

Equipe de Soins Spécialisés Sommeil

Présentation synthétique du projet

Promouvoir et coordonner le parcours patient dans le dépistage du syndrome d'apnée du sommeil en coordination avec les médecins spécialistes et médecins traitant et les structures d'exercice coordonné

Évaluation de population concernée par le projet (nombre d'habitants) :

Départements de l'Hérault et du Gard : 1 904 678 habitants.

En France, le SAHOS ou syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil touche à minima 4 % de la population.

On estime donc le nombre de patient concernés à plus de 230 000 patients pour l'ensemble de la région Occitanie et **76 000 pour les seuls départements du Gard et de l'Hérault.**

On estime le dépistage nécessaire/possible pour 10% de la population soit 200 000 patients.



II – Etat des lieux et contexte

Territoire d'intervention

Le projet d'ESS cible principalement la population des départements du Gard (30) et de l'Hérault (34), soit 693 communes et près de 2 millions d'habitants

Densément peuplé, le territoire présente des contrastes, avec d'un côté un taux de chômage et de pauvreté très importants, et de l'autre un territoire très attractif. On y trouve une présence médicale et paramédicale particulièrement confortable, mais aussi des taux de renoncement aux soins parmi les plus élevés de France. On note par ailleurs de fortes disparités d'accès aux soins entre la partie littorale ainsi que les métropoles qui sont plutôt favorisées par rapport à l'intérieur des terres.

Ces dynamiques s'expliquent tout particulièrement par le tourisme, qui occupe une part majeure de l'économie du territoire, et par l'héliotropisme : un grand nombre de personnes âgées et relativement aisées s'installent pour y passer leur retraite. En conséquence, les niveaux de dépendance (mesurés par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - APA) sont extrêmement élevés, ce qui implique de forts besoins en soins, et explique peut-être l'importance du secteur privé lucratif.

Le développement de la télémédecine fait partie des solutions au problème d'accès aux soins. 100% du territoire du Gard est par exemple capable d'offrir la télémédecine.

Les forces du territoire sont son attractivité pour les professionnels de santé, aussi bien pour le cadre de vie que pour la forte demande en soins. Des dispositifs de coordination pourraient favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire ainsi qu'un maillage plus étroit avec les structures de soins privées

- **Le territoire**

L'Hérault : 20^e département le plus peuplé de France, et 2^e le plus peuplé d'Occitanie, l'Hérault s'articule autour d'un réseau de villes situées le long du pourtour méditerranéen : Montpellier en premier lieu concentre 40% de la population du département, suivie par Sète, Béziers, Agde et Lunel. 9% des Héraultais vivent dans un quartier prioritaire de la ville (22QPV).

Le Gard : Situé entre le littoral méditerranéen et le parc national des Cévennes, le département du Gard est un territoire majoritairement rural et montagneux. Près de la moitié des communes sont classées en zones rurales, un quart du territoire classé en zone de montagne et seulement 8% de territoire urbanisé, dont 18 quartiers prioritaires de la politique de la ville. Les 3 grandes villes sont Nîmes, Ales et Bagnols-sur-Cèze.

L'Hérault et le Gard sont respectivement les 2^{ème} et 3^{ème} départements les plus peuplés d'Occitanie. De façon générale sur l'ensemble du territoire, la population est en constante évolution avec un fort excédent migratoire. En raison de l'attrait touristique de ces départements, la part de résidences secondaires y est importante.

Au niveau social, le territoire affiche un niveau de précarité nettement supérieure aux moyennes régionales et nationales :

	France	Occitanie	Hérault	Gard	Territoire ESS
Taux de pauvreté	14,8	17,2	19,7	19	19,4
Taux de chômage		9,4	11,1	10,6	10,8

- **Caractéristiques de santé de la population**

Taux de mortalité

Le taux de mortalité est plus élevé sur le territoire qu'en France (9,6 décès pour 1000 habitant contre 8,8 en France).

