



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RECOMMANDATIONS

L'accréditation des centres du sommeil par la SFRMS et les nouveaux critères de l'ESRS



SFRMS accreditation of sleep centers and new ESRS criteria

S. Hartley^{a,b,e,*}, A. De Sanctis^{a,c}, B. Dudoignon^{a,d},
L. Peter-Derex^{e,f}, S. Launois^{e,g},
A. Basille-Fantinato^{a,h}

^a Comité d'agrément de la SFRMS, France

^b Unité du sommeil et centre de compétence des hypersomnies rares, hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, Garches, France

^c Unité du sommeil, hôpital Mignot, Le Chesnay, France

^d Centre du sommeil pédiatrique, hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris, France

^e Bureau de la SFRMS, France

^f Centre du sommeil et centre de référence des hypersomnies rares, hôpital de la Croix-Rousse, hospices civils de Lyon, université Lyon 1, Lyon, France

^g Institut médical du sommeil, 130, bis avenue Charles-de-Gaulle, 92200 Neuilly-sur-Seine, France

^h Unité du sommeil et de la vigilance, CHU d'Amiens, Amiens, France

Reçu le 21 octobre 2024 ; accepté le 26 novembre 2024

Disponible sur Internet le 28 décembre 2024

MOTS CLÉS

Accréditation ;
Pratique clinique

Résumé La SFRMS accrédite les centres du sommeil en France et s'est alignée depuis 2011 avec les recommandations de L'ESRS pour l'accréditation des centres du sommeil au niveau Européen. L'ESRS a récemment modifié ses recommandations pour prendre en compte les évolutions de la pratique de la médecine du sommeil, notamment la réalisation de polygraphies ventilatoires et de polysomnographies en ambulatoire. Les différents types de pratique sont décrits par niveau selon le type d'explorations et le lieu de pratique. Le comité d'agréments de la SFRMS, dans la démarche d'accréditation des centres, a ainsi adapté ses critères afin de les rendre conformes avec les recommandations de l'ESRS. Cet article décrit les niveaux de pratique et le processus d'accréditation proposé par la SFRMS afin de permettre aux médecins du sommeil d'identifier leur niveau d'activité et de connaître les critères d'accréditation.
© 2024 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant. Unité du sommeil, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France.
Adresse e-mail : sarah.hartley@aphp.fr (S. Hartley).

KEYWORDSAccreditation;
Clinical practice

Summary The SFRMS is responsible for accrediting sleep centers in France. The French accreditation criteria have been aligned with the ESRS European sleep center accreditation guidelines since 2011. The ESRS recently updated its recommendations to take into account developments in the practice of sleep medicine, including ambulatory polygraphy and polysomnography. Different types of practice are described by level depending on the type of exploration and the place of practice. The SFRMS Accreditation working party applied the ESRS recommendations to the practice of sleep medicine in France in order to harmonize French accreditation activity the recommendations of the ESRS. This article describes the levels of practice and the accreditation process proposed by the SFRMS in order to allow sleep doctors to identify their level of activity and to know the accreditation criteria to be applied.

© 2024 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

L'accréditation des centres du sommeil permet d'encourager et de reconnaître la qualité des pratiques en médecine du sommeil. L'accréditation en France est assurée par le Comité des Agréments de la SFRMS, sous l'égide du Bureau de la SFRMS [1]. Les critères d'accréditation de la SFRMS ont été basés sur les critères Européens de l'European Sleep Research Society (ESRS), publiés en 2006 [2] inspirés par les critères allemands du Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). Au début des années 2000, la pratique de la médecine du sommeil était majoritairement réalisée dans les grands centres hospitaliers pluridisciplinaires dotés d'un plateau technique complet avec polysomnographies (PSG) et tests de vigilance. En conséquence, les critères européens de l'ESRS s'étaient focalisés uniquement sur la pratique de la médecine du sommeil en centre hospitalier. En France, depuis 2017 [3], le processus d'affiliation permet à un centre avec une activité limitée de s'affilier à un centre du sommeil accrédité. Ce dispositif permet aux plus petits centres de faire reconnaître la qualité de leur travail et de mettre en exergue la coopération entre les deux équipes. De plus, la pratique de la médecine du sommeil a évolué depuis 20 ans, avec notamment une activité ambulatoire de polygraphie ventilatoire (PV) et de PSG plus importante, permettant une prise en charge de la majorité des pathologies du sommeil hors du cadre hospitalier [4].

