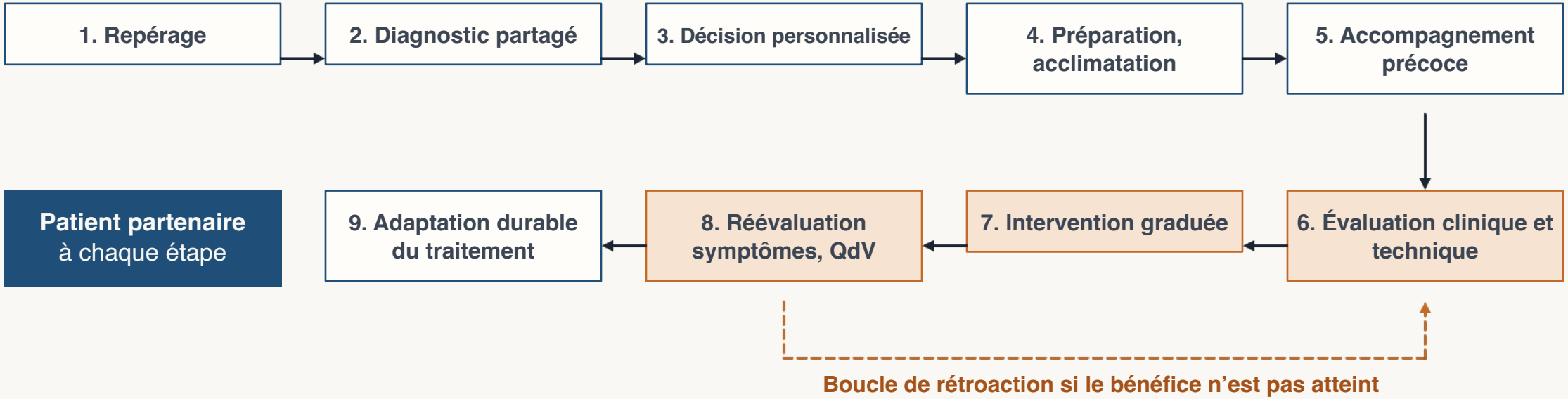
Askland K et al. Cochrane 2020;4:CD007736 · Chai-Coetzer CL et al. JAMA 2013;309:997-1004 · HAS, avis du 15/07/2025.

Du parcours technique au parcours centré sur le patient

PARCOURS CLASSIQUE : LINÉAIRE

Dépistage → Diagnostic → PPC → Relevé des données → Contrôle de l'observance → Renouvellement

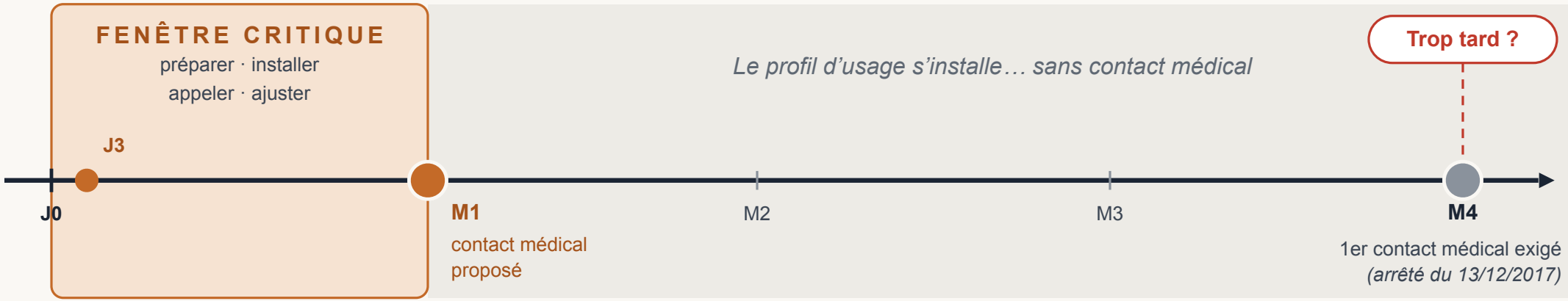
PARCOURS RÉINVENTÉ : EN BOUCLE, AVEC LE PATIENT



Proposition de l'orateur, fondée sur Patil SP, J Clin Sleep Med 2019 (AASM), Randerath WJ, ERJ Open Res 2021 (Baveno) et Askland K, Cochrane 2020. QdV : qualité de vie.

