



Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Evaluation of the management of sleep apnea syndrome among physicians in the city of Libreville, Gabon

Evaluation de la prise en charge du syndrome d'apnée du sommeil auprès des médecins de la ville de Libreville, Gabon

Linda Danielle IBINGA^{1,4}, Jessica BOUANGA MAKAYA², Nicole BIVIGOU IDYATHA², Séphora TSIUKAKA², Chelma Lucrèce Osth NGUIA NKILIKISSA^{2,5}, Price Léhonore ANDJUMA MINDZE¹, Patience DINE LEYEME³, Jéconias Verlain MOUITY MAVOUNGOU II², Ulrich Davy KOMBILA^{2,5}

¹Service de Médecine Interne, HIA d'Akanda, Libreville, Gabon

²Service de Pneumologie, Institut des Maladies Infectieuses, PDG, Libreville, Gabon

³Service des Urgences, CHU de Libreville, Libreville, Gabon

⁴Faculté de Médecine, Université des Sciences et Technique de la Santé, Libreville, Gabon

⁵Faculté de Médecine, USS de Libreville, Gabon

ABSTRACT

Introduction: Despite its high frequency and inherent complications, SAS remains a poorly understood disease, often underdiagnosed and poorly managed. The aim of this study was to assess the knowledge, attitudes, and practices regarding SAS management among physicians in Libreville.

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study conducted from October 1 to December 31, 2024, using an anonymous self-administered questionnaire among 401 general practitioners and specialists practicing in various university hospitals and health canters in Libreville. The method was door-to-door. Data collected included clinical manifestations, risk factors, complications, diagnostic examination, and treatment.

Results: The participation rate was 94.4%. The sample consisted of 285 general practitioners (70.2%) and 121 specialist physicians (29.8%). The mean knowledge score was 18.9 ± 7.108 points for physicians trained in Africa versus 18.95 ± 6.021 points for physicians trained outside Africa, $p = 0.912$. The overall level of knowledge about SAS was good in 10.6% ($n = 43$). One hundred and one practitioners (24.8%) reported having screened at least 10 patients in the year preceding the survey. When SAS was suspected, the practitioner referred patients to a pulmonologist ($n = 118$; 29.1%), an ENT specialist ($n = 51$; 12.6%), and a cardiologist ($n = 10$; 2.4%).

Conclusion: SAS management by physician's remains poorly managed in Libreville. The development of continuing medical education is essential to improve practices.

KEYWORDS: Knowledge; Attitudes; Practices; SAS; Physician; Libreville.

RÉSUMÉ

Introduction: En dépit de sa fréquence élevée et des complications inhérentes, le SAS demeure une maladie méconnue, souvent sous-diagnostiquée et mal pris en charge. Le but de ce travail d'était d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques sur la prise en charge du SAS auprès des médecins à Libreville.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude transversale description du 1^{er} octobre au 31 décembre 2024 basée sur un auto-questionnaire anonyme auprès de 401 médecins généralistes et spécialistes exerçant dans les différents CHU et centres de santé de la ville de Libreville. La méthode était le porte à porte. Les données recueillies concernaient les manifestations cliniques, les facteurs de risque, les complications, l'examen diagnostique et le traitement.

Résultats: Le taux de participation a été de 94,4%. L'échantillon était constitué de 285 médecins généralistes (70,2%) et 121 médecins spécialistes (29,8%). Le score moyen de connaissance était de $18,9 \pm 7,108$ points pour les médecins formés en Afrique versus $18,95 \pm 6,021$ points pour les médecins formés hors de l'Afrique, $p=0,912$. Le niveau général de connaissance sur le SAS était bon dans 10,6% ($n=43$). Cent un praticiens (24,8%) avaient affirmé avoir dépisté moins 10 patients l'année précédant l'enquête. Devant la suspicion d'un SAS, le praticien orientait les patients vers un pneumologue ($n=118$; 29,1%), un ORL ($n=51$; 12,6%) et un cardiologue ($n=10$; 2,4%).

Conclusion: La prise en charge du SAS par les médecins reste mal assurée à Libreville. Le développement des formations médicales continue s'avère essentiel pour espérer améliorer les pratiques.