Les critères européens ont été mis à jour par l'ESRS [5] avec une description de la pratique de la médecine du sommeil par niveaux. Les niveaux sont basés à la fois sur la pratique clinique et le plateau technique. Ces critères ont été élaborés par un groupe de travail missionné par l'ESRS [5], qui a procédé (1) à un état de lieux des pratiques à l'aide des sociétés nationales du sommeil en Europe et (2) à l'élaboration d'un consensus au sein du groupe de travail grâce à la technique Delphi [6]. Les recommandations ont été formulées afin de permettre à chaque société nationale du sommeil de s'adapter aux exigences locales, sachant que l'implémentation de l'accréditation repose sur ces sociétés nationales, et que chaque pays peut définir les niveaux qu'il inclut dans son activité d'accréditation. Ainsi, les critères qui définissent les différents niveaux de pratique dans le contexte français ont été précisés par le comité d'agrément de la SFRMS. Globalement, la révision proposée des niveaux de pratique permet une activité d'accréditation

plus inclusive avec une description des critères de pratique de la médecine du sommeil en milieu hospitalier et en milieu ambulatoire. Ces critères sont définis selon les types d'explorations proposés et la formation assurée : la pratique de PV (niveau 4), de PSG sans surveillance ou en ambulatoire (niveau 3.2), de PSG en milieu hospitalier avec surveillance (niveau 3.1), la pratique de PSG et tests de vigilance (niveau 2) et la pratique de PSG, de tests de vigilance et une activité de recherche et de formation universitaire (niveau 1) (Fig. 1). Ils permettent aux praticiens de situer leur niveau d'activité, et assurent une lisibilité plus grande dans l'affichage de la pratique de la médecine du sommeil en France.

Cet article a pour objectif de décrire les différents niveaux d'activité proposés par l'ESRS et les critères spécifiques proposés par la SFRMS pour chaque niveau d'activité. Le SFRMS propose une accréditation aux centres de niveau 1 et 2 et le processus d'accréditation pour les centres qui souhaitent être accrédités est décrit. Les critères s'appliquent aux centres que prennent en charge les patients adultes.

Niveau 1 et 2 : pratique de la PSG, tests de vigilance

Un centre de niveau 1 est doté d'un plateau technique complet permettant la réalisation de PSG, TILE, TME et enregistrements continus du sommeil d'au moins 24 heures. Ce centre doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire, capable de prendre en charge toutes les pathologies du sommeil et a une activité importante de recherche et de formation au niveau universitaire.

Un centre de niveau 2 est doté d'un plateau technique complet permettant la réalisation de PSG, TILE, TME et enregistrements continus du sommeil d'au moins 24 heures. Ce centre doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire, et est capable de prendre en charge toutes les pathologies du sommeil.

Équipe médicale

Une équipe médicale formée, pluridisciplinaire et pérenne afin d'assurer la continuité de la prise en charge, est essentielle :

