

Polysomnographie de niveau 2 pour le diagnostic de troubles du sommeil

Recommandation

MOIS 2024

Recommandation préliminaire

Santé Ontario, en fonction des directives du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, recommande le financement public de la polysomnographie de niveau 2 pour le diagnostic de troubles du sommeil.

Raison de la recommandation

Le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé a formulé la recommandation ci-dessus après avoir examiné les données cliniques et économiques, et sur les préférences et les valeurs des patients, telles qu'elles figurent dans l'évaluation des technologies de la santé¹.

Le comité a conclu que les données cliniques démontrent que la polysomnographie de niveau 2 (pour les études du sommeil à domicile sans surveillance) était aussi précise que la polysomnographie de niveau 1 (pour les études du sommeil en clinique avec surveillance) – qui est actuellement la norme de soins – et qu'elle peut être utilisée comme une option qui améliorerait l'accès aux tests diagnostiques pour les personnes chez qui on soupçonne des troubles du sommeil et pour qui il peut être difficile de passer des études du sommeil en clinique.

Selon l'évaluation économique primaire, la nouvelle voie de diagnostic avec la polysomnographie de niveau 2 peut être considérée comme présentant un bon rapport coût-efficacité puisqu'elle peut mener à des économies chez les adultes et à une légère augmentation des coûts chez les enfants; quoique ces résultats sont incertains, le coût total dépendant de la manière dont la polysomnographie de niveau 2 est mise en œuvre. Le comité a également évoqué la possibilité d'une augmentation des coûts pour la province si la nouvelle voie de diagnostic avec la polysomnographie de niveau 2 se traduit par un plus grand nombre d'études du sommeil (c'est-à-dire une augmentation du volume total de patients). Toutefois, les membres du comité ont reconnu que le budget pourrait être soumis à des contraintes liées aux ressources humaines en santé nécessaires pour soutenir la polysomnographie de niveau 2 dans un avenir proche (c.-à-d. des limitations de capacité).

Le comité a également pris en compte les expériences vécues par les personnes ayant passé des études du sommeil et a reconnu qu'il était nécessaire de financer publiquement les études du sommeil à domicile afin d'améliorer l'équité dans l'accès aux tests d'études du sommeil en Ontario.

Déterminants décisionnels pour la polysomnographie de niveau 2 pour le diagnostic de troubles du sommeil

Avantage clinique global

Efficacité

Dans quelle mesure la technologie de la santé / l'intervention sera-t-elle efficace (en tenant compte des variabilités éventuelles)?

La polysomnographie de niveau 2 peut présenter de bonnes performances pour les adultes et les enfants, avec une précision diagnostique adéquate, par rapport à la polysomnographie de niveau 1.

Étant donné que la polysomnographie de niveau 2 se veut une alternative au test du sommeil actuellement disponible (à savoir la polysomnographie de niveau 1), il est prévu qu'elle soit utilisée auprès d'une large population. Bien que des données probantes n'aient été relevées que pour quelques diagnostics, il pourrait être judicieux de considérer les résultats comme représentatifs de l'exactitude globale des diagnostics.

- Pour le diagnostic de l'apnée du sommeil chez l'adulte, sur la base de 8 études (N = 422), la sensibilité variait de 0,760 à 1,00 (NIVEAU : faible) et la spécificité variait de 0,400 à 1,00 (NIVEAU : faible).
- Pour le diagnostic de l'apnée du sommeil chez les enfants, sur la base d'une étude (N = 47), la sensibilité était de 0,933 (NIVEAU : faible) et la spécificité de 0,969 (NIVEAU : modéré).
- Pour le diagnostic de l'apnée du sommeil chez les enfants, sur la base d'une étude (N = 20), la sensibilité était de 1,00 (NIVEAU : faible) et la spécificité de 0,467 (NIVEAU : modéré).
- Pour le diagnostic de mouvements périodiques des jambes chez les adultes, sur la base d'une étude (N = 40), la sensibilité était de 0,889 (NIVEAU : très faible) et la spécificité de 0,967 (NIVEAU : très faible).
- Les taux d'échec rapportés se situent entre 0 % et 20 % (NIVEAU : très faible).
- La préférence a été partagée entre les tests à domicile et les tests en clinique, davantage de personnes préférant les tests à domicile et les patients déclarant une meilleure qualité de sommeil lorsque les tests sont effectués à domicile (NIVEAU non vérifié).

Sécurité

Dans quelle mesure la technologie de la santé / l'intervention est-elle sûre?

Il n'y a pas de préoccupation en matière de sécurité en ce qui concerne l'administration de ce test diagnostique.

Charge de la maladie

Quelle est la taille probable de la charge de maladie associée à cette technologie / intervention en matière de santé?

On estime que la moitié des adultes du Canada ne dorment pas suffisamment. Il existe plus de 80 troubles du sommeil, parmi lesquels l'apnée du sommeil, qui est l'un des troubles les plus couramment diagnostiqués. La prévalence de l'apnée obstructive du sommeil chez les adultes a été estimée à 6,4 % en 2017² et chez les enfants, entre 1 % et 5 %.^{3,4}

Besoin

Quelle est l'importance du besoin pour cette technologie de la santé / intervention?

