

Document de principes de la Société canadienne du sommeil et de la Société canadienne de thoracologie sur l'utilisation des systèmes de surveillance portables pour diagnostiquer l'apnée ou l'hypopnée obstructives du sommeil chez les adultes

Membres du comité de la Société canadienne du sommeil : Adam Blackman, président, MD¹, Catherine McGregor DDS², Robert Dales MD³, Helen S Driver Ph. D.⁴, Ilya Dumov RPSGT⁵, Jon Fleming MB⁶, Kristin Fraser MD⁷, Charlie George MD⁸, Atul Khullar MD⁹, Joe Mink RPSGT¹⁰, Murray Moffat MD¹¹, Glendon E Sullivan MD¹²

Membres du comité de la Société canadienne de thoracologie : John A Fleetham, président MD⁶, Najib Ayas MD⁶, T Douglas Bradley MD¹, Michael Fitzpatrick MD⁴, John Kimoff MD¹³, Debra Morrison MD¹⁴, Frank Ryan MB⁶, Robert Skomro MD¹⁰, Frederic Series MD¹⁵, Willis Tsai MD⁷

A Blackman, C McGregor, R Dales et al; Canadian Sleep Society; Canadian Thoracic Society. Canadian Sleep Society/Canadian Thoracic Society position paper on the use of portable monitoring for the diagnosis of obstructive sleep apnea/hypopnea in adults.

The present position paper on the use of portable monitoring (PM) as a diagnostic tool for obstructive sleep apnea/hypopnea (OSAH) in adults was based on consensus and expert opinion regarding best practice standards from stakeholders across Canada. These recommendations were prepared to guide appropriate clinical use of this new technology and to ensure that quality assurance standards are adhered to. Clinical guidelines for the use of PM for the diagnosis and management of OSAH as an alternative to in-laboratory polysomnography published by the American Academy of Sleep Medicine Portable Monitoring Task Force were used to tailor our recommendations to address the following: indications; methodology including physician involvement, physician and technical staff qualifications, and follow-up requirements; technical considerations; quality assurance; and conflict of interest guidelines. When used appropriately under the supervision of a physician with training in sleep medicine, and in conjunction with a comprehensive sleep evaluation, PM may expedite treatment when there is a high clinical suspicion of OSAH.

Key Words: *Guidelines; Home sleep testing; Obstructive sleep apnea; Portable monitoring*

Des études récentes confirment l'utilité des systèmes de surveillance portables (SSP) automatiques comme possibilité diagnostique en cas de présomption d'apnée ou d'hypopnée obstructive du sommeil (AHOS) non complexe (c'est-à-dire sans autre comorbidité liée aux troubles du sommeil ou à des problèmes d'ordre médical) (1-6). Des normes de pratique s'imposent pour orienter l'utilisation clinique pertinente

Document de principes de la Société canadienne du sommeil et de la Société canadienne de thoracologie sur l'utilisation des systèmes de surveillance portables pour diagnostiquer l'apnée ou l'hypopnée obstructives du sommeil chez les adultes

Le présent document de principes sur l'utilisation des systèmes de surveillance portables (SSP) comme outil diagnostique de l'apnée ou de l'hypopnée obstructives du sommeil (AHOS) chez les adultes se fonde sur le consensus et l'avis d'experts au sujet des normes de pratique exemplaires d'intervenants de l'ensemble du Canada. Ces recommandations ont été préparées pour orienter l'utilisation clinique de cette nouvelle technologie et garantir que les normes d'assurance-qualité soient respectées. Les lignes directrices cliniques sur l'utilisation des SSP pour diagnostiquer et prendre en charge l'AHOS en remplacement de la polysomnographie en laboratoire publiées par le groupe de travail sur les systèmes de surveillance portables de l'American Academy of Sleep Medicine ont permis de personnaliser nos recommandations en vue de tenir compte des éléments suivants : les indications, la méthodologie y compris la participation des médecins, les compétences des médecins et du personnel technique et les exigences de suivi, les considérations techniques, l'assurance-qualité et les directives sur les conflits d'intérêts. Lorsqu'il est utilisé convenablement, sous la supervision d'un médecin formé en médecine du sommeil et conjointement avec une évaluation complète du sommeil, un SSP peut accélérer le traitement dans les situations où la présomption clinique d'AHOS est élevée.

de cette nouvelle technologie et pour garantir le respect des normes d'assurance-qualité.