Indicateurs de précarité

Les personnes bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat-AME- et de la Complémentaire Santé Solidaire – CSS- sont plus nombreuses qu'au niveau régional, confirmant la grande précarité déjà identifiée par les taux de pauvreté et de chômage.

Bénéficiaires (en %)	France	Occitanie	Hérault	Gard
AME		0,5	0,7	
CSS	5,4	11,4	13,2	13,1

Affections Longue Durée (ALD)

Les moyennes départementales de patients souffrant d'ALD sont supérieures aux moyennes nationales (23,9% sur l'Hérault, 25,7% sur le Gard contre 23,7% en France).

Les ALD prédominantes sur l'Hérault sont les diabètes de type I et II (4,8%) et les cancers (3,9%). Par ailleurs, les cinq ALD les plus importantes à l'échelle du département du Gard concernent les tumeurs, les affections psychiatriques, les diabètes 1 et 2 et enfin les maladies cardiovasculaires.

Les maladies respiratoires sont également des pathologies problématiques dans le Gard, notamment la bronchopneumopathie chronique (BPCO) qui place le Gard en 3^{ème} position des départements les plus touchés d'Occitanie. L'ARS explique que dans 80% des cas, le tabagisme est la cause prépondérante à cette maladie. Le nombre de personnes atteintes d'Alzheimer et autres démences (MAAD) est plus élevé dans le Gard et évolue plus rapidement qu'ailleurs. En effet, le nombre de malades a augmenté de 16% entre 2005 et 2010 contre 12% en France.

Renoncement aux soins

Le taux de renoncement aux soins de l'Hérault (36,4) est l'un des plus élevés de France.

Selon le Baromètre du Renoncement aux Soins – BRS - en 2014/2015, 36,4% des assurés de la CPAM de l'Hérault qui ont été interrogés, ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des 12 derniers mois et/ou être toujours en situation de renoncement au moment où ils ont été enquêtés (données non standardisées).

De même selon le BRS, 25,8% de la population du Gard interrogée a renoncé à se soigner en 2018 (24,8% en France), dont 40% d'entre eux étaient âgés entre 40 et 59 ans, 45 % étaient sans emploi et 62% étaient des femmes.

La durée de leur renoncement est globalement plus longue et majoritairement représenté par des femmes seules ou de composition monoparentale. Les raisons financières sont les plus citées par les personnes pour expliquer la non-réalisation d'un ou plusieurs soins ; arrivent ensuite les raisons « temporelles » (délais pour avoir des RDV et disponibilité des personnes) puis le découragement et la lassitude par rapport aux démarches à mettre en œuvre pour se soigner.

- **Offre et accès aux soins**







Démographie des professionnels de santé du premier recours :

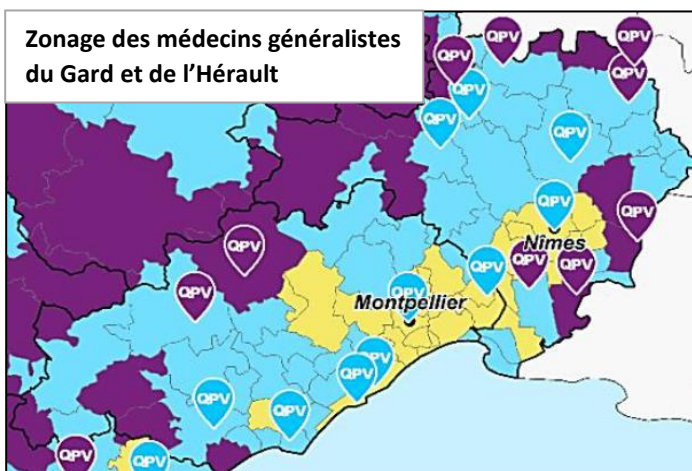
Répartition MG par tranche d'âge	Pourcentage		
	Gard	Hérault	France
Moins de 40 ans	16	21,3	21,5
60 ans et plus	38,4	29,7	32,3

La densité des professionnels de santé libéraux du premier recours plus élevée sur le territoire de l'ESS que la moyenne nationale. Cependant, le nombre d'omnipraticiens étant stable dans le temps alors que la croissance démographique est positive, la densité de MG baisse progressivement. Par ailleurs, avec une densité moyenne de médecins spécialistes de 254 (contre 188 en Occitanie, et 187 en France), l'Hérault confirme sa position très favorable en termes d'offre de soins.

