

Règles communes définies par le comité pédagogique national de la FST « sommeil / somnologie » pour la validation de la prescription de la PPC par un médecin selon un parcours de DPC « Sommeil PPC »

Réunions du 6 janvier 2025, du 03 Mars 2025, et du 31 Mars 2025.

Membres du comité pédagogique national de la FST « sommeil » (nommés par leur collège d'enseignant respectif), présidé par le Pr. Pierre Alexis Geoffroy :

- Cardiologie : Pr Michel Galinier, PUPH ; Dr Rodrigue Garcia, PH ; Dr Benoît Lequeux, PH
- Chirurgie maxillo-faciale : Pr Thomas Schouman, PUPH ; Dr Georges Bettega, PH
- Gériatrie : Pr Kiyoka Kinugawa, PUPH ; Pr Sylvie Bonin-Guillaume, PUPH
- Médecine et Santé au travail : Pr Damien Léger, PUPH ; Pr Yolande Esquirol, PUPH
- Neurologie : Pr Isabelle Arnulf, PUPH ; Pr Patrice Bourgin PUPH
- ORL : Pr Xavier Dufour, PUPH ; Pr Émilie Béquignon, PUPH
- Pédiatrie : Pr Patricia Franco, PUPH ; Dr Plamen Bokov, MCU-PH
- Pneumologie : Pr Jean-Claude Meurice, PUPH ; Pr Wojciech Trzepizur, PUPH ; Dr Claire Launois, PH
- Psychiatrie : Pr Carmen Schröder, PUPH ; Pr Pierre Alexis Geoffroy, PUPH
- Physiologie : Pr Marie-Pia d'Ortho, PUPH ; Pr Jean-Arthur Micoulaud Franchi, PUPH

Réunion présidée par :

Contexte : l'arrêté du 13/12/2017 du journal officiel indique au paragraphe 4, item I.2 la qualité du prescripteur initial d'une PPC :

Qualité du prescripteur

Toute prescription initiale de PPC, ou son renouvellement, doit être réalisée par un médecin titulaire d'un diplôme d'études spécialisées (DES) dont la maquette intègre une formation spécifique pour la prise en charge des troubles respiratoires au cours du sommeil et/ou dont le diplôme mentionne la validation de la formation spécialisée transversale (FST) « Sommeil » parmi ses FST « indicatives » selon le paragraphe 1-4 de l'annexe 2 de l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées.

Toute prescription initiale de PPC, ou son renouvellement, peut également être effectué :

- soit par un pneumologue
- soit, par un médecin dont le parcours de développement professionnel continu «Sommeil» est attesté par le Conseil national professionnel (CNP) de la spécialité concernée, ou par le Collège de médecine générale (CMG), selon l'article R.4021-4.-I. du code de la santé publique, sur **des règles communes recommandées dans le cadre de la FST « Sommeil »** et validé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; cette validation devient obligatoire, pour toutes les spécialités, après le 1^{er} janvier 2020;
- soit par un médecin ayant obtenu un diplôme reconnu comme ouvrant droit

au titre dans le domaine des pathologies du sommeil conformément au 5^{ème} alinéa de l'article R.4127-79 du code de la santé publique.

Ce sont donc ces règles communes qui sont proposées ci-dessous :

A- Niveaux de connaissance

Le comité définit au préalable 3 niveaux de connaissance possible des médecins vis à vis de la ventilation en pression positive continue (PPC), permettant l'action de DPC et devant faire l'objet d'une déclaration sur l'honneur du médecin candidat :

1) Médecin expert en ventilation par PPC :

Celle ou celui-ci aura les qualités suivantes :

- Au moins 5 ans d'expérience clinique dans le domaine du sommeil
- Un exercice de diagnostic et de prise en charge des pathologies respiratoires du sommeil dans un environnement pluridisciplinaire (service hospitalier, groupement ou réseau de médecins avec la possibilité de discuter collégialement des cas complexes)
- Qui lui aura permis de prendre en charge des cas cliniques complexes (comorbidités cardiologiques, respiratoires, neurologiques, psychiatriques, etc).

Les médecins experts seront les seuls formateurs des actions de DPC sur la PPC, que ce soit en niveau avancé ou en niveau débutant.

Le médecin expert en ventilation devra s'engager par écrit sur l'honneur, en s'inscrivant à l'action de DPC niveau « avancé » d'une durée de 8 heures en présentiel, ou en animant cette formation à ce que son activité précédente en matière de PPC corresponde à ces 3 critères.