Les recommandations relatives à l'utilisation des SSP automatiques sont préconisées, pour autant que le recours au SSP s'accompagne d'une évaluation complète du sommeil et soit supervisé par un médecin formé en médecine du sommeil. Lorsqu'ils sont bien utilisés, les SSP peuvent accélérer le

¹Université de Toronto, Toronto (Ontario); ²Lyndhurst Dental Centre, Lyndhurst (Ontario); ³Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario); ⁴Université Queen's, Kingston (Ontario); ⁵York Region Sleep Disorders Centre, Richmond Hill (Ontario); ⁶Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique); ⁷Université de Calgary, Calgary (Alberta); ⁸Université de Western Ontario, London (Ontario); ⁹Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta); ¹⁰Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan); ¹¹Oshawa-Durham Sleep Laboratory, Oshawa (Ontario); ¹²Atlantic Health Sciences Centre, Saint John (Nouveau-Brunswick); ¹³Université McGill, Montréal (Québec); ¹⁴Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse); ¹⁵Université Laval, Québec (Québec)

Correspondance (Société canadienne du sommeil [SCS]) : Docteur Helen S Driver, Kingston General Hospital et université Queen's, Richardson House, 102 Stuart Street, Kingston (Ontario) K7L 2V6. Téléphone 613-548-6052, télécopieur 613 549 1459, courriel driverh@kgh.kari.net

Correspondance (Société canadienne de thoracologie [SCT]); comité des troubles respiratoires du sommeil [président]) : Docteur John A Fleetham, The Lung Centre, 7^e étage, Diamond Health Care Centre, 2775 Laurel Street, Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1M9. Téléphone 604-875-5653, télécopieur 604-875-5587, courriel john.fleetham@vch.ca

Demandes de réimpression : La Société canadienne de thoracologie, afs du Bureau national de l'Association pulmonaire, 300-1750 Courtwood Crescent, Ottawa (Ontario) K2C 2B5. Téléphone 613-569-6411, télécopieur 613-569-8860, courriel ctsinfor@lung.ca

traitement en présence d'une forte présomption clinique d'AHOS (1-3).

Les trois principaux milieux justifiant le recours aux SSP au Canada s'établissent comme suit :

1. Régions où les temps d'attente pour obtenir une consultation en médecine du sommeil et une étude de niveau 1 sont acceptables;
2. Régions où la prévalence des spécialistes de laboratoire de niveau 1 et de médecine du sommeil est limitée et où les temps d'attente sont excessifs;
3. Régions surtout rurales, où il n'y a pas de spécialistes de la médecine du sommeil et de tests de niveau 1, et où les praticiens généraux (y compris les infirmières praticiennes avalisées par la signature d'un médecin) sont les dispensateurs de première ligne.

Les principes directeurs pour recourir aux tests du sommeil par SSP s'établissent comme suit :

1. Il faut l'ordonnance d'un médecin pour demander un test par SSP afin d'évaluer une AHOS (voir la rubrique 2.1).
2. L'installation du SSP est assurée par une personne compétente.
3. Tous les tests doivent comporter une analyse des données brutes et un pointage effectué par du personnel bien formé (voir la rubrique 4.2) et doivent être interprétés par un médecin compétent (voir la rubrique 4.1).
4. Le médecin prescripteur ou un substitut, qui comprend les résultats et les limites des tests, agit compte tenu des résultats et des limites des examens.
5. Les recommandations contenues dans le présent document de principes de la Société canadienne du sommeil et de la Société canadienne de thoracologie devraient être mises en œuvre compte tenu des besoins pratiques et des règlements de la collectivité locale. Toutefois, dans l'idéal, toute modification aux recommandations devrait être apportée en consultation avec des spécialistes locaux ou régionaux de la médecine du sommeil.

