



ÉNONCÉ DE POSITION DU COMITÉ DIRECTEUR DE L'ASSEMBLÉE SUR LES TROUBLES RESPIRATOIRES DU SOMMEIL (TRS) DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE (SCT)

Document d'appui aux médecins canadiens pour l'optimisation de la prise en charge des patients avec troubles respiratoires du sommeil pendant la pandémie de la COVID-19

MISE À JOUR DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA REPRISE DES TESTS DE CLINIQUE/LABORATOIRE DU SOMMEIL

Najib T. Ayas^a, Refika Ersu^b, Kristin L. Fraser^c, Eleni Giannouli^d, Patrick J. Hanly^c, Tetyana Kendzerska^e, Sherri Katz^b, Brandy Lachmann^f, Annie Lajoie^g, Caroline Minville^h, Debra Morrisonⁱ, Indra Narang^j, Marcus Povitz^c, Robert Skomro^k, Kathy Spurr^l

^aDepartment of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, C.-B., Canada; ^bDépartement de pédiatrie, Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, Ottawa, Ontario, Canada; ^cDepartment of Medicine, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada; ^dDepartment of Medicine, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada; ^eDépartement de médecine, Université d'Ottawa, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada; ^fUniversity of British Columbia Hospital, Vancouver, C.-B., Canada; ^gInstitut de recherche, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Québec, Canada; ^hInstitut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Université Laval, Québec, Québec, Canada; ⁱDivision of Respiratory, Department of Medicine, Dalhousie University, Halifax, N.-É., Canada; ^jDepartment of Pediatrics, University of Toronto, The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canada; ^kDepartment of Critical Care & Sleep Medicine, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan, Canada; ^lSchool of Health Sciences, Dalhousie University, Halifax, N.-É., Canada.

Mise à jour – 12 juillet 2020

Le présent document est une mise à jour de la section « Tests cliniques/laboratoire du sommeil » de l'énoncé de position initial de la SCT (16 avril 2020).¹ Le présent énoncé vise à offrir des conseils rapides aux médecins pratiquant la médecine du sommeil et autres fournisseurs de soins de santé, pour la prise en charge de ces patients pendant la pandémie de COVID-19. Ce document est basé sur le consensus des auteurs, dont plusieurs siègent au comité des Lignes directrices sur les TRS de la SCT. Les recommandations s'appuient sur un nombre très limité de données publiées. Ces recommandations sont sujettes à changer, à mesure que les informations sur la COVID-19 et ses effets seront mieux comprises. Nous comptons mettre à jour ces conseils lorsque de nouvelles informations émergeront; nous recommandons aux lecteurs de surveiller périodiquement les mises à jour sur le [site Web de la Société canadienne de thoracologie](#).

Tests cliniques/laboratoire du sommeil

Aperçu

Dans plusieurs régions du Canada, on observe une reprise partielle des activités sociales et médicales suspendues en début de pandémie. À l'heure actuelle, il est nécessaire de permettre l'accès à des services en médecine du sommeil pour maintenir la santé, tout en tenant compte de la nécessité de réduire la transmission communautaire et de protéger le personnel. Le consensus général souligne la nécessité de relancer les tests d'apnée du sommeil. Toutefois, les pratiques et politiques peuvent différer localement selon l'ampleur de la propagation communautaire, la prévalence de la maladie, la disponibilité du dépistage de la COVID-19 et les directives des provinces et des établissements. Nous reconnaissons que les circonstances varient d'une région à l'autre du Canada et entre les établissements de santé. Les directives de l'Agence de la santé publique du Canada, les critères des unités locales/provinciales de santé publique ou de contrôle des infections concernant la capacité de

réouverture des établissements de santé et les recommandations de santé publique devraient avoir préséance sur le présent document. Les plans de réouverture de chaque établissement devraient passer par la consultation d'une équipe multidisciplinaire composée de toutes les parties prenantes concernées.