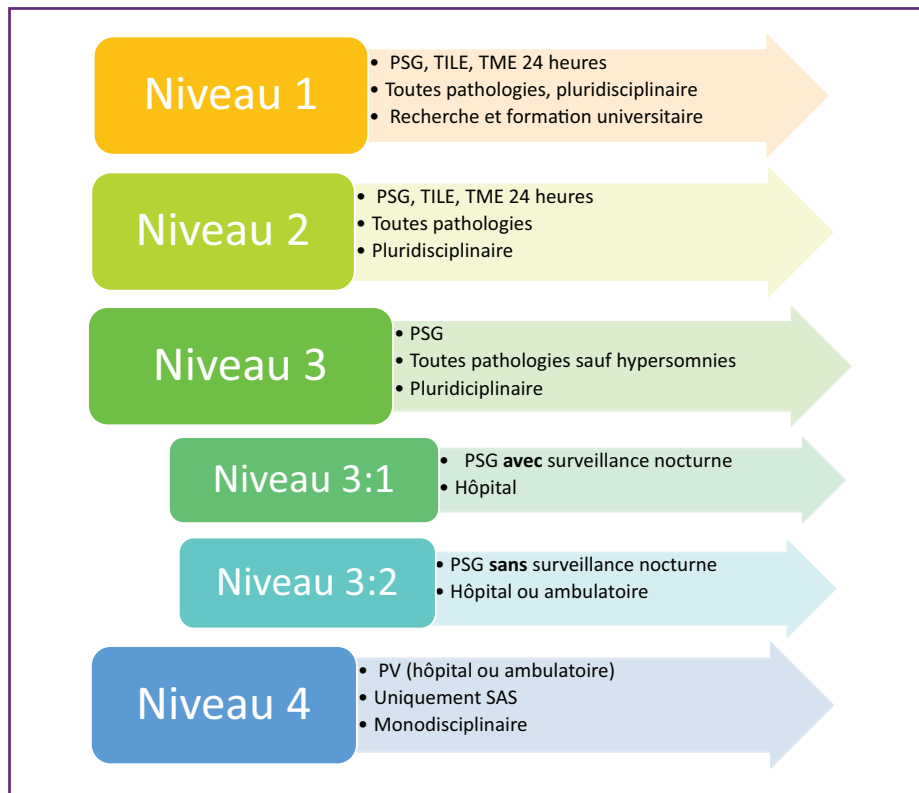


Figure 1. Les niveaux de pratique.

- le centre a un ou plusieurs médecins responsables permanents et >1 ETP dédié à l'activité sommeil ;
- les médecins responsables pour l'équipe sont membres de la SFRMS et doivent avoir une expérience clinique > 5 ans. Il n'y a pas de restriction de spécialité ;
- pour un centre niveau 1 : le renforcement des liens universitaires avec l'implication d'un médecin du sommeil PUPH est recommandé. Le site sera un lieu d'accueil des médecins en formation (assistants, internes, et au moins stagiaires des DIU) ;
- les médecins du centre doivent être formés par une formation validante reconnue (ex les 2 DIU du sommeil, FST) ;
- l'équipe est pluridisciplinaire ;
- tout membre de l'équipe médicale doit s'engager dans une activité de formation continue (participation aux congrès, formations continues) ;
- le médecin responsable atteste que le pratique du centre respecte les conditions du décret de 2017 pour la prescription de traitement par PPC et OAM [7].

Le centre fonctionne comme une structure dédiée ou une unité fonctionnelle.

Équipe paramédicale

Les infirmier/ères et technicien/nes doivent être formés pour assurer des enregistrements de qualité.

Les infirmier/ères et technicien/nes ont des connaissances suffisantes :

- des procédures diagnostiques et thérapeutiques concernant les pathologies du sommeil ;

- des méthodes de PSG, TILE, TME et enregistrement continu de longue durée ;
- pour prendre les mesures appropriées en cas d'urgence.

Les infirmier/ères et technicien/nes du centre :

- sont présents pendant toute la durée de l'enregistrement effectué en hospitalisation ;
- la nuit n'ont pas d'autres responsabilités que celles du centre du sommeil ;
- participent à une formation continue sur les pathologies du sommeil et les techniques d'enregistrement du sommeil.

Tout technicien qui pratique la prélecture des PSG doit avoir le DU « Les technologies du sommeil et de la vigilance », un encadrement de l'équipe médicale et une expérience clinique adéquate.

Le centre du sommeil dispose d'une équipe de secrétariat permanente.

- qui peut répondre aux patients et les orienter ;
- qui organise l'archivage des enregistrements et des comptes rendus

Parcours de soins

Le parcours de soins doit respecter les recommandations de bonne pratique françaises en vigueur en commençant par un entretien clinique ou un questionnaire détaillé, avant toute investigation et avant de poser l'indication d'examen complémentaires.

Les motifs et les modalités d'orientation pour les explorations (polysomnographie avec vidéo, tests de vigilance) doivent être précisés dans le dossier du patient.

Toute anomalie détectée lors de l'exploration doit être suivie d'une consultation médicale par un membre de l'équipe. La prise en charge des pathologies du sommeil doit être assurée par un membre de l'équipe avec l'implication du réseau pluridisciplinaire (pneumologues, ORL, etc.) et conformément aux recommandations françaises en vigueur.

Équipement de PSG

Le médecin responsable du centre atteste que la pratique médicale du centre demandeur est conforme au décret du 13/12/2017 « Dispositif médical à pression positive continue (PPC) pour traitement du syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil et prestations associées ». Pour rappel, cité dans ce texte : « *La réalisation d'une analyse polygraphique et/ou analyse polysomnographique est indispensable lors de la prescription initiale. La polygraphie et la polysomnographie sont des actes médicaux et ne peuvent donc être réalisées que par un médecin. Leur réalisation exclut la participation, directe ou indirecte, du prestataire, agissant tant en son propre nom que par l'intermédiaire de ses salariés en tant que tel, sous forme de micro-entrepreneuriat ou sous toute autre forme d'activité parallèle à son contrat de travail, dirigeants, administrateurs, membres de sa famille ou de son entourage, ou de toute société dans laquelle il détient, directement ou indirectement, une participation ou un intérêt.* » [7].