Il n'y a pas de besoin urgent pour cette technologie de santé dans la mesure où il existe déjà un test financé par les fonds publics (polysomnographie de niveau 1); toutefois, il est nécessaire d'améliorer l'accessibilité, ce que l'utilisation de la polysomnographie de niveau 2 pourrait permettre de faire.

Préférences et vie privée des patients

Préférences et valeurs des patients

Les patients ont-ils des préférences, des valeurs ou des besoins spécifiques associés au problème de santé ou à la technologie de la santé / l'intervention ou ont-ils vécu un événement perturbateur dont il faut tenir compte pour cette évaluation?

Les patients ont souligné que le fait d'être diagnostiqué pour leur trouble du sommeil les a aidés à trouver des moyens de gérer leur état et finalement d'améliorer leur vie. Dans l'ensemble, ils ont jugé favorablement la polysomnographie de niveau 2 et ont souligné que pour les personnes ayant des limitations physiques, une étude du sommeil à domicile pourrait être un défi en raison de la difficulté d'installer l'équipement d'étude du sommeil en l'absence d'aide en personne. Les participants ont également indiqué que le fait de vivre avec un trouble du sommeil avait un impact significatif sur leur vie.

Autonomie, vie privée, confidentialité et (ou) autres principes éthiques pertinents, selon le cas

Y a-t-il des préoccupations par rapport aux normes éthiques ou juridiques acceptées en lien avec l'autonomie, la vie privée, la confidentialité ou d'autres principes éthiques des patients dont il faut tenir compte pour cette évaluation?

Les participants ont indiqué que les études du sommeil à domicile étaient plus confortables, plus pratiques et mieux à même de refléter leur rythme de sommeil normal. Cela correspond aux principes d'indépendance et de renforcement de l'autonomie, car les appareils d'étude du sommeil à domicile peuvent, dans la plupart des cas, être installés par les patients eux-mêmes ou leurs partenaires de soins sans surveillance, à domicile.

Équité et soins aux patients

Égalité d'accès ou résultats

Y a-t-il des populations défavorisées ou des populations dans le besoin pour qui l'accès aux soins ou les résultats en matière de santé pourraient s'améliorer ou s'aggraver dont il faut tenir compte pour cette évaluation?

Actuellement, seule la polysomnographie de niveau 1 est financée par des fonds publics. La polysomnographie de niveau 2, en tant qu'option alternative, peut aider les personnes qui préfèrent les tests à domicile, par exemple les personnes assumant des responsabilités de partenaire de soins, qui ne peuvent pas se déplacer, qui présentent des comorbidités, ou qui ont besoin d'un équipement (par exemple, une dialyse) et qui rend difficile le fait de se rendre à un test de sommeil de nuit.

Il est toutefois reconnu qu'il peut y avoir des obstacles persistants à l'accès à la polysomnographie, et ce, même si une polysomnographie de niveau 2 était proposée. Plus particulièrement, l'accès à Internet peut varier d'une région à l'autre de la province; si un appareil de niveau 2 nécessite un bon accès à Internet pour effectuer le test, son applicabilité peut donc être limitée dans les régions éloignées de la province. Par ailleurs, les personnes aux cheveux rêches et bouclés (y compris, mais sans s'y limiter, les personnes de descendance africaine) peuvent rencontrer des obstacles avec l'électroencéphalographie, qui nécessite qu'un réseau d'électrodes soit placé sur le cuir chevelu pour capter l'activité cérébrale et qui fait partie intégrante des tests de polysomnographie (niveau 1 et niveau 2). Par exemple, si les patients sont obligés d'abandonner leur coiffure préférée (comme les tresses),⁵ ils peuvent choisir de retarder le test ou de ne pas le passer.

Soins aux patients

Y a-t-il des problèmes dans la coordination des soins aux patients ou d'autres aspects des soins aux patients liés au système (p. ex., prestation des soins en temps voulu, milieu de soins) qui pourraient s'améliorer ou s'aggraver dont il faut tenir compte pour cette évaluation?

Même si certaines régions de l'Ontario font état de temps d'attente raisonnables, dans l'ensemble, les temps d'attente en Ontario pour l'accès aux spécialistes du sommeil dans les cliniques pour adultes et enfants sont actuellement estimés à près d'un an, ce qui est plus long que la recommandation de la Société canadienne de thoracologie selon laquelle tous les patients devraient être vus dans les six mois suivant leur aiguillage vers un spécialiste du sommeil.⁶⁻⁸ La polysomnographie de niveau 2 pourrait améliorer l'accès aux tests, ce qui pourrait en retour contribuer à réduire les temps d'attente actuels.

Coût-efficacité

Évaluation économique

Dans quelle mesure la technologie de la santé / l'intervention est-elle efficace?