Pour le moment, les tests devraient se limiter aux patients urgents/semi-urgents (selon les critères locaux applicables) exempt de COVID-19 suspectée/confirmée et s'accompagner d'un dépistage rigoureux et de mesures pour protéger le personnel au moyen d'équipements de protection individuelle (EPI). L'étendue des tests nécessaires (c.-à-d. le test d'apnée du sommeil à domicile (TASD), la polysomnographie (PSG) diagnostique ou la titration de la pression positive continue (PPC)) devrait être déterminée en soupesant le risque que pose un retard de traitement (y compris la PPC) pour un patient par rapport au risque de COVID-19 pour le personnel.

Les besoins en EPI du personnel peuvent varier d'une région à l'autre, selon l'évaluation des risques et les recommandations liées au contrôle des infections émises aux paliers local/provincial. La titration de la PPC, en tant qu'intervention médicale générant des aérosols (IMGA), comporte un risque plus élevé que les interactions cliniques en personne comme l'enseignement du TASD, la préparation de la PSG ou les visites en clinique. Les tests en laboratoire de sommeil ne devraient pas avoir lieu s'il est impossible de se procurer l'EPI adéquat, d'offrir une formation adéquate sur son utilisation ou si les techniciens n'ont pas la capacité d'utiliser ce matériel de manière appropriée.

Les enfants peuvent avoir un taux plus élevé d'infection à COVID-19 légèrement symptomatique ou asymptomatique. Ceci devrait être pris en compte dans le processus de dépistage (p. ex., en rendant obligatoire le dépistage de la COVID-19 avant les études en laboratoire).²

Visites en personne

Dans le cas de patients urgents/semi-urgents pour lesquels les visites virtuelles ne conviennent pas, les visites en personne devraient reprendre. Un dépistage de la COVID-19 devrait être effectué chez tous les patients dans les 72 heures précédant leur visite. Le type de dépistage devrait être conforme aux pratiques locales de contrôle des infections. Au minimum, ceci devrait comprendre un dépistage à l'aide d'un questionnaire (p. ex., symptômes, facteurs de risque pour la COVID-19, comme l'exposition ou le voyage), mais pourrait également inclure un test de dépistage de la COVID-19 et/ou une prise de température. Les patients dont le résultat de dépistage est positif ne devraient pas être vus en personne.

Un questionnaire de dépistage de la COVID-19 comme celui développé par la [Vancouver Coastal Health](#) peut être utilisé; vous pouvez également communiquer avec votre bureau de santé publique local pour obtenir des outils de dépistage.

Études de niveau 3/4 (TASD) :

- Les patients devraient avoir un dépistage de la COVID-19 dans les 72 heures précédant le TASD; le type de dépistage devrait être conforme aux pratiques de contrôle des infections locales/provinciales. Au minimum, ceci devrait comprendre un dépistage par questionnaire, mais pourrait également inclure un test de dépistage de la COVID-19 et/ou une prise de température. Les patients dont le résultat de dépistage de la COVID-19 est positif ne devraient pas avoir de test du sommeil.
- Les tests à domicile devraient être effectués de préférence à l'aide d'équipement entièrement jetable. Toutefois, si cela n'est pas possible, les éléments non jetables (p. ex., le moniteur) devraient être nettoyés conformément aux directives de contrôle des infections locales/provinciales. Un EPI approprié (p. ex., un masque chirurgical) doit être porté par tous les membres du personnel lors du contact avec le patient et du

nettoyage de l'équipement. Les canules nasales devraient être munies d'un filtre approuvé par le fabricant. Il existe peu de données sur la durée de survie du virus dans les dispositifs (qui peuvent être difficiles à nettoyer). Le moment et la manière de réutiliser les composants non jetables des dispositifs devraient être déterminés par les unités de contrôle des infections en consultation avec les fabricants.