Le plateau technique doit être capable d'enregistrer les signaux d'EEG, EOG, EMG et respiratoires de qualité avec une vidéo synchronisée. Les explorations de PV, de PSG et les tests de vigilance doivent être réalisées conformément aux directives de l'AASM (AASM Scoring Manual Version 3) [8] ou des recommandations françaises pertinentes, si elles sont différentes.

La pose de capteurs doit être effectuée par le médecin ou un membre de son équipe paramédicale. La pose des capteurs par un prestataire n'est pas acceptée.

Les chambres d'enregistrement doivent être des chambres seules et spacieuses (12 m² recommandé) avec un lit adapté, des sanitaires à proximité, insonorisée ou calme (< 30 dB la nuit), avec des volets assurant l'obscurité pendant la période de l'enregistrement, un interphone et une caméra infrarouge (au moins une chambre dans le centre). Une climatisation est recommandée.

Il existe une pièce indépendante pour l'équipement technique de surveillance des enregistrements et pour l'équipe de infirmier/ères et de technicien/nes.

Une surveillance nocturne des patients et des signaux des explorations de sommeil par un personnel formé spécifiquement aux explorations neurophysiologiques du sommeil et au suivi des patients atteints de troubles du sommeil est obligatoire.

Un chariot d'urgence avec un matériel adapté à l'âge des patients est essentiel. La présence d'un médecin de garde responsable du centre dans l'établissement est obligatoire.

Analyse de tracé

Une analyse visuelle des tracés est obligatoire. Les enregistrements doivent être interprétés conformément aux directives de l'AASM [8] ou des recommandations françaises pertinentes, si elles sont différentes [9,10].

La prélecture peut être effectuée par un membre de l'équipe paramédicale formé au DU « Les technologies du sommeil et de la vigilance », mais elle nécessite obligatoirement une validation par l'équipe médicale.

Le compte rendu d'exploration

Le compte rendu (complété si nécessaire par la lettre de consultation) doit contenir les éléments suivants : le motif de l'exploration, les symptômes liés à la pathologie du sommeil explorée, les scores des échelles (par exemple l'ESS...), les antécédents médicaux, le traitement actuel, une description du sommeil de la nuit d'enregistrement selon le patient, la conclusion de l'exploration incluant l'architecture et la fragmentation du sommeil, la présence et les types d'événements respiratoires et moteurs avec l'IAH et l'index de PLMS, des informations supplémentaires telles que l'effet de la position sur les événements, la description détaillée des événements enregistrés sur la vidéo le cas échéant, et la prise en charge proposée.

La synthèse statistique et les éléments graphiques doivent être informatifs et appuyés si possible par des captures d'écran des événements et un résumé graphique de la nuit. Les pathologies doivent être classées selon l'ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders 3 T-R, 3^e édition) [11] ou des recommandations françaises pertinentes [9,10], si elles sont différentes.

Stockage de données

Les données brutes doivent être archivées pendant 10 ans avec un système de stockage fiable.

Activité sommeil

La compétence de l'équipe est renforcée par une utilisation régulière de l'ensemble du plateau technique disponible.

L'activité :

- doit prendre en charge toutes les pathologies du sommeil ;
- d'enregistrement est fonction du nombre de lits disponibles, avec une recommandation minimale de 2 lits ouverts pendant au moins 3 nuits par semaine ;
- de 50 TLE/an est requis (cette activité peut être compensée par une activité importante de TME) ;
- de consultation est en fonction de l'activité du centre et du nombre de médecins disponibles.
- du centre du sommeil doit être visible (affichage du centre, papier à en-tête...) ;
- les activités de PV, de capnographie, d'actimétrie et de TCC sont encouragées mais ne sont pas obligatoires.

Niveau 3 : pratique de la PSG

Un centre de niveau 3 est doté d'un plateau technique comportant des PSG (les tests de vigilance sont optionnels)

et est capable de prendre en charge toutes les pathologies du sommeil, à l'exception des hypersomnies rares. Il est recommandé que ce centre dispose d'une équipe médicale pluridisciplinaire.

