

Recommandations destinées aux médecins et aux centres de médecine du sommeil accrédités pour la prise en charge de patients souffrant de somnolence diurne

Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie: commission des transports Prof. Johannes Mathis, Leiter Schlaf-Wach-Zentrum, Neurologische Universitätsklinik, Inselspital, Universität Bern; Prof. Malcolm Kohler, Direktor Klinik für Pneumologie, Universitätsspital Zürich, PD Dr. Dr. Ulrich Hemmeter, Chefarzt St. Gallische Kantonale Psychiatrische Dienste, Sektor Nord, Dr. Rolf Seeger, Institut für Rechtsmedizin, Verkehrsmedizin, Universität Zürich.

Nouvelle version valable à partir du 1er janvier 2017

Adoptée par le comité de la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie le 20 juin 2016

Sommaire

- A. Avant-propos
- B. Introduction
- C. Recommandations destinées aux médecins traitants
- D. Recommandations destinées aux centres de médecine du sommeil accrédités
- E. Mesures concrètes
- F. Check-list pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite en cas de somnolence
- G. Questionnaire de dépistage de la somnolence diurne et de l'apnée du sommeil (Commission européenne)
- H. Confirmation des informations concernant les risques liés à la somnolence diurne
- I. Références

A. Avant-propos

L'évaluation de l'aptitude à la conduite ou de la capacité de conduire en cas de tendance accrue à l'endormissement relève de l'obligation de diligence médicale et constitue une mission quotidienne essentielle des médecins praticiens et des centres de médecine du sommeil accrédités. La Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie (SSRSMSC) a révisé et complété les recommandations datant de 2007 [1].

Outre la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie (SSRSMSC), ces recommandations sont soutenues par les sociétés de discipline suivantes: Société Suisse de Neurologie (SSN), Société Suisse de Pneumologie (SSP), Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP) et Société Suisse de Médecine Légale (SSML).

B. Introduction

Selon les données de l'Office fédéral de la statistique, seuls environ 1-2% des accidents de la circulation sont dus à la «fatigue excessive». Des études scientifiques réalisées à l'étranger font cependant état d'un pourcentage beaucoup plus élevé, s'élevant probablement à 10-20% de l'ensemble des accidents. Les accidents mortels sont causés de manière particulièrement fréquente par l'endormissement au volant. En effet, ces accidents ont lieu à pleine vitesse, ce qui a généralement pour conséquence une issue plus grave [2, 3, 4].

1. Situation juridique en Suisse

Aptitude à la conduite et capacité de conduire:

Les maladies ou les états associés à une somnolence diurne accrue influencent tant l'**aptitude à la conduite** (exigences médicales fondamentales) que la **capacité de conduire** (état momentané du conducteur).

L'**aptitude à la conduite** désigne la faculté physique et psychique générale, ni temporaire ni liée à un événement, permettant de manœuvrer en toute sécurité un véhicule à moteur dans la circulation routière. Ceci suppose de satisfaire à des conditions telles qu'une acuité visuelle et des facultés cognitives suffisantes, et exclut la présence d'états tels que pertes de connaissance ou somnolence diurne chronique.

Les fondements juridiques de l'aptitude à la conduite sont définis dans la Loi fédérale sur la circulation routière (LCR) et dans l'ordonnance réglant l'admission à la circulation routière (OAC) (annexe 1).

L'article 14, alinéa 2, prévoit qu'«est apte à la conduite celui qui a les aptitudes physiques et psychiques requises pour conduire un véhicule automobile en toute sécurité».

L'annexe 1 de la version révisée de l'OAC, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2016, prévoit pour toutes les catégories de permis que le conducteur ne doit être atteint d'aucune «**maladie entraînant une somnolence diurne accrue**». Concrètement, cela signifie qu'en cas de traitement efficace de la somnolence (par ex. un traitement par CPAP en cas de syndrome d'apnée obstructive du sommeil), l'aptitude à la conduite est établie.