TABLEAU 1 **Sommaire des évaluations effectuées pendant les tests nocturnes**

Niveau 1 :	Polysomnographie en laboratoire en présence d'un technologue
Niveau 2 :	Polysomnographie complète (sans technologue)
Niveau 3 :	Appareil de surveillance portable muni d'au moins trois voies, y compris la saturométrie et la fréquence cardiaque
Niveau 4 :	Surveillance portable au moyen d'une ou de deux voies, y compris la saturométrie

1.0 INDICATIONS

La polysomnographie de laboratoire complète (de niveau 1) demeure la norme pour évaluer les troubles respiratoires du sommeil et constitue le test de première intention lorsqu'il est facilement accessible. Un résumé des niveaux d'évaluation utilisés dans le cadre des tests du sommeil, selon le type de système de surveillance, figure au tableau 1 (1-3).

On peut utiliser les études par SSP pour confirmer le diagnostic d'AHOS chez les patients ayant une probabilité moyenne à élevée de ce trouble avant le test, conformément à une évaluation clinique intégrée au programme de soins, qui inclut

une évaluation complète du sommeil effectuée par un médecin du sommeil compétent et la possibilité d'une polysomnographie de secours.

Il ne faut pas utiliser le SSP comme outil de dépistage des patients asymptomatiques ou comme mode d'évaluation des personnes ayant des problèmes médicaux comorbides (p. ex., maladie pulmonaire, maladie neuromusculaire ou insuffisance cardiaque congestive) ou chez qui on présume d'autres troubles du sommeil (p. ex., insomnie, mouvements involontaires des membres ou apnée centrale du sommeil).

2.0 L'ÉVALUATION MÉDICALE ET L'AIGUILLAGE ESSENTIELS AU PROCESSUS DIAGNOSTIQUE LORSQU'ON UTILISE LE SSP POUR SÉLECTIONNER LES CAS D'AHOS

2.1 L'évaluation avant de prescrire le SSP inclut une anamnèse complète et un examen suffisant pour déterminer les éléments suivants :

- A. La meilleure évaluation de la probabilité d'AHOS (7,8);
- B. La présence de toute comorbidité cardiorespiratoire, vasculaire ou neurologique d'importance;
- C. La présence de tout trouble comorbide du sommeil d'importance (p. ex., mouvements involontaire des membres, apnée centrale ou insomnie);
- D. Le triage de l'information, y compris la détermination des patients qui occupent un emploi mettant en jeu la sécurité. Le SSP n'est pas recommandé auprès de la population pédiatrique (enfants de moins de 12 ans) pour sélectionner les cas d'AHOS.

2.2 Le suivi après le test doit inclure les éléments suivants :

- A. L'analyse des résultats du test et de toutes les possibilités de traitement avec le patient (y compris, s'il y a lieu, des thérapies de pression expiratoire positive [PEP] et d'autres thérapies);
- B. Un mécanisme d'amorce du traitement, s'il y a lieu, qui peut inclure les éléments suivants :
 - i. l'aiguillage vers un spécialiste du sommeil si les résultats laissent supposer un autre diagnostic qu'une AHOS sans complication;
 - ii. le titrage à domicile au moyen d'une unité de titrage autonome (sous réserve de la présence de personnel compétent ou des conseils d'un spécialiste du sommeil);
 - iii. le titrage de la PEP de niveau 1;
- C. Des soins de suivi afin de s'assurer du bien-fondé et de l'observance du traitement;
- D. Un aiguillage vers un spécialiste de la médecine du sommeil en cas d'anomalies persistantes ou de complications.

3.0 UN PROGRAMME DE SSP DOIT ÊTRE SUPERVISÉ PAR UNE CLINIQUE DE MÉDECINE DU SOMMEIL AGRÉÉE OU UN PROGRAMME HOSPITALIER DE MÉDECINE DU SOMMEIL

Le programme de SSP se définit par l'inclusion de toutes les étapes, à compter de la sélection des patients jusqu'à l'exécution du rapport du SSP.