MOTS CLÉS: Connaissances; Attitudes; Pratiques; SAS; Médecin; Libreville.

Corresponding author: Linda Danielle IBINGA, Service de Médecine Interne, HIA d'Akanda, Libreville, Gabon.
Email: ulrichdavyk@gmail.com

INTRODUCTION

Le ronflement, considéré longtemps comme une banale nuisance « familiale ou sociale », voire en Asie comme la preuve d'un « bon sommeil », est reconnu aujourd'hui comme l'un des symptômes cardinaux du syndrome d'apnées du sommeil (SAS) avec les arrêts respiratoires pendant le sommeil, la somnolence diurne excessive et la nycturie [1]. Les premiers écrits datent du 18^e siècle mais c'est réellement au début des années 1970 que l'on commence à s'intéresser au SAS. Depuis, il connaît un intérêt croissant rassemblant différentes spécialités du fait de la diversité des symptômes et des complications [2,3]. Il s'agit d'une maladie chronique qui se caractérise par l'obstruction répétée des voies aériennes supérieures pendant le sommeil conduisant à une fragmentation du sommeil, une augmentation de l'activité sympathique du système nerveux autonome et à une hypoxie intermittente [3]. Dans la population générale adulte, la prévalence du SAS associée à une somnolence excessive est d'environ 3 à 7 % chez les hommes et de 2 à 5 % chez les femmes [3, 4]. Malgré la prévalence élevée du SAS, il s'agit d'une pathologie sous diagnostiquée aussi bien en Occident, aux USA et en Afrique sub-saharienne [2, 5]. Ce sous diagnostique est lié à la méconnaissance de la population générale de cette pathologie et banalisée par les soignants [5, 6]. Les symptômes peu spécifiques rendent le diagnostic complexe avec comme conséquence un retard dans la mise en place d'un traitement et la survenue des complications. En conséquence, le SAS constitue un enjeu de santé publique et économique en raison de ces complications diverses et variées notamment l'hypertension artérielle, le diabète, les complications métaboliques, cardiorespiratoires, les troubles cognitifs qui conduisent de façon imprévue à la consultation [7]. L'ampleur de ce problème est mieux connue dans les pays industrialisés, cependant sous-estimée en Afrique subsaharienne, faute d'outils adéquats de diagnostic et d'informations suffisantes parmi les professionnels de santé [8]. Au Gabon, à la lumière des connaissances actuelles, aucune étude n'a été réalisée sur les connaissances de cette affection par les médecins. Il nous a donc paru opportun de faire un audit de l'état des connaissances, des attitudes et des pratiques des praticiens de Libreville en matière de SAS. Cette étude a pour but d'évaluer la prise en charge du syndrome d'apnées du sommeil par les médecins au Gabon.

POPULATION ET METHODE

Cadre de l'étude

Réalisée à Libreville, cette étude a concerné les centres hospitaliers universitaires (CHU de Libreville, d'Owendo), l'hôpital d'instruction des armées d'Akan-da, les centres de santé, les dispensaires, les cabinets et cliniques privées de la ville de Libreville, capital administrative et politique du pays.

Type d'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive par auto-questionnaire réalisée sur une période de 3 mois du 1^{er} octobre au 31 décembre 2024. L'auto-questionnaire accompagné de la lettre d'information aux médecins rédigés en français a été testé auprès de 25 médecins exerçant dans la ville de Libreville. Le questionnaire a été rempli sans recours à une source d'information.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée sur la base des connaissances moyennes estimées sur le SAS des médecins en 2018 au Congo Brazzaville qui était 46% [9]. A partir des données de recensements des médecins inscrits à l'ordre des médecins, nous avons déterminé une taille minimum d'échantillon en appliquant la formule de prévalence qui est

$$n = \frac{Z^2 \times P \times X(1-P)}{e^2}$$

Avec Z_2 = Coefficient de confiance (1,96 pour un niveau de confiance de 95%)

n = Taille de l'échantillon

P= prévalence attendue = 46%

1 - p = 98%

e = précision souhaité (fixée dans notre étude à 5%)

Ainsi, la taille minimum de l'échantillon était de 401 médecins. Cet échantillon a été reparti de façon proportionnelle par commune, puis par structure hospitalière et par centre de santé. Pour la sélection des médecins, nous avons procédé à un échantillonnage représentatif de la population des médecins de la ville de Libreville par commune, par centre hospitalier et par dispensaire à partir des informations sur le recensement général des médecins disponible sur le site de l'ordre national des médecins. En pratique les différents CHU et centres de santé ont été investis dans l'optique que les résultats issus de notre enquête soient représentatifs.