La capacité de conduire est définie comme la faculté physique et psychique momentanée et liée à un événement, de pouvoir conduire un véhicule de manière sûre. Ses fondements juridiques se trouvent dans l'article 31, alinéa 2, de la Loi fédérale sur la circulation routière:

«Toute personne qui n'a pas les capacités physiques et psychiques nécessaires pour conduire un véhicule parce qu'elle est sous l'influence de l'alcool, de stupéfiants, de médicaments ou **pour d'autres raisons**, est réputée incapable de conduire pendant cette période et doit s'en abstenir.»

L'article 31, alinéa 1, prévoit que «le conducteur devra rester constamment maître de son véhicule de façon à pouvoir se conformer aux devoirs de la prudence». Ceci indique que le conducteur doit disposer, outre d'une capacité de base, d'une **réserve de capacité** permettant de surmonter des situations difficiles imprévisibles (une interprétation confirmée à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral).

Droit de signalement médical

D'après la Loi fédérale sur la circulation routière (LCR), tous les médecins sont habilités à signaler aux autorités de la circulation routière les personnes inaptes à la conduite ou dont l'aptitude à la conduite est discutable, et ce, sans même être déliés de l'obligation du secret médical. L'article 15d, alinéa 1, énonce ainsi: «Si l'aptitude à la conduite soulève des doutes, la personne concernée fera l'objet d'une enquête, notamment [dans le] cas [d'une] communication d'un médecin selon laquelle une personne n'est pas apte, en raison d'une maladie physique ou mentale ou d'une infirmité, ou pour cause de dépendance, de conduire un véhicule automobile en toute sécurité.» L'alinéa 3 prévoit que «les médecins sont libérés du secret professionnel dans le cas des communications au sens de l'al. 1, let. e. Ils peuvent notifier celles-ci directement à l'autorité cantonale responsable de la circulation routière ou à l'autorité de surveillance des médecins.»

2. Obligations du médecin

Il n'existe actuellement aucune méthode de test validée offrant une prédiction fiable du risque d'accident lié à la somnolence diurne excessive. De nombreux facteurs aux interactions complexes jouent un rôle et doivent être pris en compte dans l'évaluation par le médecin du risque d'accident, et donc de l'aptitude à la conduite:

1. la sévérité de la somnolence;
2. la capacité de prendre conscience à temps de la somnolence;
3. le comportement raisonnable du conducteur;
4. d'éventuelles comorbidités pouvant augmenter le risque de micro-sommeil.

Pour le médecin traitant, l'objectif du diagnostic et du traitement est avant tout de maintenir ou de restaurer (= **rééducation à la conduite**) l'aptitude à la conduite du patient, ce qui est souvent possible en cas de somnolence diurne. Il convient avant tout d'éviter que les patients ne refusent une prise en charge et un traitement médical du fait de règles trop strictes dans l'évaluation de l'aptitude à la conduite, et que, par peur de perdre leur permis de conduire, ils ne continuent à conduire sans être traités.

Chez la plupart des patients, la rééducation à la conduite et, parallèlement, l'évaluation de l'aptitude à la conduite sont souvent mieux pris en charge par le médecin de famille et les médecins spécialistes impliqués que par des experts externes ou une institution indépendante. Les médecins traitants ont une meilleure connaissance de la fiabilité des patients et des éventuelles comorbidités. En revanche, dans le cadre de leur obligation de diligence, ils doivent bien s'informer sur les conditions médicales et légales que doivent remplir les usagers de la route et les salariés.

Des documents pratiques portant sur l'évaluation de l'aptitude à la conduite et la rééducation à la conduite (recommandations suisses et étrangères, lignes directrices, etc.) et des adresses de médecins spécialistes issus de toutes les disciplines disposant d'une expérience en médecine du trafic peuvent être consultés sur les sites internet suivants: www.swiss-sleep.ch; www.sgrm.ch/fr/medecine-du-traffic.