III · LES PROPOSITIONS · UN PARCOURS RENOUVELÉ

Agir à temps



J3

Plus de 4 h/nuit dès le 3e jour prédit l'usage à 30 jours

Budhiraja 2007 · n = 100, rétrospectif

M1

L'usage du premier mois prédit l'adhérence à 24 mois

Van Ryswyk 2019 · essai SAVE, n = 1 121

23 %

d'arrêts dès la première année de traitement, en France

Pépin 2021 · ALASKA, ≈ 480 000 patients

Du constat tardif à l'accompagnement précoce.

Budhiraja R et al. Sleep 2007;30:320-4 · Van Ryswyk E et al. Sleep 2019;42:zsz152 · Pépin JL et al. J Clin Med 2021;10:936 · Arrêté du 13/12/2017 (LPPR). Contact médical à M1 : proposition de l'orateur.

LES PREMIÈRES SEMAINES : UNE FENÊTRE PRÉDICTIVE ET THÉRAPEUTIQUE

Des études complémentaires convergent : détecter tôt, intervenir tôt, consolider l'usage.



BUDHIRAJA 2007

n = 100 • cohorte

J3 : > 4 h/nuit prédit le niveau d'utilisation à J30

TOLSON 2023

n = 81 • essai randomisé

Psychoéducation + appels J1/J7 + revue J14 ; usage supérieur à S1, M1 et M4

HOET 2017

essai randomisé • télésuivi

Intervention plus précoce : 29 vs 47 jours ; usage à M3 : 5,7 vs 4,2 h/nuit

COHORTE DANOISE 2025

n = 1 907 • suivi 24 mois

Bonne observance à M1 → 79 % de probabilité de bonne observance à M24

CONVERGENCE : les premiers jours renseignent la trajectoire ; le premier mois est une fenêtre d'intervention ; les 3 premiers mois sont décisifs pour stabiliser les profils.

Lecture : les segments représentent les fenêtres d'observation ou d'intervention, pas des tailles d'effet comparables. Les critères d'observance diffèrent selon les études.

III · LES PROPOSITIONS · CE QUE FONT LES AUTRES PAYS

La France mesure le mieux, mais intervient le plus tard

Premier contact médical exigé après l'installation de la PPC



Pays	Qui suit le patient	Règle d'observance	Ce que l'on peut emprunter
France	PSAD au forfait ; médecin à M4	112 h/28 j, pèse sur le PSAD	Télésuivi de plus de 98 % : la référence
États-Unis	Fournisseur DME et médecin	≥ 4 h, 70 % des nuits, avant J90	Contact médical précoce obligatoire
Royaume-Uni	Centre du sommeil du NHS	Pas de seuil national	Revue ≤ M1, télésuivi 12 mois
Belgique	Centre du sommeil conventionné	Prolongation selon l'usage	Un lieu unique, du diagnostic au suivi
Espagne	Unité du sommeil, puis généraliste	Non précisée	Suivi par le généraliste non inférieur
Canada	Provinces, souvent le privé	Aucune en Ontario	Contre-exemple : reste à charge

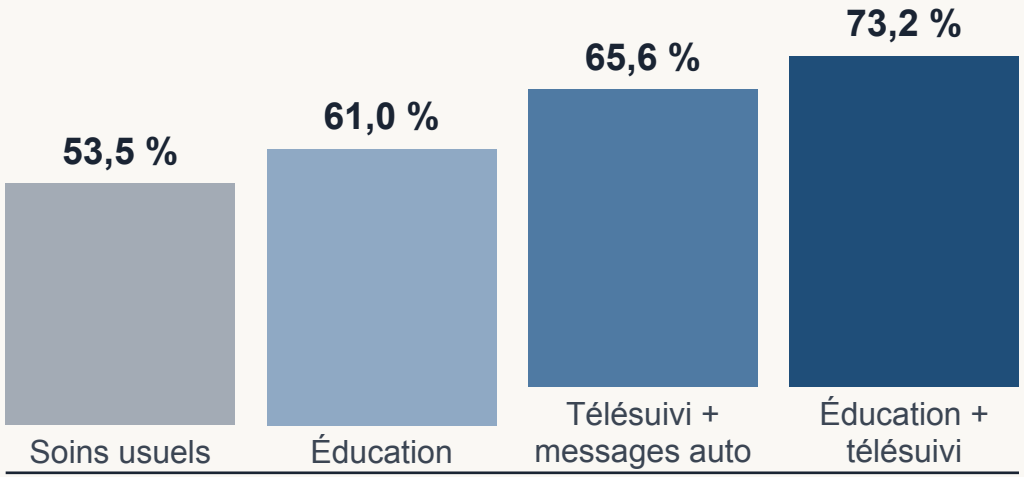
Emprunter le contact précoce (NICE, Medicare) et le lieu unique (Belgique), sans pénaliser le patient.