Déroulement de l'enquête

L'enquête a été réalisée par la méthode du porte-à-porte par un seul investigateur (étudiant en médecine qui était en instance de soutenance) préalablement formé au recueil des données. Les informations ont été recueillies à partir d'un questionnaire anonyme auto-administré sous la supervision de l'investigateur. Ce questionnaire pouvait être répondu en une quinzaine de minutes. Il comportait des questions ouvertes, fermées et à choix multiples. Après les présentations d'usage, le motif de l'enquête était présenté et le caractère anonyme des réponses était spécifié. Les questions ont été proposées dans un ordre chronologique précis. Outre les données sociales, le questionnaire comportait 3 items relatifs aux sources de connaissances sur le SAS ; 11 en rapport avec les connaissances théoriques sur le SAS ; 5 relatifs à l'expérience professionnelle sur le SAS. Les deux autres

items concernaient la participation aux formations sur le SAS et les suggestions sur le mode d'enseignement de ces formations. A propos des questions portant sur les connaissances, lorsqu'une seule proposition était attendue, la réponse était notée un point lorsqu'elle était juste, 0 lorsque le sujet répondait « *je ne sais pas* » ou s'abstenait de répondre, ou lorsque la réponse était fausse. Lorsque plus d'une proposition était attendue, la réponse valait deux points lorsque toutes les propositions cochées étaient justes, 1 lorsqu'une ou deux des propositions cochées étaient fausses, 0 lorsque le sujet répondait « *je ne sais pas* » ou s'abstenait de répondre ou lorsque toutes les propositions retenues par l'enquête étaient fausses. En fonction des réponses, le score était compris entre 0 et 28 points. Nous avons défini, de façon arbitraire, trois niveaux de connaissance : faible, lorsque le total des points obtenus était compris [0–9] points ; moyen, lorsque le score était compris entre [10–18] points, et bon, lorsque le sujet avait totalisé [19–28] points.

Analyse des données

L'analyse statistique a été descriptive grâce au logiciel SPSS version 25. L'analyse descriptive des variables qualitatives a été décrite en fonction des effectifs et des pourcentages et pour les variables quantitatives en fonction des effectifs et des moyennes lorsque les variables étaient normalement distribuées ou en fonction de la médiane. Pour les tests analytiques nous avons utilisé le test du Chi² ou le test Exact de Fisher selon les effectifs de sous-groupes. Le seuil de signification α a été fixé à 5%.

Considérations éthiques

Notre étude a été menée conformément aux principes de la Déclaration d'Helsinki. Elle n'a pas utilisé les données à caractères personnels telles que le nom et le prénom. L'intérêt de notre étude avait été expliqué aux médecins chez lesquels nous avons eu un consentement oral sur la possibilité d'une utilisation ultérieure à caractère scientifique des données non personnalisées. Tous les enquêtés avaient préalablement consenti librement et de manière éclairée oralement avant l'interview.

RESULTATS

Au terme de cette enquête 430 auto-questionnaires distribués, 406 enquêtés ont répondu au questionnaire. Vingt ont refusé de remplir le questionnaire après avoir pris clairement connaissance de nos objectifs. Quatre n'avait pas complété le questionnaire. Au total, le taux de participation a été de 94,4%. Les résultats sont exprimés en pourcentage du nombre des médecins ayant répondu ou non à la question.