Un centre niveau 3.1 pratique les PSG en milieu hospitalier avec surveillance nocturne dédiée.

Un centre niveau 3.2 pratique les PSG sans surveillance nocturne, soit en milieu hospitalier soit à domicile.

Équipe médicale

Une équipe médicale formée, et pérenne afin d'assurer la continuité de la prise en charge est essentielle :

- le médecin est membre de la SFRMS. Il n'y a pas de restriction de spécialité ;
- le médecin doit être formé par une formation validante reconnue (ex les DIU sommeil, FST) et avec une expérience clinique > 3 ans ;
- le médecin responsable pour une équipe en milieu hospitalier doit avoir une expérience clinique > 5 ans ;
- tout membre de l'équipe médicale doit s'engager dans une activité de formation continue (participation aux congrès, formations continues) ;
- le médecin (ou responsable de l'équipe) atteste que la pratique du centre respecte les conditions du décret de 2017 pour la prescription de traitement par PPC et OAM.

Équipe paramédicale

Une équipe paramédicale est fortement recommandée pour la pose de matériel (niveau 3.2) et est obligatoire pour la pratique des PSG en milieu hospitalier (niveau 3.1).

Tout technicien du sommeil qui pose des capteurs doit être formé par l'équipe médicale.

Tout technicien du sommeil qui pratique la prélecture des PSG doit avoir le DU. Les technologies du sommeil et de la vigilance, un encadrement par l'équipe médicale et une expérience clinique adéquate.

Parcours de soins

Le parcours de soins doit respecter les recommandations françaises en vigueur, en commençant par un entretien clinique ou un questionnaire détaillé, avant toute investigation et avant de poser l'indication d'examen complémentaires.

Les motifs et les modalités d'orientation pour les explorations (polysomnographie avec vidéo, tests de vigilance) doivent être précisés dans le dossier du patient.

Toute anomalie détectée lors de l'exploration doit être suivie d'une consultation par un membre de l'équipe médicale. La prise en charge des pathologies du sommeil doit être assurée par un membre de l'équipe avec l'implication du réseau pluridisciplinaire (pneumologues, ORL, etc.) et conforme aux recommandations françaises en vigueur.

Équipement de PSG

Le médecin responsable du centre atteste que la pratique médicale du centre demandeur est conforme au décret du 13/12/2017 « Dispositif médical à pression positive continue (PPC) pour traitement du syndrome d'apnées/hypopnées

obstructives du sommeil et prestations associées ». Pour rappel, cité dans ce texte : « *La réalisation d'une analyse polygraphique et/ou analyse polysomnographique est indispensable lors de la prescription initiale. La polygraphie et la polysomnographie sont des actes médicaux et ne peuvent donc être réalisées que par un médecin. Leur réalisation exclut la participation, directe ou indirecte, du prestataire, agissant tant en son propre nom que par l'intermédiaire de ses salariés en tant que tel, sous forme de micro-entrepreneuriat ou sous toute autre forme d'activité parallèle à son contrat de travail, dirigeants, administrateurs, membres de sa famille ou de son entourage, ou de toute société dans laquelle il détient, directement ou indirectement, une participation ou un intérêt.* »[7].

Le plateau technique doit être capable d'enregistrer les signaux d'EEG, EOG, EMG et respiratoires de qualité avec, pour les centres de niveau 3 : 1, un interphone et la vidéo synchronisée.

La pose de capteurs doit être effectuée par le médecin ou un membre de son équipe paramédicale. La pose des capteurs par un prestataire n'est pas acceptée.

Analyse de tracé

Une analyse visuelle des tracés est essentielle. La PSG doit être interprétée conformément aux directives de l'AASM (AASM Scoring manual Version 3)[8] ou des recommandations françaises pertinentes, si elles sont différentes [9,10].

La prélecture peut être effectuée par un membre de l'équipe paramédicale formé par le DU les technologies du sommeil et de la vigilance mais nécessite une validation par l'équipe médicale.

Le compte rendu d'exploration

Le compte rendu (complété si nécessaire par la lettre de consultation) doit contenir les éléments suivants : le motif de l'exploration, les symptômes liés à la pathologie du sommeil explorée, les scores des échelles (par exemple l'ESS...), les antécédents médicaux, le traitement actuel, une description du sommeil de la nuit d'enregistrement selon le patient, la conclusion de l'exploration incluant l'architecture et la fragmentation du sommeil, la présence et les types d'événements respiratoires et moteurs avec l'IAH et l'index de PLMS, des informations supplémentaires telles que l'effet de la position sur les événements, la description détaillée des événements enregistrés sur la vidéo le cas échéant, et la prise en charge proposée.