Ces données encourageantes masquent cependant de fortes disparités territoriales, à savoir une concentration accrue des professionnels de santé sur les métropoles et la partie littorale de l'Hérault. Le zonage ci-dessous permet d'avoir un aperçu plus précis en ce qui concerne la médecine générale :

- **Zonage médecins**

ZIP, ZAC et ZAR :	
	Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP)
	Zone d'Action Complémentaire (ZAC)
	Zone d'Appui Régional (ZAR)
	Quartier prioritaire de la politique de la ville en Zone d'Intervention Prioritaire
	Quartier prioritaire de la politique de la ville en Zone d'Action Complémentaire
	Préfecture de département



- **Accessibilité potentielle localisée (APL)**

L'accessibilité potentielle localisée tient compte du niveau d'activité des professionnels pour mesurer l'offre, et du taux de recours des habitants différencié par âge pour mesurer la demande.

Hérault : les APL médianes des médecins, IDE, MK et chirurgiens-dentistes sont toutes supérieures aux moyennes Occitanes, indiquant une meilleure accessibilité générale aux professionnels de santé.

L'accessibilité potentielle pondérée du Gard est inférieure à celle d'Occitanie. Toutefois, les chiffres expriment une disparité d'accessibilité importante entre les communes du département. Par exemple, l'APL de la ville de Nîmes (préfecture du Gard) est de 4,6 alors que la commune d'Alzon (territoire en zone montagneuse) affiche seulement 0,2 d'APL.

APL (médiane)	Gard	Hérault	Occitanie
Médecins généralistes	4,1	5,2	4,3

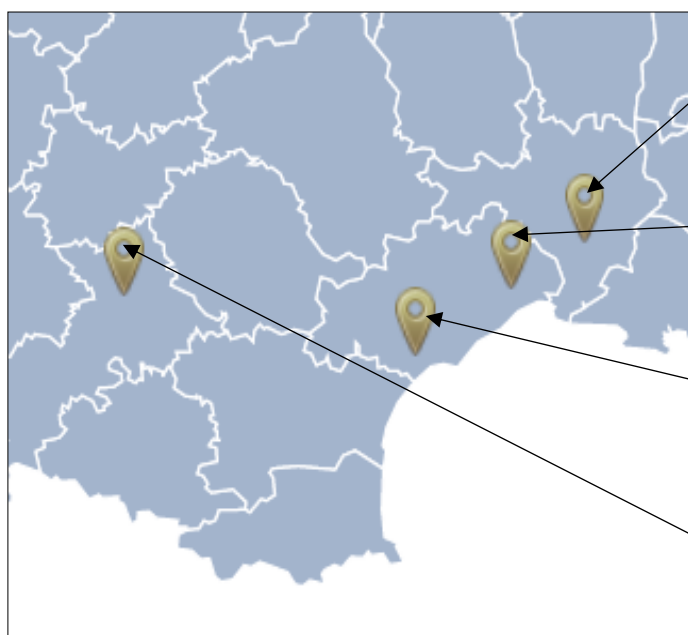
▪ **Établissements - Sanitaires, Sociaux, Médico-sociaux, Établissements de référence, Lien ville-hôpital**

La part des admissions directes en service de médecine à la demande d'un médecin de ville est significativement supérieure sur le département (48%) que la moyenne nationale (40,8%), ce qui indique un lien ville-hôpital plutôt favorable

- Le Gard est doté de : 1 CHU à Nîmes, 15 MCO, 5 services d'urgences, 13 SSR, 466 établissements dans le domaine du social et médico-social, 28 MSP (FINESS), 4 CLS :1 DAC (5 MAIA et 4 STA).
- L'Hérault dispose de : 1 CHU à Montpellier, 27 MCO, 14 services d'urgences, 29 SSR, 158 EHPADs et de nombreux établissements associés (résidences autonomie, établissements expérimentaux, etc.)