Caractéristiques de la population étudiée

L'effectif global comportait 197 hommes (48,5%) et 209 femmes (51,5%), soit une sex-ratio de 0,94. L'âge moyen de la population enquêtée était de 35,1±7,8 ans avec des extrêmes de 25 et 65 ans. La population étu-

diée était constituée de 285 (70,2%) médecins généralistes et 121 (29,8%) médecins spécialistes. Ces médecins étaient issus majoritairement de la faculté de médecine de Libreville (n=307 ; 75,6%), des facultés de médecines de l'Afrique de l'Ouest (n=57 ; 14,0%). Les facultés d'Afrique centrale représentaient 3,4% (n=14) (**Tableau I**). Seuls 110 (27,1%) médecins avaient une durée d'ancienneté de l'exercice médicale supérieure à 10 ans et 296 (72,9%) médecins qui avaient une ancienneté inférieure à 10 ans.

Connaissances générales des médecins

Les réponses concernant les sources d'information et d'acquisition des connaissances sur le SAS ont apporté les résultats suivants ; 55,4% (n=225) des praticiens avaient eu une formation pendant leurs cursus universitaires, 31,1% (n=128) au cours d'enseignements post universitaires, 2,5% (n=10) en parcourant la presse médicale, 9,1% (n=37) au travers de leur pratique médicale. Le nombre de source d'information était supérieur à une source chez 43,3% (n=176). Concernant les formations spécialisées sur le SAS ; 19,2% (n=78) des praticiens avaient reçu une formation spécialisée sur le SAS.

Connaissances théoriques sur le SAS

La définition de l'apnée du sommeil, définit par une durée minimale d'arrêt respiratoire de 10 secondes chez l'adulte endormi a été rapporté par 36,5% (n=148) des praticiens. Tous les praticiens ont trouvé au moins un facteur favorisant le SAS. L'obésité était citée par 97,8% (n=397) des praticiens, venait ensuite les facteurs anatomiques (n=111 ; 27,3%) et le reflux gastroœsophagien (n=154 ; 37,9%). Le mode de vie a été cité comme facteur favorisant le SAS. C'était l'alcool (n=183 ; 45,1%), le tabac (n=167 ; 41,1%) et la prise de somnifères (n=181 ; 44,6%). Par contre certains praticiens ont cités l'allergie et la fatigue comme facteur favorisant du SAS dans respectivement 24,4% (n=100) et 36,9% (n=150). Tous les praticiens avaient cité au moins un signe en faveur du SAS. L'insomnie a été cité par 33,5% (n=136) des praticiens comme signe en faveur du diagnostic. Les signes cliniques évocateurs de SAS fréquemment cité par les médecins sont représentés dans le (**Tableau II**). Parmi les signes qui n'ont pas été cité on notait : les troubles neuropsychiques, et la nycturie. L'agitation nocturne et le sommeil non réparateur ont été cité dans un peu plus du tiers des cas. Les complications du SAS rapportées par les praticiens sont exposées dans le (**Tableau III**). Pour 67,2% (n=273) des praticiens, le SAS représentait une cause des maladies cardiovasculaires. Parmi lesquels l'hypertension artérielle, les troubles du rythme, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance coronarienne et l'accident vasculaire cérébral ont été cités respectivement par 49,8% (n=202), 49,8% (n=202), 35,7% (n=145), 32,3% (n=131) et 41,9% (n=170) des praticiens. Concernant les examens complémentaires permettant de confirmer le diagnostic du SAS, 33,5% (n=136) des

praticiens interrogés connaissaient la polysomnographie. Pour évaluer la somnolence diurne excessive, seuls 14 praticiens (3,4%) avaient cités l'échelle d'Epworth et un praticien (0,2%) l'échelle de somnolence de Karolinska, également appelée échelle de Karolinska. Lorsque l'on interroge les praticiens sur les différents traitements pouvant être proposés en cas de SAS, la chambre à pression positive continue était citée par 57,1% (n=232) des praticiens. Les autres traitements cités étaient : l'amygdalectomie (n=237 ; 58,4%), l'uvulopalatopharyngoplastie (n=103 ; 25,4%) et l'orthèse d'avancé mandibulaire (n=100 ; 24,6%). Le score moyen de connaissance était de $18,91 \pm 7,053$ points. Le score moyen de connaissance était de $18,9 \pm 7,108$ points pour les médecins formés en Afrique versus $18,95 \pm 6,021$ points pour ceux formés hors de l'Afrique ($p=0,912$). A l'issue de l'enquête, le niveau général de connaissances des praticiens sur le SAS était insuffisant chez 37,7% (n=153) des praticiens, moyen chez 51,7% (n=201) des praticiens et bon chez 10,6% (n=43) des praticiens.