- A. Toute personne ou tout groupe qui utilise un SSP doit le faire en partenariat avec un établissement hospitalier ou général de niveau 1 agréé, ainsi qu'avec un médecin spécialiste possédant une formation reconnue en médecine du sommeil ou sous la supervision de ces entités. (L'agrément est un terme pertinent dans certaines provinces, y compris l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Ontario [et bientôt le Québec], de même que les établissements agréés par l'*American Academy of Sleep Medicine*. Le principe directeur 4 [ci-dessus] établit clairement que ces lignes directrices doivent être utilisées dans une collectivité locale, en consultation avec des spécialistes locaux de la médecine du sommeil.)
- B. Le programme de SSP doit permettre (au sein du même établissement ou au moyen d'une entente officielle avec un autre établissement) de se reporter à un laboratoire du sommeil de niveau 1 afin que des technologies propres au SSP puissent être validées à l'égard de la population locale et que les patients dont les études par SSP donnent des résultats équivoques puissent être aiguillés rapidement vers des tests de niveau 1, conformément aux indications cliniques (7).
- C. Lorsqu'il est impossible d'avoir accès à un établissement de niveau 1, on peut utiliser le SSP compte tenu de ce qui est offert dans la collectivité locale, pourvu que toutes les politiques et marches à suivre énoncées à la rubrique 5.2 (ci-dessous) soient respectées.

4.0 LES BESOINS EN MÉDECINS ET EN PERSONNEL TECHNIQUE

4.1 Le nombre minimal de médecins pour interpréter les tests par SSP

La capacité d'interpréter les études par SSP n'est pas limitée à une spécialisation de la médecine, pourvu que le médecin qui effectue cette interprétation possède une formation et une expérience pertinentes et qu'il soit rattaché à un établissement de sommeil agréé. En l'absence d'établissement de sommeil de niveau 1 agréé, il est fortement recommandé que le médecin collabore avec le centre de sommeil le plus près.

Pour interpréter les résultats du SSP, il est recommandé de posséder une formation en médecine du sommeil et en interprétation des études du sommeil de niveau 1 (certificat de l'*American Board of Medical Specialties – Sleep Medicine* ou formation équivalente) ou d'être un médecin spécialisé possédant une formation reconnue en médecine du sommeil.

4.2 Le personnel technique

- A. Le test et l'analyse doivent être effectués sous la supervision générale d'un médecin compétent formé en médecine du sommeil (voir la rubrique 4.1).
- B. Un technologue du sommeil, un inhalothérapeute ou une personne possédant la formation pertinente (il n'existe pas encore de qualification technique et de formation reconnues pour interpréter les résultats du SSP; par conséquent, une formation dans un centre de sommeil et de l'expérience des études de niveau 1 sont recommandées) peut installer le SSP, mais il est préférable qu'un technologue du sommeil formé et compétent, possédant un certificat de technologue agréé en polysomnographie

attribué par le *Board of Registered Polysomnographic Technologists*, analyse les données du SSP.

5.0 LES CONSIDÉRATIONS TECHNIQUES

5.1 Le matériel

Le SSP doit au moins enregistrer le débit d'air (de préférence au moyen d'un transducteur de pression), l'excursion thoracique et l'oxygénation sanguine (1-3).

Les systèmes de surveillance de niveau 3 qui font appel à au moins quatre voies, soit une pour le mouvement respiratoire, une pour le débit d'air, une pour l'électrocardiogramme et la fréquence cardiaque et une pour la saturométrie, sont préférables aux systèmes qui surveillent un nombre de variables plus limité (p. ex., type 4, tonus artériel périphérique ou saturométrie seulement).

Le recours à des études de niveau 4 ou à la seule saturométrie comporte d'importantes limites pour distinguer les divers types de troubles respiratoires du sommeil, qu'il faut comprendre pleinement avant de les utiliser pour prendre des décisions diagnostiques.