C. Recommandations pour le médecin traitant

1. Responsabilité

La responsabilité primaire de la conduite sûre d'un véhicule à moteur incombe très clairement au **conducteur**. C'est à lui qu'incombe la responsabilité de signaler ses symptômes et maladies au médecin et, le cas échéant, à l'employeur si l'aptitude à la conduite ou la capacité de travail s'en trouve altérée(s). Il est admis que la somnolence est perçue subjectivement avant que la capacité de conduire un véhicule ne soit sévèrement réduite.

La **responsabilité primaire du médecin traitant** est **d'informer** le patient des risques liés à la somnolence au volant et au travail, de la responsabilité qui lui incombe de prendre des contre-mesures efficaces, ainsi que des possibles conséquences légales en cas d'accident causé par le micro-sommeil. Le médecin devrait bien se renseigner au sujet des conditions que le patient doit remplir en tant que professionnel de la conduite. Dans l'aviation ou dans le secteur ferroviaire, il est intéressant de consulter le service médical des entreprises afin d'obtenir des informations supplémentaires, ce qui peut, dans un premier temps, être fait de manière anonyme (voir www.swiss-sleep.ch/driving).

Il relève également de l'obligation de diligence du médecin d'évaluer si le patient est en mesure de gérer de manière raisonnable une éventuelle somnolence diurne et si ses déclarations sont fiables (comorbidités?).

Si le patient refuse d'entendre raison pour poursuivre les examens ou suivre un traitement, voire pour s'abstenir de conduire, le médecin pourra faire usage de son droit de signaler le cas aux autorités de la circulation routière (art. 15d LCR).

2. Information

Le médecin doit informer le patient non seulement des causes et des possibilités de traitement d'une somnolence diurne accrue, mais aussi de ses conséquences, et notamment du fait que la sûreté de la conduite d'un véhicule à moteur ou de l'exécution de certaines tâches est diminuée. Les aspects suivants devront être abordés à la **première consultation** et consignés par écrit:

- a. Les **signes de somnolence** typiques doivent être énumérés: besoin irrésistible de fermer les yeux, difficultés à se concentrer sur les perceptions sensorielles, les influences environnementales et les activités en cours, vision floue, diplopie, paupières lourdes, bâillements, diminution des mouvements et des activités automatiques comme par ex. l'oubli de plus en plus fréquent de regarder dans le rétroviseur, perte de tonus musculaire, difficultés à maintenir une vitesse constante ou une trajectoire constante, etc.
- b. Le médecin devra aussi rendre le patient attentif au fait que les prétendues **contre-mesures**, qui consistent entre autres à baisser les vitres, à mettre la musique à fond, à fumer une cigarette ou à mâcher un chewing-gum, sont inefficaces pour prévenir un endormissement imminent. Le seul moyen efficace est de s'arrêter sur une aire de repos et de faire une sieste pour récupérer.

D'après une étude scientifique, une boisson caféinée prise immédiatement avant de dormir améliorerait encore la vigilance au réveil. Le patient doit aussi être rendu attentif au fait que la somnolence peut se renforcer très rapidement et qu'il y a donc lieu d'interrompre le voyage même si l'on se trouve très près du but. Il convient pour les patients souffrant de somnolence diurne de veiller à ne jamais manquer de sommeil, de ne pas entreprendre de trajets nocturnes ou sous l'influence de l'alcool, même en petite quantité, et d'éviter les trajets trop longs.

- c. Le médecin informera aussi le patient de la **situation juridique** en précisant que le fait de s'endormir au volant est jugé aussi sévèrement qu'un accident survenu sous l'influence de l'alcool, parce que la conduite d'un véhicule à moteur dans un état de somnolence est également considérée comme un acte de négligence. Elle est en outre interprétée comme une infraction grave au Code de la route, ce qui peut entraîner, en plus de l'éventuelle instruction pénale, un retrait du permis de conduire pour plusieurs mois, une amende et un recours de l'assurance.