2) Médecin prescripteur actuel de PPC

Celle-ci ou celui-ci aura les qualités suivantes :

- Avoir réalisé et codé elle-même ou lui-même (c'est à dire sans codage automatique ni codage par un tiers) au moins 50 polygraphies ventilatoires ou polysomnographies par an, dans l'année précédant l'action, ayant abouti à une attitude thérapeutique
- Avoir une file active d'au moins 20 patients (nouveaux ou anciens) sous PPC par an, dans l'année précédant l'action :
- Avoir prescrit des orthèses d'avancée mandibulaire (en dehors de la gériatrie)

Le médecin prescripteur actuel devra s'engager par écrit sur l'honneur, en s'inscrivant à l'action de DPC niveau « avancé » d'une durée de 8 heures en présentiel, à ce que son activité précédente en matière de PPC corresponde à ces 3 critères.

L'organisme de DPC (ODPC) devra s'engager par écrit à ce que les formateurs qu'elle va utiliser dans les actions de DPC correspondent bien à cette définition de « médecin expert

en ventilation par PPC ». L'ODPC s'engage à respecter les propositions rédigées par le Comité Pédagogique National de la FST Sommeil pour l'élaboration de son programme de DPC Sommeil PPC.

3) Nouveau prescripteur de PPC

Celle ou celui-ci n'aura pas l'expérience requise pour les deux précédents groupes (experts et anciens prescripteurs). Il pourra, s'il souhaite prescrire des PPC, s'inscrire à une DPC « Nouveau prescripteur » d'une durée de **48** heures (dont 44 heures de formation initiale puis 4 heures de retours d'expérience à un an).

La prescription de PPC sera possible par le médecin à l'issue des quarante-quatre premières heures de formation.

L'organisme de DPC (ODPC) devra s'engager par écrit à ce que l'intégralité du temps de formation soit assuré par des formateurs correspondant bien à cette définition de « médecin expert en ventilation par PPC ». L'ODPC s'engage à respecter les propositions rédigées par le Comité Pédagogique National de la FST Sommeil pour l'élaboration de son programme de DPC Sommeil PPC

B- Contenu du DPC « Sommeil - PPC, niveau avancé»

But du DPC : Le but de ce DPC n'est pas l'acquisition de connaissances mais l'harmonisation des pratiques. Le DPC n'est pas un examen, le médecin cherche à améliorer sa pratique médicale, dans le cadre d'une démarche personnelle et confraternelle pluridisciplinaire.

Formateurs : les formateurs auront le niveau « médecin expert » défini ci-dessus.

L'ODPC devra s'engager à ce que les formateurs qu'elle va utiliser dans les actions de DPC correspondent bien à cette définition de « médecin expert en ventilation par PPC ».

Durée : 8 heures de formation initiale en présentiel

Nature de l'organisme de formation : Tout organisme répondant aux propositions de modalités d'organisation et de contenu de la formation correspondant aux critères qui ont été proposés par le Comité Pédagogique de la FST Sommeil, sans exclusivité de spécialité des participants en fonction de la spécialité organisatrice, et pouvant être proposée à tout médecin quelle que soit sa spécialité.

Contenus :

Les modalités pratiques de l'action de DPC (cas cliniques, questions, échanges, rappel des connaissances, tests de concordance de script, pratique directe sur tracé de polygraphie, sur relevé de machine et sur machine, travail en sous-groupe ou individuel) sont fixées par les formateurs selon les méthodes de l'HAS. Est intégré au DPC un module de formation générale à la médecine du sommeil, ainsi que deux volets concernant les populations d'âges spécifiques : populations pédiatriques et sujet âgé, étant rappelé que seuls les pédiatres peuvent prescrire une PPC au sein de la population pédiatrique.

Il pourra être nécessaire d'utiliser pendant ces formations du matériel de polygraphie ou de PPC prêtés gracieusement par des fabricants ou des prestataires de service et distributeurs de matériels à domicile (PSDM). Pour garantir l'indépendance déontologique de la formation, il faudra qu'au moins deux fabricants et PSDMs soient représentés, et qu'une convention soit faite entre le fabricant ou le prestataire et l'OGDPC. Un exemple des conventions utilisées par l'OGDPC – ORL est joint comme modèle possible.

La formation DPC doit être indépendante des PSDMs, et les organismes de formation ne doivent pas avoir de lien avec les prestataires.

Les PSDMs ne doivent pas prendre en charge les apprenants de cette formation.