NICE NG202, 2021 · CGS Medicare, critères PAP (NCD 240.4) · Convention INAMI apnée du sommeil · Sánchez-de-la-Torre M, Thorax 2015;70:346-52 (Espagne : observance non inférieure, coût −60 %) · Pendharkar SR, CMAJ 2017;189:E1524 · INESSS 2024 · HAS 2026.

III · LES PROPOSITIONS · COUCHE 4 : LE NUMÉRIQUE

Le numérique : du télésuivi à l'accompagnement

Tele-OSA (n = 556) : patients adhérents à 90 jours



+ 0,54 h/nuit
interventions e-santé, méta-analyse de 18 essais

Aucun gain
si le suivi standard est déjà intensif (essai, n = 230)

IA : en validation
prédiction de l'abandon sur le 1er mois (AUC jusqu'à 0,91), rétrospective, sans validation externe

Limites : Fracture numérique · Excès d'alertes · Confidentialité · Qualité des données · Déshumanisation

Une alerte sans appel ne sert à rien : la donnée doit déclencher une action humaine.

Hwang D et al. AJRCCM 2018;197:117-26 · Aardoom JJ et al. J Med Internet Res 2020;22:e16972 · van der Kleij et al. Sleep Breath 2024 · Domínguez-Guerrero M et al. BioData Min 2026;19.

III · LES PROPOSITIONS · UN PARCOURS RENOUVELÉ

Si la PPC n'est pas tolérée, avons-nous tout exploré ?

Option	Pour quels patients ?	Donnée clé
PPC, autres pressions positives	Référence ; 1re intention si IAH > 30/h (HAS 2014)	Efficacité sur l'IAH la plus élevée
Orthèse d'avancée mandibulaire	IAH 15–30/h sans comorbidité CV grave ; alternative en cas d'intolérance	IAH moins corrigé, port plus long ; bénéfices cliniques comparables à 1 mois
Poids, activité physique	Surpoids, obésité : pour tous	Tirzépatide (IMC ≥ 30) : IAH −25 à −29/h vs −5/h sous placebo à 52 semaines
Thérapie positionnelle	SAHOS positionnel	Selon l'IAH en décubitus dorsal
Obstruction nasale	Rhinite, déviation septale	Améliore la tolérance de l'interface
Chirurgie ORL ou maxillo-faciale	Anatomie favorable, situations sélectionnées	Décision en réunion pluridisciplinaire
Stimulation du nerf hypoglosse	Intolérance à la PPC, critères d'éligibilité	STAR : IAH médian 29,3 → 9,0/h à 12 mois (cohorte non contrôlée)

> **Des options non équivalentes : décision individualisée selon le phénotype, la sévérité, l'anatomie, les comorbidités et les préférences.**