On peut escompter qu'un patient raisonnable et dûment prévenu par de telles informations, même s'il est sujet à une somnolence diurne légère à modérée, prendra généralement ses responsabilités en choisissant de se comporter correctement et en décidant de son propre arbitre s'il est capable ou non de conduire ou de travailler. Si un traitement efficace est mis en place dans l'espace d'environ 3 mois, il n'est généralement pas nécessaire de lui demander de s'abstenir de conduire.

En cas de somnolence diurne sévère et incontrôlable (lorsque le patient s'endort même lors d'activités telles que manger ou parler), le patient doit **s'abstenir de conduire un véhicule** jusqu'à ce qu'il ait été examiné et reçu un traitement efficace. Le médecin doit inviter les chauffeurs professionnels et les salariés devant conduire des véhicules et engins (pilotes, conducteurs de locomotive, grutiers, etc.) à informer leur employeur de leur inaptitude temporaire à la conduite (un consentement écrit définissant une période peut éventuellement être établi).

Le médecin devra consigner par écrit cet entretien d'information et ses recommandations concrètes dans ses **dossiers médicaux ou dans une lettre conciliaire**. Il est également utile d'utiliser à cette fin un **document d'information** préalablement rédigé que le patient signera (voir chapitre H).

La maladie sous-jacente devra bien entendu faire l'objet d'un traitement optimal, ce qui n'est pas abordé dans ce document. La décision définitive quant à l'aptitude à la conduite sur le long terme ne pourra généralement être prise qu'une fois un traitement optimal mis en place.

3. Evaluation de la somnolence

La somnolence diurne est le symptôme fréquent de très nombreuses affections neurologiques, psychiatriques ou relevant de la médecine interne, et elle peut également résulter de la prise d'une longue liste de médicaments, qui ne sera pas détaillée ici (voir [5]). L'évaluation de l'aptitude à la conduite ne doit pas dépendre principalement d'un **diagnostic** (par exemple: syndrome d'apnée du sommeil ou narcolepsie, etc.). Il n'existe pas en Suisse d'obligation de signalement aux autorités à cet égard. Le degré de sévérité de la somnolence varie fortement d'un patient à l'autre et pour une même maladie.

L'aptitude à la conduite sera donc déterminée par le type et l'**ampleur de la somnolence diurne**, et par la capacité du patient à percevoir cette somnolence et à la gérer de manière raisonnable. Il ne faut tout de même pas oublier que la somnolence peut apparaître plus rapidement en cas de narcolepsie et que les mécanismes de compensation sont alors souvent plus altérés que dans d'autres causes de somnolence diurne. En cas de somnolence iatrogène due à des médicaments sédatifs (benzodiazépines et autres hypnotiques, antihistaminiques, analgésiques d'action centrale, certains antidépresseurs et antipsychotiques, anticholinergiques, dopaminergiques, etc.), il est particulièrement important de rendre le patient attentif à cet effet indésirable avant le début du traitement, car la prescription de médicaments ayant des effets pertinents sur la capacité de conduire est soumise à une **obligation d'informer**.

Il n'existe aucun **paramètre de mesure** permettant une évaluation fiable du degré de sévérité de la somnolence. En particulier, les mesures obtenues lors d'une polysomnographie (efficacité du sommeil, index d'apnée-hypopnée [IAH], index de désaturation en oxygène, etc.) ne sont que très mal corrélées avec la somnolence. Les meilleurs instruments demeurent l'anamnèse médicale et l'examen clinique suivis d'une évaluation qui intègre tous les résultats d'examens disponibles. Les questionnaires standardisés, comme par exemple l'échelle d'Epworth [6], ne sont utiles qu'en tant qu'instruments de dépistage. Ils ne permettent pas d'établir de manière définitive l'aptitude à la conduite.