Les études de niveau 3 (qui possèdent au moins trois voies, y compris la saturométrie et la fréquence cardiaque) sont recommandées de préférence aux études de niveau 4 ou à la seule saturométrie. Il existe de nombreux systèmes de niveau 3 sur le marché, et il est recommandé d'utiliser des SSP validés et fiables (perte de données inférieure à 10 %).

Un questionnaire à remplir après le test doit inclure l'heure du coucher et du lever, la période estimative totale de sommeil du patient, toute situation inhabituelle et le caractère représentatif ou non de la nuit passée avec le SSP.

5.2 L'exécution du test

La mise en place (ou l'information relative à la mise en place) des capteurs du SSP doit être assurée par une personne formée (voir la rubrique 4.2), au moyen d'une évaluation de la qualité vérifiée et étayée.

Les politiques et les marches à suivre : Il faut se doter de politiques et marches à suivre écrites à l'égard des éléments suivants :

- Une description des bonnes méthodes pour utiliser le SSP fourni par l'établissement, y compris les critères pour s'assurer que les résultats obtenus sont fiables;
- Les valeurs normatives de chaque test et les références, lorsqu'elles existent dans les publications scientifiques;
- Les directives relatives à la préparation systématique des patients;
- Les descriptions de tâches;
- Les actes délégués;
- Les attestations de la réception des aiguillages en vue d'effectuer les tests et la méthode pour les recevoir;
- Les activités de contrôle de la qualité (voir la rubrique 6.0);
- Les mesures à respecter pour s'assurer du contrôle pertinent des infections;
- Un manuel de pointage qui inclut des définitions des paramètres, des critères et des événements relatifs aux troubles respiratoires et du sommeil;
- Les mesures d'entretien systématiques à respecter pour s'assurer de la fiabilité et de la précision du matériel de test;

- Les mesures de triage des patients après l'exécution du SSP (voir la rubrique 5.3);
- Un manuel des mesures et politiques révisé chaque année, corrigé au besoin et comportant la date de révision ou de mise à jour la plus récente;
- La révision et l'attestation de toute modification au manuel de mesures et politiques par tout le personnel de l'établissement qui participe aux tests par SSP.

Le pointage et l'interprétation du test par SSP : Les SSP doivent comporter l'affichage de données brutes afin que du personnel formé et compétent procède au pointage manuel (voir la rubrique 4.2). Tout le personnel de pointage doit attester de sa formation et se soumettre à une assurance-qualité au moyen de vérifications du coefficient d'objectivité (voir le point 6).

- Les critères de pointage doivent respecter les normes publiées à jour de l'*American Academy of Sleep Medicine* relatives au pointage de l'apnée et de l'hypopnée (9).
- La définition d'apnée et d'hypopnée : Lorsque d'autres définitions sont utilisées pour effectuer le pointage de l'hypopnée (p. ex., [10]), ces critères doivent être précisés dans le rapport et accompagnés de la référence pertinente.
- Un médecin compétent (voir la rubrique 4.1) doit faire rapport des résultats de l'étude après avoir analysé les données brutes et définitives du SSP, de même que les données cliniques connexes.
- Le rapport du médecin doit inclure des commentaires ou des confirmations au sujet des éléments suivants :
 - des questionnaires sur le sommeil, remplis avant et après le test, et leurs répercussions sur la validité du test;
 - l'évaluation de probabilité d'AHOS avant le test;
 - l'effet confusionnel potentiel de comorbidités médicales et de médicaments;
 - la qualité technique de l'étude;
 - la présence de ronflements (s'ils sont audibles à l'enregistrement);
 - les anomalies de la fréquence cardiaque;
 - la gravité de l'AHOS, si elle est observée;
 - la gravité des désaturations et la validité de ces paramètres s'ils sont remis en question;
 - la présence et l'importance potentielle d'événements respiratoires centraux et mixtes ou leur absence;
 - des profils respiratoires qui peuvent être artéfactuels ou laisser supposer un syndrome d'apnée du sommeil complexe ou une hypoventilation;
 - la possibilité d'un diagnostic différentiel en cas de profil de saturation non spécifique;
 - des suggestions d'autres examens et mesures de prise en charge;
 - la mise en évidence de résultats très anormaux des tests ou de résultats qui devront faire l'objet d'une clarification diagnostique (voir la rubrique 5.3).