TABLEAU I	Fréquence selon la faculté d'origine	
	Effectif	Fréquence
FM* de Libreville	307	75,6
Faculté d'Afrique Centrale	14	3,4
Faculté d'Afrique de l'Ouest	57	14,0
Faculté d'Afrique du Nord	8	2,0
Autres**	20	4,9

*FM : Faculté de Médecine ; **Autres : Madagascar, Cuba, Chine, Russie, Kiev, Belgique, France

TABLEAU II	Fréquence de réponse sur les principales manifestations cliniques du SAS	
	Effectif	Fréquence
Ronflement	386	95,1
Insomnie	136	33,5
Fatigue diurne	254	62,6
Sensation d'étouffement nocturne	306	75,4
Somnolence diurne	226	55,7
Agitation nocturne	157	38,7
Apnée nocturne	350	86,2
Sommeil non réparateur	158	38,9
Troubles de la concentration	212	52,2
Céphalées	179	44,1

Attitude des médecins face au SAS

La majorité des praticiens interrogés (n=293 ; 72,2%) n'avait dépisté aucun patient au cours de la dernière année, 12 praticiens (3,0%) avaient dépisté au moins 10 patients au cours de la dernière année et 101 praticiens (24,8%) moins de 10 patients. Devant une suspicion de

TABLEAU III	Fréquence de réponse des principales complications du SAS	
	Effectif	Fréquence
Maladies cardiovasculaires	273	67,2
Somnolence diurne excessive	316	77,8
Baisse de la qualité de vie	316	77,8
Troubles cognitifs	195	48,0
Baisse de la libido	155	38,2

SAS 36,7% (n=149) des praticiens avaient orienté les malades vers un spécialiste. Ils ont adressé avant tout à un pneumologue (n=118 ; 29,1%), un ORL (n=51 ; 12,6%) et un cardiologue (n=10 ; 2,4%). La prise en charge proposée par les praticiens était : la perte de poids (n=39 ; 9,6%), les corticoïdes (n=10 ; 2,5%) et la chambre à pression positive continue (n=10 ; 2,5%). Enfin, lorsqu'on demandait aux praticiens s'ils étaient favorables à la mise en place d'un programme de formation continue concernant le SAS, 91,4% d'entre eux ont répondu par l'affirmative, les modes de formation choisie étaient les enseignements post universitaires (n=272 ; 66,7%), les séminaires (n=243 ; 59,9%), et les brochures (n=150 ; 36,9%).

DISCUSSION

Cette enquête n'a intéressé que le grand Libreville en raison des contraintes logistiques et financières, cette étude ayant été réalisée sans aucune subvention. Le questionnaire n'a pas tenu compte de l'attitude thérapeutique en fonction de la sévérité du SAS. De plus, il n'a évalué que les intentions de traitement et l'on ne peut avoir la certitude absolue qu'il s'agisse du reflet exact de ce que font les médecins dans la pratique. Le questionnaire a comporté à la fois des items sur les manifestations cliniques et les complications. Cela pourrait créer des confusions dans l'esprit de l'enquêté. L'âge, le sexe, et l'année de thèse des médecins n'ont pas été pris en compte dans notre enquête. Les résultats de notre enquête reposent sur la validité des données recueillies par auto-questionnaire classiquement utilisé dans ce type d'étude, la taille de l'échantillon qui a été atteinte et le taux de participation à 94,4%. Le principal résultat de cette étude réside dans la mise en évidence d'une importante sous-estimation du SAS par les praticiens, tant sur le plan du diagnostic positif que des complications inhérentes à cette pathologie ou du traitement, en particulier par l'intermédiaire de chambre à pression positive au masque nasal. La source d'information des médecins sur le SAS était le cursus universitaire sans distinction d'universités.