Bien que des valeurs d'Epworth >10 soient déjà un indicateur de somnolence, des valeurs d'Epworth ≥15 ou un IAH >30/h suggèrent la présence d'une somnolence diurne excessive et devraient, si celle-ci ne peut être traitée, servir d'argument pour adresser le patient à un centre de médecine du sommeil accrédité afin d'établir un diagnostic précis de la somnolence à l'aide d'un test de maintien de l'éveil (TME/MWT) destiné à évaluer l'aptitude à la conduite. Un IAH compris entre 15 et 30/h est interprété comme un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) d'intensité modérée, notamment en ce qui concerne les conséquences cardiovasculaires et cérébrovasculaires; il ne permet toutefois pas de se prononcer sur la somnolence diurne dans un cas particulier. D'autres tests de vigilance (Osler, test de vigilance psychomotrice, Steer Clear, examen de la pupille, etc.) ne peuvent également être utilisés qu'afin de compléter l'examen clinique, et non comme méthode de sanction. Une mauvaise observance du traitement par CPAP (<4 h) représente un facteur de risque d'accident de la circulation et justifie d'adresser le patient à un centre de médecine du sommeil accrédité [7]. La liste des centres de médecine du sommeil accrédités est disponible sur le site www.swiss-sleep.ch.

Sous la direction du professeur McNicholas, la Commission européenne a élaboré en 2013 un algorithme destiné aux autorités [8], qui permet d'évaluer les somnolences diurnes problématiques et de reconnaître les SAOS (voir chapitre G) avant de procéder, le cas échéant, à un examen médical. Une recommandation similaire a été publiée aux Etats-Unis par la American Thoracic Society [9].

Une somnolence diurne significative ne devrait pas être ignorée même si le patient est examiné pour d'autres raisons. Lorsqu'une somnolence anormale coexiste avec des déficits cognitifs ou des handicaps moteurs, il faut également s'attendre à des capacités de compensation amoindries.

4. Evaluation de la perception de la somnolence

Sur la base de la littérature disponible, on considère généralement que la somnolence au volant est toujours perçue avant que les facultés du conducteur ne soient affectées de manière significative. On ne sait cependant pas de manière précise si les conducteurs évaluent correctement cette somnolence et s'ils prennent ensuite les bonnes décisions. La perception subjective de la somnolence dans les conditions du test de maintien de l'éveil (TME/MWT) ne peut pas être comparée à la perception observée dans un simulateur de conduite ou en conditions réelles [10].

Il est avant tout possible de déterminer si un patient est capable de percevoir avec fiabilité sa propre somnolence au volant et d'agir en conséquence sur la base de ses éventuelles expériences antérieures de micro-sommeil au volant, voire d'accidents ou d'accidents évités de justesse après un assoupissement au volant. C'est la raison pour laquelle les patients ayant déjà fait de telles expériences devraient de préférence être adressés à un centre de médecine du sommeil accrédité.

5. Evaluation de la fiabilité du patient

Le diagnostic d'une somnolence diurne pathologique n'est souvent posé que plusieurs années après le début de la maladie. Certains de ces patients ont roulé sans accidents pendant plusieurs années, parce qu'ils ont appris à se comporter raisonnablement dès qu'ils percevaient des signes de somnolence.

Si le médecin traitant doute de la **fiabilité du patient**, une anamnèse recueillie auprès de tierces personnes peut s'avérer utile. S'il existe des raisons de penser que le patient évalue mal sa somnolence ou s'il n'est pas coopérant, le médecin devra l'adresser à un centre de médecine du sommeil accrédité pour un examen approfondi. Des doutes sur la fiabilité du patient seront émis si l'on observe des divergences entre les données d'anamnèse, celles d'éventuelles anamnèses de tiers (accidents antérieurs) et les résultats de l'examen ou de tests complémentaires (tests de vigilance). Un comportement à risque accru devrait également être envisagé en présence de **comorbidités** telles que l'abus d'alcool ou de médicaments, une mauvaise hygiène du sommeil avec un déficit fréquent en sommeil, ou encore en cas de déficits cognitifs ou de traits de caractère agressif.

6. Examens de contrôle

Les patients souffrant d'affections du sommeil devraient consulter tous les ans pour contrôle un médecin spécialiste possédant un **certificat de capacité en médecine du sommeil**. En cas de situation clinique instable, chez les patients qui ne sont pas fiables, ou en présence de comorbidités multiples, l'intervalle entre les contrôles peut être réduit à 6 mois. Pour les conducteurs du groupe 1 (véhicules de tourisme), les contrôles peuvent être espacés d'une durée allant jusqu'à 3 ans en cas d'évolution favorable.