Pour les adultes chez qui l'on soupçonne des troubles du sommeil, la nouvelle voie de diagnostic avec polysomnographie de niveau 2 a été aussi efficace (résultat : diagnostic confirmé à la fin de la voie) que la voie de diagnostic de la pratique courante avec polysomnographie de niveau 1. Avec l'hypothèse d'un tarif technique moins élevé pour la polysomnographie de niveau 2, la nouvelle voie de diagnostic avec

polysomnographie de niveau 2 était moins coûteuse que la voie de diagnostic de la pratique actuelle avec polysomnographie de niveau 1, mais ce résultat était très incertain (moyenne –27,20 \$; intervalle de crédibilité [ICR] à 95 %, – 137 \$ à 121 \$). Pour les enfants, la nouvelle voie diagnostique avec la polysomnographie de niveau 2 était associée à des coûts supplémentaires (moyenne de 9,70 \$; ICR à 95 %, – 125 \$ à 190 \$) et, de même, cette estimation était très incertaine.

Faisabilité de l'adoption dans le système de santé

Faisabilité économique

Dans quelle mesure la technologie de la santé / l'intervention est-elle réalisable sur le plan économique?

Le coût estimé d'une polysomnographie de niveau 2 (étude du sommeil à domicile sans surveillance) est d'environ 345 \$ (ICR à 95 %, 261 \$ à 461 \$), avec des frais techniques de 247 \$ (ICR à 95 %, 164 \$ à 363 \$). L'impact budgétaire total du financement public de la nouvelle voie de diagnostic avec la polysomnographie de niveau 2 en Ontario est incertain, allant d'économies (-22 millions de \$) à des coûts supplémentaires (43 millions de \$), selon diverses hypothèses. Dans le scénario de référence, avec l'hypothèse d'un coût du test de niveau 2 inférieur à celui du test de niveau 1 et d'un taux d'utilisation élevé (15 % par an), nous avons estimé qu'il y aurait des économies d'environ 5 millions de \$ sur 5 ans pour les adultes chez qui on soupçonne des troubles du sommeil. Le financement public de la nouvelle voie de diagnostic avec la polysomnographie de niveau 2 pour les enfants pourrait être associé à des coûts supplémentaires d'environ 0,005 million de \$ sur 5 ans.

Faisabilité organisationnelle

Dans quelle mesure la technologie de la santé / l'intervention est-elle réalisable sur le plan organisationnel?

La polysomnographie de niveau 2 peut être facilement intégrée dans le parcours clinique bien établi des cliniques du sommeil existantes (à la fois dans les hôpitaux et les établissements de santé indépendants). Une recommandation de financement public de la nouvelle voie de diagnostic avec la polysomnographie de niveau 2 nécessiterait des modifications de l'admissibilité au financement public du traitement de l'apnée obstructive du sommeil par des appareils de ventilation en pression positive (par exemple, la ventilation en pression positive continue [VPPC]); les critères actuels du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels de l'Ontario exigent un diagnostic au moyen d'une polysomnographie de niveau 1.

Références

1. À déterminer
2. Sleep apnea in Canada, 2016 and 2017. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2018.
3. Katz SL, Witmans M, Barrowman N, Hoey L, Su S, Reddy D, et al. Paediatric sleep resources in Canada: the scope of the problem. *Paediatr Child Health*. 2014;19(7):367–72
4. Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA, Gozal D, Halbower AC, Jones J, et al. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics*. 2012;130(3):576–84
5. Lofton T. How one patient’s textured hair nearly kept her from a needed EEG. *KFF Health News* [Internet]. 2023 Jun 13. Available from: <https://kffhealthnews.org/news/article/black-textured-hair-eeg-racial-barriers/>
6. Fleetham J, Ayas N, Bradley D, Fitzpatrick M, Oliver TK, Morrison D, et al. Canadian Thoracic Society 2011 guideline update: diagnosis and treatment of sleep disordered breathing. *Can Respir J*. 2011;18(1):25–47.
7. Rotenberg B, George C, Sullivan K, Wong E. Wait times for sleep apnea care in Ontario: a multidisciplinary assessment. *Can Respir J*. 2010;17(4):170–4.
8. Povitz M, Bray Jenkyn K, Kendzerska T, Allen B, Pendharkar SR, Ouedraogo A, et al. Clinical pathways and wait times for OSA care in Ontario, Canada: a population cohort study. *Can J Respir Crit Care Sleep Med*. 2019;3(2):91–9.

Brouillon – ne pas mentionner. Le rapport est en cours de préparation et pourrait être modifié après consultation.

[À propos de Santé Ontario](#)

[À propos de Comité consultatif ontarien des technologies de la santé](#)

[Comment obtenir des rapports de recommandation](#)

[Clause de non-responsabilité](#)

Santé Ontario
500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3
Tél. sans frais : 1-877-280-8538
Télétype : 1-800-855-0511
Courriel : OH-HQO_HTA@OntarioHealth.ca
hgontario.ca

ISBN à déterminer (PDF)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 20XX

Mention

À déterminer