5.3 Le suivi du test

L'établissement ou le programme responsable des tests doit assurer un suivi ou une continuité des soins pertinente :

- A. Le test est exécuté sur demande d'un médecin. Le médecin prescripteur est responsable d'agir compte tenu des résultats du test. Une demande de test diagnostique n'est pas une demande de consultation en médecine du sommeil. Cependant, un établissement où l'on effectue des tests de niveau 3 doit s'assurer que des politiques sont implantées ou que les modes de pratique sont bien compris, de manière qu'on sache hors de tout doute quels médecins doivent donner suite aux résultats des tests.
- B. Les médecins qui interprètent les tests n'ont pas à participer à la prise en charge des patients, mais ils doivent préciser quand le test indique la nécessité de mesures d'urgence, d'une évaluation médicale (p. ex., symptômes graves mais test normal) ou d'un aiguillage vers un spécialiste du sommeil.

6.0 LE PROGRAMME DE GESTION DE LA QUALITÉ

Les établissements où l'on utilise les SSP doivent être dotés d'un programme de gestion de la qualité qui inclut, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- La mise en place de vérifications systématiques du coefficient d'objectivité du technologue dans le calcul des résultats des dossiers;
- La mise en place de vérifications systématiques du coefficient d'objectivité du médecin dans l'interprétation des dossiers;
- La mise en place d'un mécanisme d'analyse trimestrielle d'au moins dix dossiers de données originales des tests par SSP effectués par l'établissement, sélectionnés au hasard, afin d'établir s'ils ont bien été effectués et si les résultats sont fiables;
- Des sondages périodiques auprès des patients afin de déterminer leur satisfaction envers les services de SSP offerts par l'établissement et d'obtenir leurs suggestions d'améliorations;
- Des sondages périodiques auprès des médecins traitants afin de déterminer leur satisfaction envers les services de SSP offerts par l'établissement.

7.0 LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS

Idéalement, aucun aspect de l'utilisation du SSP en vue d'obtenir des tests diagnostiques ou des traitements, y compris, sans s'y limiter, la livraison ou la collecte du système, ne doit être assuré par un fournisseur d'unités de PEP, un fournisseur de matériel médical durable ou d'autres biens susceptibles d'être vendus compte tenu des résultats du test par SSP.

Cependant, étant donné les limites des ressources médicales et de certains établissements, certaines collectivités devront peut-être se fier à des tiers fournisseurs de soins à domicile pour offrir des degrés variables de tests par SSP. Dans de telles situations, la norme de soins présentée dans les présentes lignes directrices doit être respectée, et la divulgation complète de tout conflit d'intérêts doit être expliquée clairement aux patients et au médecin traitant, au moyen d'une divulgation publique écrite.

CONCLUSION

Les SSP constituent un outil diagnostique supplémentaire utile pour prendre en charge les patients présentant une AHOS sans complication si on les utilise conformément aux normes de pratique pertinentes décrites ci-dessus.