D. Recommandations pour les centres de médecine du sommeil accrédités

Il n'existe pas d'examens complémentaires objectifs permettant une évaluation fiable de l'aptitude à la conduite et du futur risque d'accident de la circulation ou du travail. C'est pourquoi les instruments de mesure objectifs doivent toujours être replacés dans le contexte clinique.

Le test objectif le plus étudié, que nous recommandons également pour quantifier la somnolence, est le test de maintien de l'éveil (TME/MWT), pour lequel la mesure de la somnolence est basée sur la dérivation de l'EEG.

Pour le TME/MWT, le patient est assis pendant 40 minutes dans une pièce isolée du bruit et faiblement éclairée (dans le centre de médecine du sommeil accrédité); il a pour consigne de rester éveillé aussi longtemps que possible. Le test est renouvelé quatre fois au cours de la journée et la durée d'endormissement (déterminée par une époque d'un stade de sommeil quelconque, conformément aux critères de la *American Academy of Sleep Medicine [AASM]*), est mesurée.

Les examens en simulateur de conduite ou des tests de performance similaires (Psychomotor Vigilance, Steer Clear, Osler Test, examen de la pupille, tests neuropsychologiques, etc.) ne peuvent, faute de données suffisantes, être recommandés comme véritable remplacement du TME/MWT. Ils peuvent toutefois s'avérer d'un précieux secours pour compléter l'examen clinique et pour évaluer les comorbidités.

Afin d'évaluer l'aptitude à la conduite de manière définitive et à long terme, il convient de procéder au TME/MWT alors que le patient reçoit un traitement optimal. Le patient doit au préalable être informé de la finalité spécifique du test. En cas d'apnée du sommeil, cela suppose de mettre d'abord en place un traitement par CPAP parfaitement réglé; pour la narcolepsie et les autres hypersomnies, cela suppose un traitement symptomatique global. Contrairement au TME/MWT réalisé à des fins diagnostiques, lors du TME/MWT destiné à évaluer l'aptitude à la conduite, les patients devraient être autorisés à boire du café et des boissons caféinées dans des quantités habituelles.

Critères médicaux pour le groupe 1 (catégories de permis de conduire pour les véhicules jusqu'à 3,5 t à usage privé, par ex. véhicules de tourisme, motos, etc.)

Outre la prise de son traitement habituel, ainsi que de café et autres boissons caféinées en quantité habituelle, les patients (uniquement pour le groupe 1) auront également le droit de faire une sieste de 20 minutes maximum à l'heure du déjeuner, dans la mesure où cela fait partie de leurs habitudes quotidiennes.

De manière générale, on considère que l'aptitude à la conduite pour des trajets privés suppose de ne jamais s'endormir en moins de 20 minutes lors des quatre tests du TME/MWT. Une durée d'endormissement comprise entre 20 et 33 minutes est considérée comme un résultat «douteux»; une latence ≥ 34 minutes est considérée comme sûre. Si les valeurs sont comprises entre 20 et 33 minutes, une attention particulière devra être portée à une gestion raisonnable de la somnolence et aux éventuelles comorbidités. Il n'existe pas à l'heure actuelle de comparaisons fiables entre les performances de conduite sur route et en simulateur pour les épisodes de micro-sommeil <15 secondes. Un épisode de sommeil isolé et bref (<5 s) devrait être considéré comme normal dans les conditions du TME/MWT, tandis que des épisodes de sommeil répétés ou plus longs (>5 s) sont sans doute problématiques. En cas de doute, il convient de renouveler le TME/MWT destiné à évaluer l'aptitude à la conduite.