PSG diagnostique en laboratoire, test itératif de latence à l'endormissement (TILE), test de maintien de l'éveil (TME) :

- Les patients devraient avoir un dépistage de la COVID-19 dans les 72 heures précédant l'une ou l'autre de ces interventions; le type de dépistage devrait être conforme aux pratiques locales/provinciales de contrôle des infections et à la capacité locale. Au minimum, ceci devrait comprendre un dépistage par questionnaire, mais pourrait également inclure un test de dépistage de la COVID-19 et/ou une prise de température. Les patients dont le résultat de dépistage de la COVID-19 est positif ne devraient pas avoir de test du sommeil.
- Les patients qui ont obtenu un résultat positif lors d'un test de dépistage de la COVID-19 ne devraient PAS être admis au laboratoire du sommeil tant que leurs symptômes persistent et/ou tant que deux tests de réaction de polymérisation en chaîne (PCR) consécutifs, prélevés par écouvillonnages à ≥ 24 heures d'intervalle, soient négatifs.³ Dans le cas échéant, il est recommandé d'attendre la disparition complète des symptômes et une période minimal de trois semaines (à partir du début des symptômes) avant d'effectuer le test au laboratoire du sommeil, puisqu'une excrétion virale peut durer jusqu'à dix jours.^{4,5} Les personnes en attente d'un résultat de dépistage de la COVID-19 ne devraient pas avoir de test du sommeil jusqu'à ce que la possibilité d'une infection à COVID-19 soit exclue.
- **Ces interventions exigent une grande proximité entre le technicien et le patient. Dans tous les cas, il convient d'instaurer le port d'EPI approprié pour tout le personnel, de même que des précautions de nettoyage des lieux physiques et de l'équipement.** Nous reconnaissons que les recommandations en matière de contrôle des infections peuvent varier d'une région et d'une province à l'autre, en raison de différences dans les taux de prévalence, l'accès aux tests, les procédures de dépistage et d'autres facteurs. Sauf en cas de circonstances atténuantes (ou pour des patients pédiatriques), le patient devrait se présenter seul pour son test de sommeil; des mesures devraient être prises pour assurer une distanciation physique adéquate entre les patients. Le port du masque par le patient devrait être envisagé lors des contacts étroits avec le personnel ou dans les zones communes (p. ex., les couloirs) où il y a possibilité d'interaction avec d'autres patients. Pour les PSG pédiatriques, la présence devrait être limitée à un seul proche aidant, à condition que celui-ci ne requiert pas de traitement par PPC.
- Les employés qui présentent des symptômes ne devraient pas se présenter au travail, conformément aux politiques locales de santé en milieu de travail. Le personnel et les patients devraient respecter les mesures appropriées d'hygiène des mains.

Titration de la PPC sous polysomnographie (PPC-PSG) :

- **Les études de titration de la PPC présentent des risques additionnels d'aérosolisation.** Par conséquent, la décision de reprendre ces études doit respecter les directives locales/provinciales de contrôle des infections.
- Chaque patient devrait subir un dépistage de la COVID-19 dans les 72 heures précédant la PPC-PSG ainsi qu'à son arrivée à la clinique ou à l'hôpital, le jour de l'intervention; le type de dépistage devrait être conforme aux pratiques de contrôle des infections locales/provinciales et à la capacité locale. Toutefois, il est important de reconnaître les risques accrus associés à la PPC puisqu'il s'agit de dispositifs pouvant provoquer une aérosolisation de gouttelettes. Au minimum, le dépistage devrait comprendre un questionnaire, mais pourrait

également inclure un test de dépistage de la COVID-19 et/ou une prise de température si cela est possible sur les lieux. Les patients chez qui un résultat de dépistage de la COVID-19 est positif ne devraient pas avoir de test du sommeil. Sauf en cas de circonstances atténuantes, le patient devrait se présenter seul pour son test de sommeil.