Structures de coordination	Hérault	Gard
MSP	29	28
CPTS	11	10

Focus sur les établissements agréés dans le traitement des troubles du sommeil en Occitanie



- Unité des troubles du sommeil**
CHU Carêmeau - Service Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux
1 Rue du Professeur Robert Debré, 30900 Nîmes
Tél : 04 66 68 39 00
- Unité de sommeil, département de neurologie**
Hôpital Gui de Chauliac
80 Avenue Augustin Fliche, 34000 Montpellier
Tél : 04 67 33 74 13
- Centre de Médecine du sommeil et Assistance respiratoire**
Centre Hospitalier de Béziers
2 Rue Valentin Haüy, 34500 Béziers
Tél : 04 67 35 70 59
- Unité des pathologies du sommeil et de la vigilance - Service Explorations Neurophysiologiques**
Hôpital Pierre Paul Riquet 31300 Toulouse
Tél : 05 61 77 94 88

Source : <https://www.sfrms-sommeil.org/carte-des-centres-agrees/>

Problématique de santé et de prise en charge

L'apnée du sommeil est appelée le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS). Il se caractérise par la survenue d'épisodes anormalement fréquents d'interruptions (apnées) ou de réductions (hypopnées) de la respiration durant le sommeil.

Ces pauses de respiration durent de 10 à 30 secondes, voire plus, se produisent au moins 5 fois par heure de sommeil et peuvent se répéter une centaine de fois par nuit.

Elles sont dues à des obstructions répétées complètes ou partielles des conduits respiratoires de l'arrière-gorge survenant au cours du sommeil. Cette réduction ou interruption de la ventilation pendant le sommeil provoque un manque en oxygène. Le cerveau réagit et la personne se réveille pour reprendre sa respiration. Ces éveils sont de courte durée : on parle de « micro-éveils » dont la personne n'a pas conscience.

Ce syndrome est associé à un ronflement nocturne et à une somnolence diurne, conséquence d'un sommeil très perturbé, saccadé et de mauvaise qualité.

En France, le SAHOS ou Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du sommeil touche 4 % de la population.

On estime donc le nombre de patient concernés à plus de 230 000 patients pour l'ensemble de la région Occitanie et **76 000 pour les seuls départements du Gard et de l'Hérault.**

Les conséquences au quotidien

Sans une bonne qualité de sommeil, la personne, présentant des apnées du sommeil, somnole fréquemment dans la journée et subit souvent des endormissements incontrôlables.

Elle a des difficultés à se concentrer, présente des troubles de la mémoire et de la concentration, des troubles de l'humeur ; elle ne peut pas être efficace, chez elle, au travail ou en collectivité.

En raison de la baisse de la vigilance, le taux d'accidents de voiture et d'accidents du travail est plus élevé chez les personnes présentant une apnée du sommeil que chez les autres, en raison de la somnolence anormale en journée.

Les conséquences à long terme d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil

À long terme, le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil augmente la mortalité et particulièrement celle de cause cardiovasculaire.

Le SAOS favorise la survenue : d'une hypertension artérielle, d'une maladie coronarienne, d'une insuffisance cardiaque, de troubles du rythme cardiaque ou encore d'accident vasculaire cérébral.

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil est très souvent associé à : des anomalies des graisses dans le sang, un diabète, un syndrome métabolique.

Les facteurs qui empêchent le bon fonctionnement des voies aériennes supérieures favorisent l'apnée du sommeil. Il s'agit :

- Du surpoids et de l'obésité. C'est le facteur de risque majeur. 70 % des personnes ayant un SAOS sont en surpoids. Le risque de SAOS augmente encore si la personne est obèse. Des apnées du sommeil sont également observées chez l'enfant ou l'adolescent obèse ;
- De l'âge : l'apnée du sommeil est plus fréquente lors du vieillissement et on estime que 30 % des personnes de plus de 65 ans sont concernées ;
- Du sexe : les hommes sont deux fois plus exposés que les femmes. Cependant, la fréquence du SAOS augmente après la ménopause ;
- D'une obstruction nasale plus ou moins permanente, conséquence de problèmes ORL (oto-rhino-laryngologiques), chirurgicaux, allergiques, etc. ;
- Des anomalies de taille et de position de la mâchoire (mandibule trop petite par exemple), de la langue (langue très volumineuse) et du palais (luette, amygdales, etc.) ;
- De l'alcool, des sédatifs et du tabac qui peuvent aggraver les symptômes.