Ceci a également été rapporté par Bemba et al., [9] au Congo Brazzaville, et Koné et al., [10] en Côte d'Ivoire qui retrouvent respectivement comme principale source d'information, le cursus universitaire dans 58% et 59,6%. Contrairement à Adambounou et al., [6], qui ont rapporté comme principale source d'information l'enseignement reçu au cours du cursus universitaire dans 89,05% au Togo. Kimbambi Ntima-Nsiemi et al., [11] retrouvent 85,3% des médecins qui avaient acquis les connaissances sur le SAS au cours du cursus universitaire. Ailleurs cette prédominance d'acquisition des connaissances sur le SAS au cours du cursus universitaire n'est pas la règle : Billiard et al., à Vienne et Kronek et al., en Charente-Maritime [12, 13] qui retrouvent respectivement 67,5% des médecins qui avaient acquis les connaissances en parcourant la littérature médicale et 48% qui avaient acquis les connaissances sur le SAS au cours de la formation médicale continue. L'apnée est un arrêt respiratoire d'au moins 10 secondes chez un adulte endormi. Cette définition est primordiale pour une détection et un diagnostic précoce de la maladie. La nécessité primordiale de réduire les complications liées à cette maladie justifie chez les patients à risque de développer la maladie, la réalisation d'une polysomnographie ou d'une polygraphie ventilatoire nocturne en ambulatoire. Cette définition a été rapporté par 36,5% des praticiens. Bemba et al., au Congo Brazzaville rapporte 24,0% [9] et Koné et al., en Côte d'Ivoire rapporte 27,9% [10]. Ces deux équipes comme la nôtre ont utilisé un protocole similaire. Ce taux faible de bonne réponse pourrait être lié à la méconnaissance de la maladie, conséquence du sous diagnostic [5]. Parmi les facteurs de risque du SAS, les praticiens avaient choisi l'obésité dans 97,3%, suivi du mode de vie (l'alcool dans 45,1% et du tabac dans 41,1%). L'obésité constitue un facteur de risque majeur pour le développement et l'aggravation du SAS. Son influence sur la collapsibilité des voies aériennes supérieures s'exerce localement par l'excès de tissus mous autour des parois pharyngées et au niveau abdominal par la réduction des volumes pulmonaires liée à l'adiposité centrale. Il existe une corrélation très forte entre le poids, évalué par l'IMC et les troubles respiratoires du sommeil [14, 15]. Cependant l'absence d'obésité chez un patient suspect n'élimine pas la possibilité d'un SAS. D'autre par la prévalence du ronflement et du SAS est plus importante chez les sujets fumeurs actifs indépendamment des autres facteurs de risque. Le tabac pourrait ainsi jouer un rôle dans l'inflammation des voies aériennes supérieures [16]. L'ingestion d'alcool a des effets incontestables sur la collapsibilité des voies aériennes supérieures. Il semble exister également une augmentation de la prévalence des troubles respiratoires du sommeil chez les consommateurs chroniques d'alcool [16]. Les principaux signes cliniques connus par les praticiens étaient les ronflements