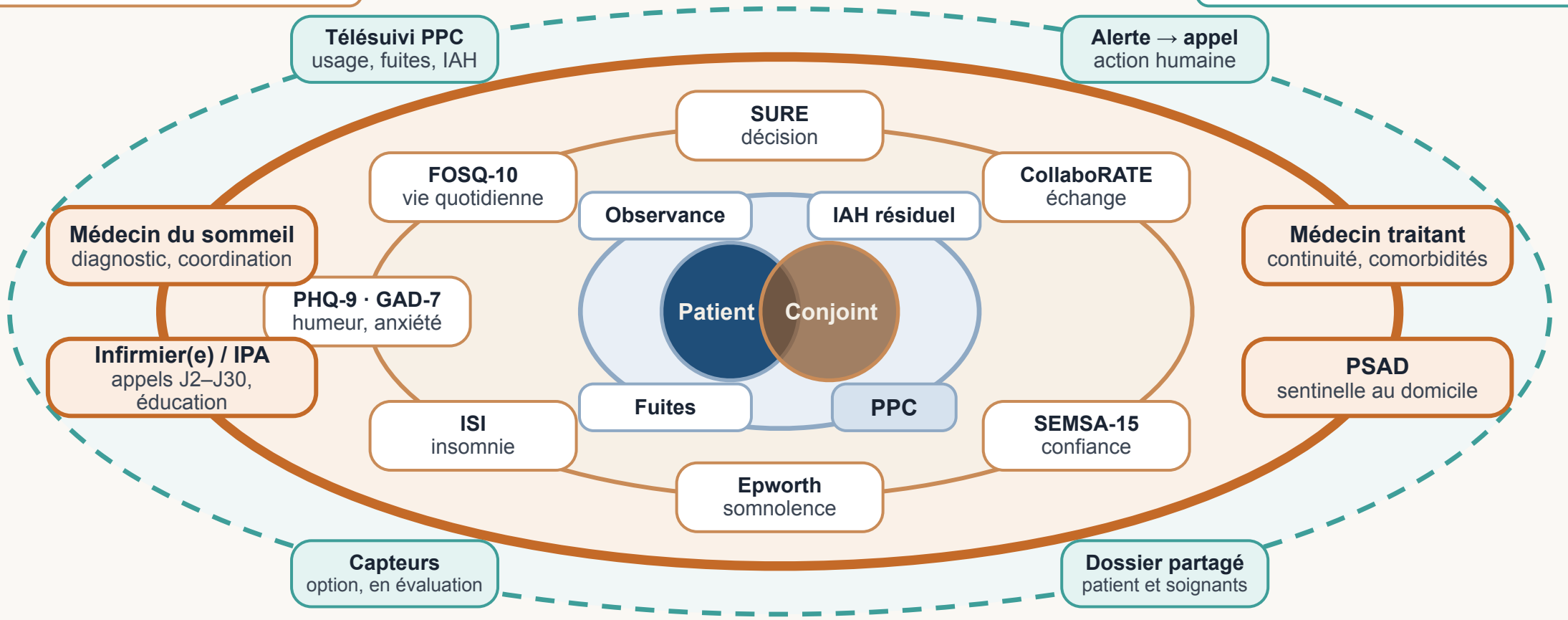
HAS 2014 · Phillips CL, AJRCCM 2013;187:879-87 · Malhotra A, NEJM 2024;391:1193-205 (SURMOUNT-OSA) · Strollo PJ, NEJM 2014;370:139-49 (STAR) · Randerath WJ, ERJ Open Res 2021.

III · LES PROPOSITIONS · SYNTHÈSE : LA COMÈTE COMPLÈTE

La comète complète : quatre couches autour du patient

+ LE NUMÉRIQUE
télésuivi : + 29 min/nuit · 16 ECR

FUITE
surveillée si l'alerte mène à un appel



Le numérique consolide le cercle. Il ne remplace pas l'humain.

Labarca G et al. Sleep Med Rev 2021;60:101543 · Hwang D et al. AJRCCM 2018;197:117-26 · van der Kleij S et al. Sleep Breath 2024;28:1715-21.

IV · CONCLUSION

Que pouvons-nous changer dès demain ?

1 **Évaluer** le vécu et les symptômes du patient, pas seulement les données de la machine

2 **Repérer tôt** les difficultés psychologiques, techniques et sociales

3 **Coordonner médecin du sommeil, généraliste, infirmier et PSAD, avec un contact médical à J30**

4 **Adapter** la stratégie thérapeutique aux besoins et aux préférences du patient

5 **Utiliser** la télésurveillance pour déclencher des interventions humaines pertinentes

Dr Khier Amrani · Centre Médical Les Jasmins, Metz · khier.amrani@cabinet-amrani.fr

Au-delà de l’IAH, il y a un patient. Au-delà de la machine, il y a une vie et entre les deux, il y a tout un parcours à construire