- **Dans tous les cas, il convient d'instaurer le port d'EPI approprié pour tout le personnel, de même que des précautions de nettoyage des lieux physiques et de l'équipement.** Sur la base des évidences actuellement disponibles⁶ et par souci de prudence ***tous les employés devraient porter un masque N95 (ou l'équivalent) pour lequel l'ajustement a été testé (fit-test), un écran facial/visière et une blouse, en plus d'appliquer les mesures de protection relatives aux IMGA***, et ce, au cours des phases « pic » et « post-pic » de la pandémie.
- Les patients et le personnel devraient respecter les mesures appropriées d'hygiène des mains.
- Le personnel devrait être éduqué et formé aux techniques appropriées pour mettre en place et retirer l'EPI.
- Le nettoyage devrait comprendre le lavage de toutes les surfaces en contact avec les patients et/ou le personnel à l'aide d'un désinfectant antiviral, le nettoyage du masque avec une lingette virucide et le nettoyage du tuyau avec une solution stérilisante (p. ex., une solution d'hypochlorite de sodium à 0,1 % ou 1 000 ppm).
- Les tests doivent être effectués dans une salle privée. On devrait prévoir suffisamment de temps entre chaque rendez-vous pour permettre aux aérosols de se dissiper et pour effectuer le nettoyage. Le temps entre chaque patient devrait tenir compte du nombre d'échanges d'air pour la salle de test (déterminé par chaque établissement) afin d'assurer l'élimination de 99,9 % des micro-organismes aéroportés. Voir les directives des CDC pour le temps requis par taux de renouvellement de l'air.⁷
- Ces mesures pourraient ne pas être nécessaires en phase de post-pandémie, lorsque la propagation communautaire est minimale. Par ailleurs, les mesures de santé publique ou de contrôle des infections recommandées aux paliers local/provincial devraient avoir préséance sur le présent document.

Ordonnances de PPC :

- Les nouvelles ordonnances de PAP doivent être limitées, voire retardées si cela est jugé sécuritaire. La meilleure option est la vente d'appareils/masques neufs (p. ex., dispositifs à titration automatique, titration ambulatoire) et envoyés de préférence par courrier plutôt que récupérés en personne.

Voir également les sites Web suivants qui offrent des ressources additionnelles pour les patients et les praticiens :

<http://www.cpsa.ca/resources-for-physicians-during-covid-19/#Facilities>

<https://aasm.org/covid-19-resources/covid-19-mitigation-strategies-sleep-clinics-labs/>

https://www.sleep.org.au/common/Uploaded%20files/Public%20Files/COVID-19%20docs/Updated%20FINALCovid-19_%20%20update%20PSG%20FINAL%20040520.pdf

Références :

1. Ayas NT, Fraser KL, Giannouli E, et coll. Helping Canadian health care providers to optimize Sleep Disordered Breathing management for their patients during the COVID-19 pandemic, *Revue canadienne*

des soins respiratoires et critiques et de la médecine du sommeil. 2020;4(2):81-82. doi : 10.1080/24745332.2020.1758442. Version française [« Document d'appui aux médecins canadiens pour l'optimisation de la prise en charge des patients avec troubles respiratoires du sommeil pendant la pandémie de la COVID-19 »] accessible à : <https://cts-sct.ca/wp-content/uploads/2020/04/F-Final-CTS-COVID-19-SDB-Position-Statement.pdf>

2. Dong Y, Mo X, Hu Y, et coll. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics*. 2020;145(6):e20200702. doi:10.1542/peds.2020-0702.
3. Agence de la santé publique du Canada. Prévention et contrôle de la maladie COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs – Deuxième version. Publié le 30 avril 2020. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/prevention-controle-covid-19-lignes-directrices-provisoires-deuxieme-version.html> (Consulté le 12 juin 2020).
4. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. *JAMA*. 2020;323(22):2249–2251. doi:10.1001/jama.2020.8259.
5. Organisation mondiale de la Santé. Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation. Publié le 17 juin 2020. Accessible à : <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/criteria-for-releasing-covid-19-patients-from-isolation> (Consulté le 24 juin 2020).
6. National Institute for Occupational Safety and Health, Occupational Safety and Health Administration. Hospital Respirator Protection Program Toolkit. 2015. Accessible à : <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3767.pdf>. (Consulté le 18 juin 2020).
7. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). 2020:223. Accessible à : <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/appendix/air.html>. (Consulté le 24 juin 2020).