(95,1%), les apnées nocturnes (86,2 %), la sensation d'étouffement nocturne (75,4%) pour les symptômes nocturnes. Au contraire, Balivet et al., [17] avaient retrouvé parmi les praticiens militaires enquêtés comme principaux symptômes nocturnes : ronflement (73,0%), les apnées (60,0%) et réveils nocturnes (17,0%). Bemba et al. [9], avaient retrouvé parmi les enquêtés comme symptômes nocturnes : le ronflement (84,5%), le sommeil agité (53,5%) et les apnées (50,48%). Adambounou et al., [6] avaient retrouvé comme symptômes nocturnes : le ronflement (89,52%), le sommeil agité (76%) et les apnées (50,48%). Le diagnostic est soupçonné sur un ensemble de signes cliniques nocturnes et diurnes, souvent sous-estimés, voire inconnus du malade [18]. Les signes nocturnes sont représentés par le ronflement, gênant pour l'entourage et qui souvent motive la consultation. Il s'agit d'un signe très fréquent, mais non pathognomonique puisque retrouvé chez plus de 50 % des hommes et 24 % des femmes en population générale [18]. Plus rarement, le malade est réveillé par des sensations d'étouffement qui doivent faire rechercher également d'autres diagnostics (asthme, épisode de panique...). Les principales complications du SAS connues par les médecins étaient la somnolence diurne (77,8%) et la baisse de la qualité de vie (77,8%) suivi des maladies cardiovasculaires (67,2%) des troubles cognitifs (48,0%). La connaissance de ces complications par les praticiens ne se traduit pas souvent par les faits dans la pratique quotidienne. Car l'étude révèle que peu des praticiens adressent ces malades pour exploration. Cependant les complications du syndrome d'apnées du sommeil sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité cardiovasculaire importante, associée à une surmortalité significative [19]. D'où l'intérêt de non seulement penser et rechercher la présence d'un SAS chez tout patient présentant des facteurs de risque cardiovasculaire, mais les adresser systématiquement pour une exploration du sommeil. Les troubles de la libido sont peu connus des médecins (38,2%). Cette méconnaissance peut être due au fait qu'il concerne des troubles hormonaux et sexuels et le lien direct expérimental avec le SAS n'est pas clairement établi [20]. Pourtant, il s'agit bien d'une plainte fréquente chez les patients suspects de SAS. La diminution du taux de testostérone et les mécanismes psychologiques produits par la diminution de la libido et la fatigue excessive dans le SAS expliquent la dysfonction érectile [21]. La polysomnographie est l'examen de référence permettant de faire le diagnostic du SAS. Seuls 33,3% des médecins avaient connaissance de cet examen. Le constat semble le même rapporté par d'autres auteurs [6, 9, 11]. L'indisponibilité de la polysomnographie dans les structures hospitalières de Libreville et dans la majorité des pays de l'Afrique sub-sahariennes serait la raison de cette méconnaissance de l'outil diagnostic

du SAS. La somnolence diurne est le principal symptôme diurne du SAS, évaluée grâce à l'échelle d'Epworth. Dans notre enquête, seuls 3,4% des médecins l'avaient évoquée. En effet, l'échelle de somnolence d'Epworth évalue la propension plus ou moins irrésistible à s'endormir si l'on n'est pas stimulé et aide à suspecter la présence d'un SAS chez un patient avec une forte propension [22] ; mais du fait de sa subjectivité à lui seul ne peut pas poser le diagnostic de SAS. Il est nécessaire en cas de forte propension, de réaliser une polysomnographie. Dans les pays subsahariens, la médecine du sommeil se heurte encore à de nombreuses difficultés liées à l'étroitesse du plateau technique (manque de laboratoire de sommeil) et au manque des compétences, expliquant au passage la méconnaissance et le sous diagnostic du SAS. Le diagnostic du SAS fait, la sévérité évaluée, le malade atteint de SAS doit être mis sous chambre à pression positive continue en fonction du niveau de sévérité et éduqué. En effet, l'une des mesures concrètes pour prévenir les complications liées au SAS est la mise en route précoce de la chambre à pression positive continue. En outre l'efficacité du traitement passe aussi par une bonne éducation initiale au traitement qui est un des déterminants essentiels de

l'observance au long cours. C'est en effet, un volet primordial dans la réussite de la prise en charge [18]. Cette éducation a pour but, d'améliorer l'observance thérapeutique et obtenir l'adhésion du malade au traitement, seul gage d'une efficacité thérapeutique. Tous ces inconvénients doivent être pris en compte et traités (éducation, humidification du système, changement de masque...).

CONCLUSION

En dépit de sa fréquence élevée dans la population générale, les connaissances des médecins sur la prise en charge du SAS sont insuffisantes et reste mal assurée par les médecins. Les réponses médicales obtenues convergent vers la formation reçue au cours du cursus médical mais dévoilent aussi l'absence de formation médicale continue. L'élaboration de directives nationales constitue une nécessité. Ces directives pourront ensuite être enseignées à travers les réunions et formations médicales continues qui ont fait cruellement défaut chez les enquêtés. D'autres enquêtes visant les autres acteurs de la chaîne de soins seront utiles pour mieux cerner les faiblesses du système d'enseignement.