II – Fonctionnement de l'Equipe de Soins Spécialisés

Description du fonctionnement et de l'organisation proposée

Si l'apnée du sommeil est suspectée, le médecin demande un avis médical spécialisé et des examens complémentaires, notamment un bilan du sommeil. Pour évaluer l'importance du syndrome d'apnées du sommeil, deux types d'examen spécialisés sont disponibles :

- La **polygraphie ventilatoire nocturne** : elle enregistre, sur une durée d'au moins 6 heures, l'électrocardiogramme, les mouvements respiratoires et le débit d'air entrant et sortant par les narines. Un capteur placé au niveau d'un doigt permet d'analyser la saturation du sang en oxygène et donc de détecter des baisses de saturation lors des apnées et des hypopnées.

La polygraphie ventilatoire nocturne est - sauf exception - réalisée en ambulatoire, au domicile du patient. L'organisation du dépistage des ronflements et pathologies respiratoires du sommeil est orientée vers la réalisation d'un enregistrement du sommeil à domicile davantage recommandé, car moins troublée par un environnement hospitalier et respectant au maximum les conditions réelles de vie du patient.

La mise en place du dispositif de polygraphie ventilatoire nocturne est un acte médical coté comme tel par la caisse d'assurance maladie, et impose que celle-ci soit donc effectuée en fin de journée au cabinet du praticien du sommeil qui vérifiera la bonne disposition des capteurs, assurera leur contrôle et paramétrage, puis programmera le déclenchement de l'enregistrement sur un logiciel médical dédié.

Selon les dispositifs et les situations, les capteurs peuvent comporter : cellule photo-électrique, capteur de position, capteur de son, lunettes nasales, capteur de pression sus-sternales, sangles abdominale et thoracique, pince d'oxymétrie, fréquence cardiaque et photo-pléthysmographie pour évaluer le temps de transit du pouls etc ...

Le patient est invité à regagner son domicile pour y passer une soirée tranquille et se coucher avec l'ensemble du matériel. Le lendemain matin au réveil, de retirer l'ensemble du dispositif pour le rapporter au cabinet du médecin.

Le praticien devra alors récupérer les nombreuses données de l'examen sous formes de traces linéaires ou « courbes de tendances » qu'il devra d'abord valider comme représentatives et exploitables, puis analyser par périodes de 2 à 10 mn sur tout le déroulé de la nuit.

Dans le cadre du respect des conventions, les logiciels permettant le plus souvent une aide automatique à l'analyse pouvant être l'objet d'erreurs d'appréciation et l'enregistrement polygraphique nocturne étant un acte formellement médical ne souffrant donc pas d'être réduit à une étude automatique, l'étude doit se faire nécessairement sur lecture des courbes de tendances par le praticien, permettant un diagnostic précis et une prise en charge adaptée à chaque situation.

Il faut compter entre 30 mn et 1 heure d'analyse de chaque enregistrement par le praticien pour pouvoir conclure.

- La **polysomnographie (PSG)** en laboratoire du sommeil est l'examen de référence pour le diagnostic du SAHOS, en présence de signes d'appel. La polysomnographie plus complète que la polygraphie est un examen complexe qui n'est pas systématiquement prescrit. La polysomnographie est un enregistrement du sommeil réalisé soit sur une nuit, soit sur une nuit et une journée. Il peut se faire durant une hospitalisation nocturne. L'examen peut être réalisé en ambulatoire ou dans des cas particuliers à domicile.