Les points suivants sont abordés lors de la DPC :

- **Module de formation générale à la médecine du sommeil** (médecins avancés):
 - La somnolence excessive « non respiratoire » (psychiatrique, neurologique, circadienne, comportementale, médicamenteuse, etc.)
 - Présentation générale des pathologies non respiratoires du sommeil qui peuvent interférer avec le diagnostic et la prise en charge d'un SAOS
- **Contexte réglementaire :**
 - Modalités de prise en charge de la polygraphie ventilatoire par l'assurance maladie,
 - Indications et critères de prise en charge et modalités de prescription des traitements par PPC et OAM.
 - Liberté du choix du PSDM
 - PPC chez l'enfant de moins de 16 ans (JO),
 - Réglementation de la conduite automobile de véhicules légers ou lourds dans le SAOS
- **Processus diagnostique :** outre le diagnostic clinique par interrogatoire, échelles et examen du pharynx, l'action de DPC permettra à chacun de s'assurer avec les formateurs qu'il a une pratique harmonisée du diagnostic polygraphique de syndrome d'apnées du sommeil. Les points d'harmonisation sur lesquels le comité pédagogique pense utile d'insister sont :
 - La définition des hypopnées et leur caractérisation en centrale ou obstructive
 - La reconnaissance d'indicateurs d'hypoventilation alvéolaire
 - La reconnaissance du SAOS positionnel

- La reconnaissance d'une polygraphie ventilatoire « non contributive » : artéfact, trop peu de sommeil, décrochage du capteur de SaO₂, IAH qui nécessite de faire une polysomnographie
- La rédaction du compte-rendu de polygraphie ventilatoire
- Le risque de sur-diagnostic : connaissance des diagnostics différentiels de l'hypersomnolence (plus probables selon le contexte), des IAH élevés « normaux » dans la population et de la distinction entre apnées du sommeil comme facteur de risque cardiovasculaire et syndrome d'apnées du sommeil
- Les indications de recours à la polysomnographie et au test itératif des latences d'endormissement.
- Intérêt et indications des explorations fonctionnelles respiratoires et des gaz du sang lors du bilan initial
- Connaissance des principaux questionnaires disponibles pour le diagnostic positif et différentiel du SAOS (Berlin, Epworth, Pittsburg, Pichot ...)
- Spécificité du SAOS de l'enfant et de la personne âgée

=> Le comité propose comme référentiel le consensus des sociétés savantes (en cours de révision) : Recommandations for clinical practice. Obstructive sleep apnea hypopnea syndrome in adults. Rev Mal Respir. 2010 Sep;27(7):806-33 (Société de Pneumologie de Langue Française; Société Française d'Anesthésie Réanimation; Société Française de Cardiologie; Société Française de Médecine du Travail; Société Française d'ORL; Société de Physiologie; Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil)

-Ainsi que les référentiels de la SFRMS : Manuel de codage, Classification Internationale des Pathologies du Sommeil (ICSD3 traduit), Livre de fiches Ellipses « Le Sommeil et ses Pathologies », Manuel Elsevier « Les troubles du sommeil ».

- **Indications thérapeutiques :**

- le comité pense utile d'aborder non seulement le traitement des cas typiques de SAOS (IAH>30, patient très somnolent), mais aussi les IAH légers à modérés et les patients paucisymptomatiques.
- Il conseille d'aborder la place de la PPC parmi les différentes alternatives thérapeutiques. Les indications des orthèses doivent être abordées, de même que les propositions en cas de refus initial de PPC.
- Les différentes modalités de ventilation par PPC (fixe, autopilotées, à deux niveaux de pression et auto asservies) et indications seront connues
- Les différentes rampes, modalités de pression expiratoire
- Les différents masques
- Savoir où référer les cas complexes, insomnies, somnolence résiduelle, parasomnies, patients âgés souffrant de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique, et les enfants, comorbidités complexes (cardiologique, respiratoire, neurologique, psychiatrique)
- Thérapeutiques associées et principales alternatives thérapeutiques à la PPC : mesures hygiéno diététiques, orthèse d'avancée mandibulaire, orthèse anti décubitus dorsal...

- **Suivi du traitement** : lors de la DPC, formateurs et anciens prescripteurs harmoniseront leur pratique de suivi du traitement par PPC : clinique et rapport de machine. Le comité conseille de varier les types de rapport de machine (et les types de machines) en fonction des problèmes classiques de suivi :
 - Cas normal, bien traité
 - IAH résiduel élevé
 - Bonne observance, sans fuite mais sans bénéfice clinique (somnolence résiduelle)
 - Mauvaise observance,
 - Fuites, sécheresse de bouche, érosion cutanée
 - Choix des bornes de pression pour les auto-PPC
 - Pathologies chroniques associées
 - Profession et conduite automobile
 - Quand faut-il ré-évaluer le traitement, avec et sans PPC

C- Contenu du DPC « Sommeil - PPC, niveau nouveau prescripteur »

But du DPC : Le but de ce DPC consiste en l'acquisition de connaissances générales et pratiques, avec harmonisation des pratiques. Le DPC n'est pas un examen, le médecin cherche à améliorer sa pratique médicale, dans le cadre d'une démarche personnelle et confraternelle pluridisciplinaire.