CONFLICT OF INTEREST

Non

REFERENCES

1. Duong-Quya S, Dang Thi Mai K, Tran Vanc N, et al. Étude de la prévalence du syndrome d'apnées obstructives du sommeil au Vietnam. *Rev Mal Respir* 2018. Vol 35, p : 14 - 24.
2. Arous F, Boivina J.-M., Chaouat A, Rumeau C, Janowski R., Nguyen D.T. Connaissances concernant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil par la population générale de Lorraine. *Eur Annu Otolaryngol Head Neck Dis* 2017; 134(5): 291 - 297. Doi : 10.1016/j.aforl.2016.09.004.
3. Berger M., Bayon V, Hirotsu C et al. Place de l'activité physique dans la prise en charge du syndrome d'apnées obstructives du sommeil : état des lieux et recommandations. *Med Som* 2020 ; 17(2) : 87 - 99
4. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep- disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*. 1993; 328(17) : 1230-1235.
5. Ba F, Thiam A, Ba EHM, Sar FB. Prévalence du risque du syndrome d'apnées obstructives du sommeil à Saint Louis. *Med Som* 2020 ; 17 : 130-136
6. Adamounou A.S., Adjoh KS, Ouédraogo AR et al. Current state of knowledge and attitudes of physicians in Lome on sleep apnea syndrome. *J Func Vent Pulm* 2016 ; 7(21) : 7 - 14.
7. Choudhury A, Routray D, Swain S, Das AK. Prevalence and risk factors of people at-risk of obstructive sleep apnea in a rural community of Odisha, India: a community based cross-sectional study. *Sleep Med* 2019 ; 58 : 42 - 47.
8. Kashongwe I.M., Kayembe JM N, Munogolo Z et al., Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) en Afrique subsaharienne : revue de la littérature, état de lieux et perspectives. *Annu Afr Med* 2019 ; 12(2): e3257-3261.
9. Bemba ELP, Ouédraogo AR, Ngouoni GC, et al. État des lieux des connaissances et attitudes des médecins de Brazzaville sur le syndrome d'apnée obstructive du sommeil. *Rev Pneumol Clin* 2018 ; 74(1) : 1 - 8. Doi : 10.1016/j.pneumo.2017.12.003
10. Kone Z, Samaké K, Guindo I et al. Connaissances et attitudes pratiques des médecins du CHU Treichville sur le syndrome d'apnée du sommeil à Abidjan. *Rev Mal Respir* 2019 ; 36 : A158. Doi : 10.1016/j.rmr.2018.10.338
11. Kimbembé A, Mbula CN, N Kayembe JM. Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil : états des lieux des connaissances et de la pratique des médecins généraliste dans la ville de Kinshasa. *Ann Afr Med* 2022 ; 15(2) : e4577-4588.
12. Billiard L, 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 : Une enquête descriptive auprès de 579 praticiens. *Rev Mal Respir* 2002 ; 19(6) : 741 - 746.
13. Kronek L. Evaluation des connaissances en 2012 sur le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et de sa prise en charge auprès de 679 médecins généralistes du Nord Pas-de-Calais [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Lille 2 : Université du Droit et de la Santé ; 2013.

14. Dauvilliers Y, Challamel MJ, Touchon J. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte *Rev Prat* 2003 ; 53 : 1937 - 41.
15. Salzano G, MAglitto F, Bisogno A. et al. Obstructive sleep apnea / hypopnea syndrome : relationship with obesity and management in obese patients. *Acta ORL Italica* 2021 ; 41 :120-130.
16. Trzepizur W, F. Gagnadoux. Épidémiologie du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil. *Rev Mal Respir* 2014 ; 31 : 568 - 577.
17. Ballivet de Régloix S, Pons Y, Chabolle F, Clément P, Maurin O. et Conessa C. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil. *Rev Prat* 2010 ; 60 : 669-682.
18. Vecchieirini MF. Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil : évolution d'un concept ancien. *Neurochir* 2006 ; 52(5) : 432 - 442.
19. Meurice JC. Syndrome d'apnées du sommeil ; quand évoquer le diagnostic ? *Rev Prat Med Gén* 2004; 46/647 : 411 - 414.
20. Schmidt MH. Apnée obstructive du sommeil et dysfonction érectile. *Med Som* 2011 ; 8 : 69 - 77.
21. Kellesarian SV, Malignaggi VR, Feng C et Javed F. Association between obstructive sleep apnea and erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Y Sex Med J*. 2018; 30 : 129 - 140.
22. Murray W Jonhs. A New Method for Measuring Day-time Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991 ; 14(6) : 540 - 545.