Cet examen permet, en plus des enregistrements précédents (électrocardiogramme, mouvements respiratoires, débit d'air entrant et sortant par les narines et mesure de la saturation du sang en oxygène), d'analyser la qualité du sommeil, grâce à l'enregistrement de plusieurs paramètres, obtenu à l'aide d'électrodes placées au niveau du crâne et de différentes parties du corps. Il étudie l'activité cérébrale (par électro-encéphalogramme), l'activité musculaire du menton et des jambes (électromyogramme), les mouvements oculaires (électro-oculogramme).

Ces données vont permettre de suivre et d'identifier les différentes phases du sommeil et sa qualité : microréveils, sommeil perturbé et fragmenté, présence de pauses respiratoires, mouvements périodiques des membres inférieurs... La polysomnographie confirme le diagnostic d'apnées du sommeil, en évalue la gravité (nombre, durée et gravité des apnées et hypopnées) et analyse leur retentissement sur le sommeil.

Dans tous les cas, ces actes doivent être réalisés par des médecins formés à la prise en charge des troubles du sommeil.

Le choix du traitement du patient se définit en fonction des symptômes et de la sévérité du syndrome, mesuré par l'Indice d'Apnées-Hypopnées (IAH), c'est-à-dire, le nombre d'apnées/hypopnées par heure de sommeil.

- Entre 5 et 15, l'apnée du sommeil est légère ;
- Entre 16 et 30, l'apnée du sommeil est modérée ;
- Si l'indice d'apnées/hypopnées (IAH) est supérieur à 30, l'apnée du sommeil est sévère.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de traiter les patients dont le SAHOS est modéré ou sévère, c'est-à-dire avec un IAH qui dépasse 15 et qui présente au moins trois des symptômes suivants : somnolence diurne, ronflements sévères et quotidiens, sensation d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil, fatigue diurne, nycturie, céphalées matinales. Le choix du dispositif médical (Pression Positive Continue =PPC ou Orthèse d'Avancée Mandibulaire =OAM) dépend de la sévérité des symptômes.