Formateurs : les formateurs auront le niveau « médecin expert » défini ci-dessus.

L'organisme de DPC (ODPC) devra s'engager par écrit à ce que l'intégralité du temps de formation soit assuré par des formateurs correspondant bien à cette définition de « médecin expert en ventilation par PPC ».

Durée : total de 48 heures dont

- **44 heures de formation initiale** (validante) dont la répartition doit comprendre :
 - Au maximum 10 heures de formation non présentielle
 - Au minimum 20 heures d'Ateliers pratiques
 - Au minimum 10 heures d'apprentissage de la polygraphie ventilatoire
 - Au minimum 4 heures de formation générale à la médecine du sommeil

Comme seules 21h annuelles peuvent être prises en charge, le médecin pourra se former sur 2 ans en étant totalement pris en charge ou sur un an avec la moitié de la formation prise en charge, l'autre moitié étant à ses frais.

- **4 heures de retours d'expérience et cas cliniques**, lors d'une **seconde session à un an**.

La seconde session a un an a pour objectif la reprise des pratiques. La formation est validée dès la première année, et c'est à l'issue des quarante-quatre premières heures de formation que le médecin pourra prescrire des PPC.

Nature de l'organisme de formation : Tout organisme répondant aux propositions de modalités d'organisation et de contenu de la formation correspondant aux critères qui ont été proposés par le Comité Pédagogique de la FST Sommeil, sans exclusivité de spécialité des participants en fonction de la spécialité organisatrice, et pouvant être proposée à tout médecin quelle que soit sa spécialité.

Contenus :

Les modalités pratiques de l'action de DPC (cas cliniques, questions, échanges, rappel des connaissances, tests de concordance de script, pratique directe sur tracé de polygraphie, sur relevé de machine et sur machine, travail en sous-groupe ou individuel) sont fixées par les formateurs selon les méthodes de l'HAS. Est intégré au DPC un module de formation générale à la médecine du sommeil, ainsi que deux volets concernant les populations d'âges spécifiques : populations pédiatrique et gériatrique.

Il pourra être nécessaire d'utiliser pendant ces formations de matériels de polygraphie ou de PPC prêtés gracieusement par des fabricants ou des PSDM. Pour garantir

l'indépendance déontologique de la formation, il faudra qu'au moins deux fabricants et PSDM soient représentés, et qu'une convention soit faite entre le fabricant ou le PSDM et l'OGDPC soit signée. Un exemple des conventions utilisées par l'OGDPC – ORL est joint comme modèle possible

La formation DPC doit être indépendante des PSDM, et les organismes de formation ne doivent pas avoir de lien avec les PSDM.

Les PSDM ne doivent pas prendre en charge les apprenants de cette formation.

Les points suivants sont abordés lors de la DPC :

- **Module de formation générale à la médecine du sommeil** (médecins avancés):
 - La somnolence excessive « non respiratoire » (psychiatrique, neurologique, circadienne, comportementale, médicamenteuse, etc.)
 - Présentation générale des pathologies non respiratoires du sommeil qui peuvent interférer avec le diagnostic et la prise en charge d'un SAOS
- **Module de formation générale à la médecine du sommeil** (médecins débutants):
 - Interrogatoire orienté sur le sommeil, la somnolence excessive, y compris « non respiratoire » (psychiatrique, neurologique, circadienne, comportementale, médicamenteuse, etc.)
 - Les échelles disponibles
 - Présentation générale des pathologies non respiratoires du sommeil qui peuvent interférer avec le diagnostic et la prise en charge d'un SAOS
- **Processus diagnostique :**
 - Clinique
 - Diagnostic clinique par interrogatoire,
 - Echelles : utilité et limites (Score de somnolence d'Epworth, score de Berlin, score Stop-bang etc.)
 - Examen du pharynx
 - Polygraphie ventilatoire
 - Capteurs
 - Evènements respiratoires
 - Entraînement et scoring de nombreuses séquences

Les points d'harmonisation sur lesquels le comité pédagogique pense utile d'insister sont :