La synthèse statistique et les éléments graphiques doivent être informatifs et appuyés si possible par des captures d'écran des événements et un résumé graphique de la nuit. Les pathologies doivent être classées selon l'ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders 3 T-R, 3^e édition)[11] ou des recommandations françaises pertinentes, si elles sont différentes [9,10].

Stockage de données

Les données brutes doivent être archivées pendant 10 ans avec un système de stockage fiable.

Pratique de la PSG en milieu hospitalier avec surveillance de tracé (niveau 3.1)

Toute PSG en milieu hospitalier nécessite une chambre seule avec un lit adapté, des sanitaires à proximité, insonorisé ou calme (< 30 dB la nuit), avec des volets assurant l'obscurité pendant la période de l'enregistrement. Une climatisation, la présence d'interphone et une caméra infrarouge sont recommandées.

Une surveillance nocturne des patients et des signaux des enregistrements de sommeil par un personnel formé spécifiquement aux explorations neurophysiologiques du sommeil par l'équipe de médecine du sommeil est obligatoire. Cependant, cette surveillance peut être assurée par une équipe d'infirmiers ou de techniciens non dédiés exclusivement au centre de sommeil.

Un chariot d'urgence avec un matériel adapté à l'âge des patients est obligatoire. La présence de médecin de garde dans l'établissement est essentielle.

Activité sommeil

Une activité minimale de 200 PSG/an est recommandée. L'activité de consultation doit être proportionnelle à l'activité de PSG (minimum 400/an).

Un centre de niveau 3.1 doit être capable d'explorer les patients atteints d'insomnie, de syndrome d'apnées du sommeil, de syndrome d'obésité hypoventilation, des troubles moteurs et des parasomnies (vidéo synchronisée avec la PSG).

Un centre de niveau 3.2 doit être capable d'explorer les patients atteints d'insomnie, de syndrome d'apnées du sommeil et des troubles moteurs.

Les pathologies suivies en consultation dépendent des compétences de l'équipe médicale, mais elles doivent inclure au minimum l'insomnie, le syndrome d'apnées du sommeil le syndrome des jambes sans repos, le syndrome de mouvements périodiques nocturnes et les troubles circadiens (avec une actimétrie si prise en charge des troubles complexes).

Niveau 4 : pratique de la PV

Équipe médicale

Le médecin est membre de la SFRMS. Il n'y a pas de restriction de spécialité mais le médecin doit être formé par une formation validante reconnue (le DIU sommeil, FST ou DPC de 40 heures) et avoir une expérience clinique > 1 an.

Équipe paramédical

Une équipe paramédicale n'est pas exigée.

Parcours de soins

Le parcours de soins doit respecter les recommandations en vigueur, en commençant par un entretien clinique ou un questionnaire détaillé, avant toute investigation et avant de poser l'indication d'examens complémentaires. Toute anomalie détectée lors de l'exploration doit être suivie d'une

consultation médicale. La prise en charge des troubles respiratoires du sommeil doit être assurée par le médecin avec l'implication de son réseau pluridisciplinaire (pneumologues ORL...) et conforme aux recommandations françaises en vigueur.

Les motifs et modalités d'adressage pour une PSG (avec TILE si besoin) et les TME sont à préciser dans le compte rendu d'exploration.

Équipement

Le médecin atteste que sa pratique médicale est conforme au décret du 13/12/2017 « Dispositif médical à pression positive continue (PPC) pour traitement du syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil et prestations associées ». Pour rappel, cité dans ce texte : « *La réalisation d'une analyse polygraphique et/ou analyse polysomnographique est indispensable lors de la prescription initiale. La polygraphie et la polysomnographie sont des actes médicaux et ne peuvent donc être réalisées que par un médecin. Leur réalisation exclut la participation, directe ou indirecte, du prestataire, agissant tant en son propre nom que par l'intermédiaire de ses salariés en tant que tel, sous forme de micro-entrepreneuriat ou sous toute autre forme d'activité parallèle à son contrat de travail, dirigeants, administrateurs, membres de sa famille ou de son entourage, ou de toute société dans laquelle il détient, directement ou indirectement, une participation ou un intérêt.* »[7].