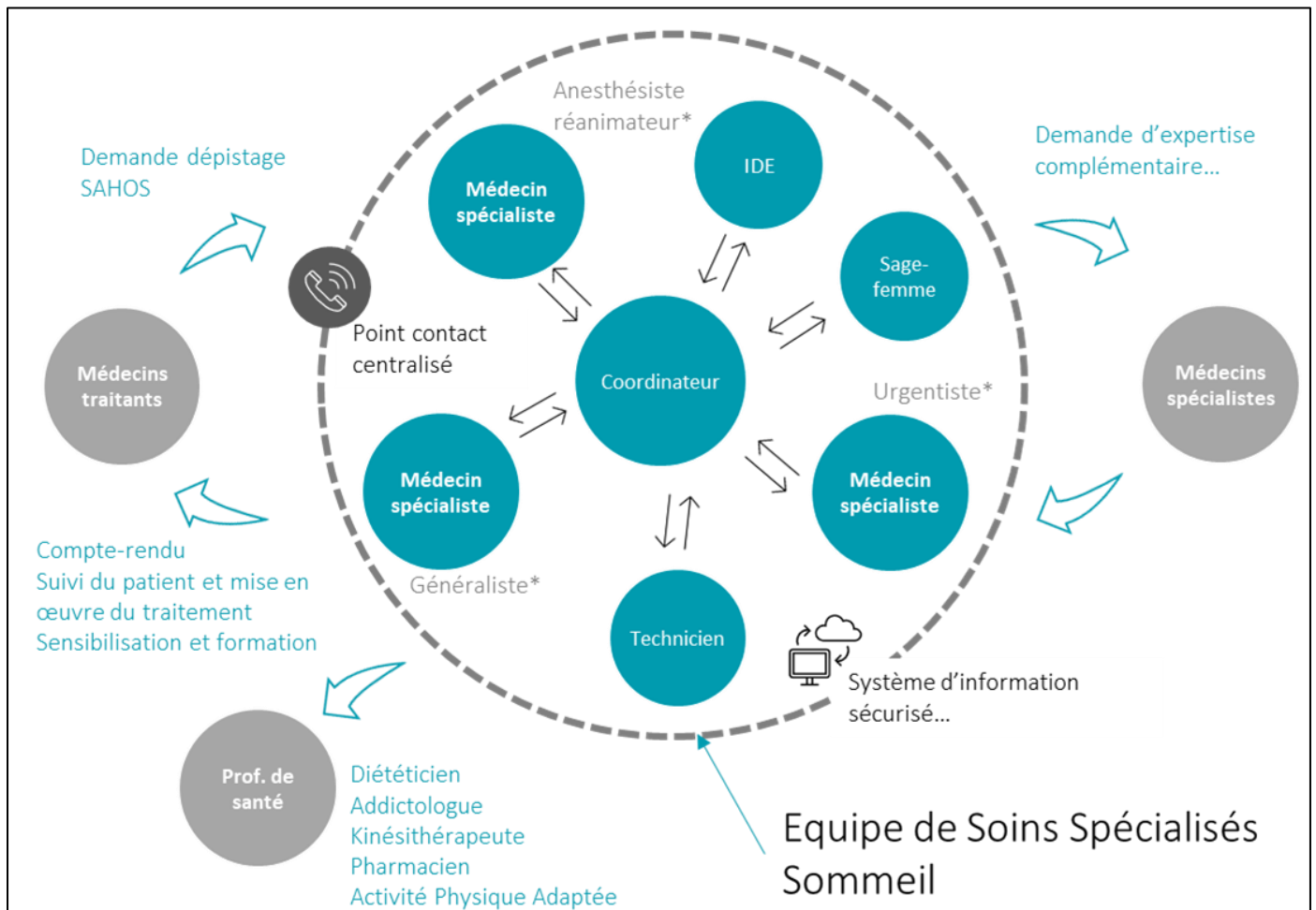
La prescription initiale ne peut être faite que par un pneumologue ou un médecin ayant suivi une formation spécifique dans la prise en charge des troubles du sommeil. S'il n'est pas fait par un spécialiste, le renouvellement peut être fait par un médecin généraliste, mais uniquement pour les patients observants à leur traitement par PPC - Ventilation en pression positive continue - et sans effets indésirables liés à la PPC. Le prescripteur initial doit être tenu informé du suivi ultérieur du patient.

La prescription initiale et la mise en place du traitement (notamment les trois premiers mois) seront déterminantes dans l'observance ultérieure du patient à son traitement.

Le matériel est fourni au patient par un Prestataire de Services et Distributeur de Matériels (PSDM). Celui-ci doit installer le matériel au domicile du patient, s'assurer de son adaptation et intervenir en cas de difficulté technique (masque gênant, sécheresse des voies aériennes supérieures...) pouvant compromettre l'observance, donc l'efficacité du traitement. En effet, cette efficacité disparaît dès que le patient cesse d'utiliser son appareil de PPC.

Le prescripteur et le PSDM doivent mettre en œuvre les actions nécessaires pour encourager l'observance. Il s'agit notamment d'une information complète du patient, à la fois orale et écrite (remise de documents, modes d'emploi...), assurée par le prescripteur (information médicale) et par le PSDM (information technique)

Schéma organisationnel de l'Equipe de Soins Spécialisés



FST = Formation Spécialisée Transversale / DIU = Diplôme Inter-Universitaire

Améliorations apportées dans la prise en charge

L'organisation en équipe de soins spécialisés vise à :

- Assurer une prise en charge coordonnée avec les acteurs du territoire notamment les ESP
- Structurer un parcours de santé thématique autour des pathologies du sommeil
- Assurer une prise en charge plus rapide (diagnostique et thérapeutique) et meilleure orientation du patient
- Développer des actions d'échanges et de formation entre médecins spécialistes et entre professionnels de santé
- Développer le dépistage et la prévention du SAOS
- Promouvoir et accompagner les prises en charge en télémédecine
- Accompagner une démarche d'éducation thérapeutique du patient (nutrition, coaching physique et coaching du sommeil)

Description du parcours & de la prise en charge