- La définition des hypopnées et leur caractérisation en centrale ou obstructive
- La reconnaissance d'indicateurs d'hypoventilation alvéolaire
- La reconnaissance du SAOS positionnel

- La reconnaissance d'une polygraphie ventilatoire « non contributive » : artéfact, trop peu de sommeil, décrochage du capteur de SaO₂, IAH qui nécessite de faire une polysomnographie
- La rédaction du compte-rendu de polygraphie ventilatoire
- Le risque de sur-diagnostic : connaissance des diagnostics différentiels de l'hypersomnolence (plus probables selon le contexte), des IAH élevés « normaux » dans la population et de la distinction entre apnées du sommeil comme facteur de risque cardiovasculaire et syndrome d'apnées du sommeil
- Le recours à la polysomnographie et les avantages diagnostiques.
- Le recours aux tests objectifs de mesure de la somnolence (TILE) et de la vigilance TME.
- Intérêt et indications des Explorations fonctionnelles respiratoires et des gaz du sang lors du bilan initial
- La prise en compte du contexte personnel et professionnel lié à la conduite.

=> Le comité propose comme référentiel le consensus des sociétés savantes (en cours de révision) : Recommandations for clinical practice. Obstructive sleep apnea hypopnea syndrome in adults. Rev Mal Respir. 2010 Sep;27(7):806-33 (Société de Pneumologie de Langue Française; Société Française d'Anesthésie Réanimation; Société Française de Cardiologie; Société Française de Médecine du Travail; Société Française d'ORL; Société de Physiologie; Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil)

-Ainsi que les référentiels de la SFRMS : Manuel de codage, Classification Internationale des Pathologies du Sommeil (ICSD3 traduit), Livre de fiches Ellipses « Le Sommeil et ses Pathologies », Manuel Elsevier « Les troubles du sommeil ».

- Indications thérapeutiques :

- Le comité pense utile d'aborder non seulement le traitement des cas typiques de SAOS (IAH>30, patient très somnolent), mais aussi les IAH légers à modérés et les patients pauci-symptomatiques.
- Les cas intriqués avec hypoventilation (SOH, BPCO)
- Le SAS central
- Il conseille d'aborder la place de la PPC parmi les différentes alternatives thérapeutiques. Les indications des orthèses doivent être abordées. Les propositions en cas de refus initial de PPC.
- Les différentes modalités de ventilation par PPC (fixe, autopilotées et autoasservies) et indications seront connues
- Les différentes interfaces
- Savoir où référer les cas complexes, insomnies, somnolence résiduelle, parasomnies, patients âgés souffrant de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique, et les enfants, comorbidités complexes (cardiologique, respiratoire, neurologique, psychiatrique)
- Interaction SAS maladies chroniques.

- Thérapeutiques associées et principales alternatives thérapeutiques du SAOS (mesures hygiéno diététiques, Orthèse d'avancée mandibulaire, Orthèse anti décubitus dorsal...
- **Suivi du traitement** : lors de la DPC, les formateurs partageront leur pratique de suivi du traitement par PPC : clinique et rapport de machine. Le comité conseille de varier les types de rapport de machine (et les types de machines) en fonction des problèmes classiques de suivi :
 - Cas normal, bien traité
 - IAH résiduel élevé
 - Bonne observance, sans fuite mais sans bénéfice clinique (somnolence résiduelle)
 - Mauvaise observance,
 - Fuites, sécheresse de bouche, érosion cutanée
 - Choix des bornes de pression pour les auto-PPC
 - Aptitude professionnelle
- **Contexte réglementaire** :
 - Modalités de prise en charge de la polygraphie ventilatoire par l'assurance maladie,
 - Indications et critères de prise en charge et modalités de prescription des traitements par PPC et OAM.
 - Liberté du choix du PSDM
 - PPC chez l'enfant de moins de 16 ans (JO),
- Réglementation de la conduite automobile de véhicules légers ou lourds dans le SAOS
- **Formation complémentaire « Retour d'expérience » : un an après (durée 4h)**
 - Retour d'expérience pratique, cas qui ont posé problème
 - Quelques éléments sont proposés, issus de la formation avancée :
 - Que faire face à un IAH léger à modéré ?
 - Patients paucisymptomatiques
 - Quel suivi pour les orthèses d'avancée mandibulaire ?
 - Découverte d'un syndrome d'apnée centrale du sommeil
 - Somnolence résiduelle sous PPC
 - Patient avec COMISA (comorbidité insomnie apnée)
 - Syndrome des jambes sans repos
 - Patient avec troubles dépressifs et troubles anxieux
 - Patient non observant