Une polygraphe ventilatoire récent capable de générer les signaux respiratoires de qualité (Tableau 1). Le polygraphe doit être posé par le médecin ou un membre de son équipe paramédicale. La pose des capteurs par un prestataire n'est pas acceptée. La PV doit être réalisée conformément aux directives françaises [9,10].

Analyse de tracé

Une analyse visuelle des tracés est obligatoire. La PV doit être interprétée conformément aux directives des recommandations françaises.

Le compte rendu d'exploration

Le compte rendu (complété si nécessaire par la lettre de consultation) doit contenir les éléments suivants : le motif de l'exploration, les symptômes liés au SAS, les scores des échelles (par exemple l'ESS...), les antécédents médicaux, le traitement actuel, une description du sommeil de la nuit d'enregistrement selon le patient, la conclusion de l'exploration avec entre autre l'IAH et l'IDO, types d'événements, informations supplémentaires (ex effet de la position sur les événements) et la prise en charge proposée.

La synthèse statistique et les éléments graphiques doivent être informatifs et appuyés si possible par des captures d'écran des événements et un résumé graphique de la nuit. Les pathologies doivent être classées selon l'ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders 3 T-R, 3^e édition)[11] ou des recommandations françaises pertinentes, si elles sont différentes [9,10].

Tableau 1 Les voies recommandées des enregistrements de polysomnographie et de polygraphie ventilatoire [8,9].

Polysomnographie (PSG)	Polygraphie ventilatoire (PV)
3 voies d' EEG pour les adultes 2 EOG EMG (mentonnier/sous mentonnier) 2 EMG des muscles tibiaux antérieurs SpO2 Mesure de ptCO2 (optionnel) Mesure de la pression nasale/du flux nasal Mesure de respiration buccale Méthode validée de mesure des efforts respiratoires Microphone 1 ECG Capteur de position du corps	SpO2 Mesure de la ptCO2 (optionnel) Mesure de la pression nasale/du flux nasal Mesure de respiration buccale Méthode validée de mesure des efforts respiratoires Microphone Mesure de la FC à partir de l'onde de pouls Capteur de position du corps

Stockage de données

Les données brutes doivent être archivées pendant 10 ans avec un système de stockage fiable.

Activité sommeil

Une activité minimale de 200 PV par an est nécessaire avec une activité de consultation proportionnelle au nombre d'explorations et une prise en charge à minima du syndrome d'apnées du sommeil.

Description de centre par niveau

Tout centre du sommeil est encouragé à identifier son niveau avec l'aide de l'outil disponible sur le site de la SFRMS pour un meilleur affichage de son activité. Selon les résultats de cette auto-évaluation, les centres peuvent afficher le niveau correspondant (1 à 4). Toutefois, seuls les centres de niveau 1 ou 2 ayant suivi le processus d'accréditation peuvent afficher 'centre de niveau 1 accrédité par la SFRMS ou centre de niveau 2 accrédité par la SFRMS'.

Processus d'accréditation

Les niveaux de pratique soumis à l'accréditation par la SFRMS sont disponibles sur le site de la SFRMS. Jusqu'à 2024, l'accréditation de la SFRMS était proposée uniquement aux centres de niveau équivalent aux niveaux 1 et 2 [1] ; l'extension aux autres niveaux décrits dans cet article n'est pas envisagée dans un avenir proche. Ainsi, un centre dont l'activité ne permet pas une accréditation au niveau souhaité peut demander une affiliation avec un centre accrédité par la SFRMS.

Le dossier de demande d'accréditation pour chaque niveau est disponible sur le site de la SFRMS et doit être complété par le centre, en incluant les informations suivantes : historique du centre, composition de l'équipe médicale et paramédicale, conditions d'enregistrement, équipements techniques disponibles, parcours de prise en charge des patients, pathologies prises en charge, et acti-

vités d'enregistrement, de consultation, de formation et de recherche (si applicable).

Le dossier est examiné par le comité d'accréditation, et s'il est jugé recevable, une visite par un comité d'experts est proposée sur place. Lors de cette visite, une réunion est organisée avec le personnel médical et la direction pour présenter l'activité du centre. Les experts vérifient la conformité avec le dossier de demande, le parcours du patient et la prise en charge, en conformité avec les recommandations nationales en vigueur. Cette visite constitue également un temps d'échange, favorise la reconnaissance locale de l'activité du centre évalué (et permet parfois d'appuyer certaines demandes en personnel ou en matériel), et a pour objectif l'amélioration des pratiques.