DIVULGATION OU CONFLITS D'INTÉRÊTS : **A Blackman** est président de MedSleep (de Toronto, en Ontario), ancien président de la section des troubles du sommeil de l'Association médicale de l'Ontario et membre du groupe de travail indépendant sur les études du sommeil en milieu hospitalier, Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario. **C McGregor** utilise des systèmes de surveillance portables, mais ne reçoit pas de matériel gratuit ou de financement d'entreprises qui fabriquent ou utilisent des systèmes de surveillance portables. **HS Driver** a utilisé des systèmes de surveillance portables de Braebon Medical Corporation (de Kanata, en Ontario). Son laboratoire en a reçu huit en trois ans, mais n'a obtenu aucun soutien financier de l'entreprise, Elle ne possède aucune participation financière ou autre dans l'entreprise. **K Fraser** est conseiller auprès de l'Association des chemins de fer du Canada. **A Khullar** siège au comité consultatif de Pfizer, Biovail, AstraZeneca et Lundbeck. Il siège au bureau des conférenciers d'El-Lily, d'AstraZeneca, de Pfizer, de Shire, de Lundbeck, de sanofi aventis et de Janssen-Ortho. Il a reçu des subventions de recherche d'AstraZeneca, de sanofi aventis, de Merck et de Pfizer. **GE Sullivan** interprète les études du sommeil et les tests de saturométrie de divers hôpitaux, hôpitaux extra-muraux et entreprises de soins à domicile avec lesquelles il n'a aucune relation financière. Ses honoraires sont facturés selon un modèle de rémunération à l'acte. Il travaille surtout comme consultant salarié en médecine du sommeil au *Saint John Regional Hospital* (de Saint John, au Nouveau-Brunswick). **N Ayas** a reçu une subvention de recherche de Respironics (de Pennsylvanie, aux États-Unis). **J Kimoff** a reçu des honoraires de conférencier de GlaxoSmithKline Inc. et de VitalAire Inc. (de Mississauga, en Ontario) en raison des présentations cliniques. **D Morrison** a déjà rendu compte de systèmes de surveillance portables sur une base ponctuelle pour VitalAire Inc. de Mississauga, en Ontario. **R Skomro** a reçu des honoraires en raison de conférences données

pour GlaxoSmithKline Inc. et AstraZeneca. **W Tsai** effectue des tests de niveau III et des interprétations pour le compte de Homecare Solutions (de Tennessee, aux États-Unis), VitalAire Inc. (de Mississauga, en Ontario) et Medigas (une division de Praxair Canada Inc., de Hamilton, en Ontario). Les autres auteurs n'ont aucune divulgation d'ordre financier ou d'autres conflits d'intérêts à déclarer.

RÉFÉRENCES

1. Chesson AL Jr, Berry RB, Pack A. Practice parameters for the use of portable monitoring devices in the investigation of suspected obstructive sleep apnea in adults. *Sleep* 2003;26:907-13.
 2. Collop N, Anderson W, Boehlecke B et coll. Clinical guidelines for the use of unattended portable monitors in the diagnosis of obstructive sleep apnea in adult patients. Portable Monitoring Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med* 2007;3:737-47.
 3. Flemons WW, Littner MR, Rowley JA et coll. Home diagnosis of sleep apnea: A systematic review of the literature. An evidence review cosponsored by the American Academy of Sleep Medicine, the American College of Chest Physicians, and the American Thoracic Society. *Chest* 2003;124:1543-79.
 4. Mulgrew AT, Fox N, Ayas NT, Ryan CF. Diagnosis and initial management of obstructive sleep apnea without polysomnography: A randomized validation study. *Ann Intern Med* 2007;146:157-66.
 5. Pang KP, Terris DJ. Screening for obstructive sleep apnea: An evidence-based analysis. *Am J Otolaryngol* 2006;27:112-8.
 6. Parra O, Montserrat JM. Home studies for diagnosing sleep apnea hypopnea syndrome. *Clin Pulm Med* 2003;10:162-9.
 7. Fleetham J, Ayas N, Bradley D et coll; comité des troubles respiratoires du sommeil de la SCT. Directives de la Société canadienne de thoracologie : Diagnostic et traitement des troubles respiratoires du sommeil de l'adulte. *Can Respir J* 2007;14:31-6.
 8. Lee W, Nagubadi S, Kryger MH, Mokhlesi B. Epidemiology of obstructive sleep apnea: A population-based perspective. *Expert Rev Respir Med* 2008;2:349-64.
 9. Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson A, Quan SF; for the American Academy of Sleep Medicine. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications, 1re éd. Westchester: American Academy of Sleep Medicine, 2007.
 10. Sleep-related breathing disorders in adults: Recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. *Sleep* 1999;22:667-89.
-