Résultats du processus d'accréditation

Le compte rendu des experts est soumis au comité d'agrément pour déterminer le niveau à attribuer au centre. Un centre qui satisfait pleinement aux critères reçoit un niveau accompagné de la lettre A (par exemple, niveau 2A). En cas de manquements mineurs, une accréditation pour une période courte (2 ans) peut être proposée, afin de permettre au centre de travailler sur les points critiques identifiés. Pendant cette période probatoire, le centre est désigné par son niveau suivi de la lettre B (par exemple, niveau 2B). La SFRMS est informée par écrit de l'évolution, ce qui permet au centre de passer au niveau A une fois les modifications effectuées.

Si certains des critères requis ne peuvent pas être corrigés à court terme (par exemple, l'absence de surveillance nocturne par une équipe dédiée pour un centre visant le niveau 2), le centre peut se voir attribuer un niveau inférieur en fonction de sa pratique (par exemple, un centre demandant un niveau 2 peut se voir accorder un niveau 3:2 en cas d'absence d'équipe dédiée à la surveillance des tracés nocturnes).

Les recommandations du comité d'accréditation sont soumises au bureau de la SFRMS pour validation. Le centre est informé de la décision par lettre officielle. La SFRMS inclut tous les centres accrédités avec leur niveau, sur la cartographie des centres disponibles sur son site.

Ré accréditation

Un processus de ré accréditation est prévu toutes les 4 ans ou en cas de changement important dans le fonctionnement du centre (ex déménagement). Le dossier est rempli et soumis au comité d'accréditation qui décidera si une visite est nécessaire. Les visites de ré accréditation peuvent être faite par visioconférence sauf en cas de modification importante du centre.

Conclusion

La SFRMS propose l'accréditation des centres du sommeil selon les critères européens. Ces critères permettent de décrire les pratiques en fonction des explorations réalisées, de leurs condition de réalisation, et des pathologies prises en charge. Il s'agit de critères évolutifs, à mesure que la pratique de la médecine du sommeil évolue. Leur mise à disposition permet aux centres qui le souhaitent, et selon leur activité, de procéder à une auto-évaluation de leurs pratiques ou à solliciter une accréditation, dans un objectif de reconnaissance de la pratique d'une médecine du sommeil de qualité.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Hartley S, Vecchierini MF, Drouot X, Escourroua P, Charley-Monaca C, Philippe C, et al. Sleep centre accreditation in France. *Med Somm* 2018;15(4):198–202.
- [2] Pevernagie D. Steering Committee of European Sleep Research Society. European guidelines for the accreditation of Sleep Medicine Centres. *J Sleep Res* 2006;15(2):231–8.
- [3] Hartley S, Vecchierini MF, Drouot X, Nogues B, Charley-Monaca C, Philippe C, et al. Evolution of sleep center accreditation in France: the development of affiliated centers. *Med Somm* 2017;14(1):1–3.
- [4] Arnardottir ES, Islind AS, Óskarsdóttir M. The future of sleep measurements: a review and perspective. *Sleep Med Clin* 2021;16(3):447–64.
- [5] Hartley S, Goncalves M, Penzel T, Verbraecken J, Young P. Revised European guidelines for the accreditation of sleep medicine centres. *J Sleep Res* 2024:e14200.
- [6] Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs* 2000;32(4):1008–15. PMID: 11095242.
- [7] Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 13 décembre 2017 modifiant la procédure d'inscription et les conditions de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées au paragraphe 4 de la sous-section 2, section 1, chapitre 1er, titre 1er de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPPR) du Code de la sécurité sociale [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/tT9uN41nbUewKCxD-5-URf_pik3NODSsWVUey25O64c=/JOE.TEXTE.
- [8] AASM. AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications. Version 3. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2023.
- [9] Launois-Rollinat S, Gentina T, Meslier N, Portel L, Priou P, Gagnadoux F, et al. Consensus français sur les syndrome d'apnées et hypopnées centrales du sommeil (SAHCS) de l'adulte. Partie 1 : définitions et modalités diagnostiques. *Med Somm* 2024;21(2):76–94.
- [10] Meurice JC, Gagnadoux F. Recommandations pour la pratique clinique du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte. *Rev Mal Resp* 2010;27:806–33.
- [11] AASM. International Classification of Sleep Disorders version 3 (ICSD-TR-3). Darien, IL: American Association of Sleep Medicine; 2023.