Critères médicaux pour le groupe 2 (permis de conduire des catégories

supérieures, telles que cars, poids lourds, transport professionnel de personnes)

Chez les chauffeurs professionnels, le sommeil ne devrait jamais se manifester avec une latence <34 minutes lors des quatre tests du TME/MWT. En cas d'épisodes de micro-sommeil dans les 34 premières minutes ou en cas de résultats limites, il est conseillé de renouveler le TME/MWT destiné à évaluer l'aptitude à la conduite quelques mois après l'optimisation du traitement et de l'hygiène de sommeil.

E. Mesures concrètes

L'information du patient souffrant de somnolence diurne et les éventuels examens

complémentaires peuvent se dérouler en suivant les trois niveaux suivants:

1. Médecin traitant, généraliste, interniste, neurologue, pneumologue, psychiatre, etc.
2. Centre de médecine du sommeil accrédité
3. Médecin du trafic SSML (généralement auprès d'un institut de médecine légale)

1. Aptitude à la conduite pour le groupe 1

Lors de déplacements privés, la pression est moins forte de terminer le trajet sans tenir compte des premiers signes d'une somnolence. Le conducteur a donc la possibilité de s'arrêter pour faire un petit somme; il est libre de planifier son voyage en conduisant pendant le nombre d'heures qu'il juge adapté et en se ménageant les temps de pause nécessaires.

Niveau 1 pour les patients sans antécédents d'accident

- Chez les patients sans antécédents d'accident causé par le micro-sommeil, l'information et l'évaluation sont généralement prises en charge par le médecin traitant, comme décrit au chapitre C. En cas d'observance insuffisante, de refus d'être examiné et/ou de recevoir un traitement, ou en cas d'échec de la thérapie, nous conseillons d'adresser le patient à un centre de médecine du sommeil accrédité. Dans des cas critiques, un signalement aux autorités de la circulation routière peut être fait conformément à l'article 15d de la LCR.

Niveau 2 pour les patients ayant des antécédents d'accident ou d'accident évité de justesse

- On recommande de toujours adresser le patient à un centre de médecine du sommeil, lorsque celui-ci **a déjà provoqué un accident** après s'être endormi au volant. Le fait que le patient ait déjà provoqué un accident par le passé en s'endormant au volant porte à croire qu'il a eu un comportement inapproprié lorsque la somnolence est apparue et que cela pourrait se reproduire. Un examen médical de la somnolence diurne doit alors être réalisé dans un centre de médecine du sommeil accrédité, où, le cas échéant, une mesure objective peut être réalisée à l'aide d'un TME/MWT destiné à l'évaluation de l'aptitude à la conduite.

En cas d'accident constaté par la police ayant une possible cause médicale, les autorités ont pour devoir de faire examiner l'aptitude à la conduite par un médecin de confiance de l'autorité de la circulation routière du canton ou par un médecin du trafic SSML (généralement auprès d'un institut de médecine légale) (→ niveau 3). En cas d'accident causé par un micro-sommeil, cet examen est généralement réalisé en partenariat avec un centre de médecine du sommeil accrédité.

Niveau 3 pour les patients non coopératifs

- Si aucun consensus avec le patient ne peut être trouvé même après un examen approfondi au centre de médecine du sommeil, le responsable du centre ainsi que le patient ont la possibilité de solliciter un deuxième avis auprès d'un **médecin du trafic SSML** (généralement auprès d'un institut de médecine légale) ayant de l'expérience dans l'évaluation des conducteurs somnolents. Cette démarche équivaut cependant à un signalement aux autorités.

Ce n'est pas le médecin qui décide en dernier ressort si un patient est ou non apte à conduire. Cette décision appartient aux autorités, qui peuvent solliciter l'avis du médecin traitant ou du médecin du trafic à titre d'expert.

2. Aptitude à la conduite pour le groupe 2

Les chauffeurs professionnels ont un risque plus élevé de somnolence au volant, pour différentes raisons:

- a. Leur temps de conduite net par jour est en général plus élevé que chez les conducteurs de véhicules de tourisme.
- b. Ils sont souvent amenés à travailler de nuit, à des heures où le rythme circadien les expose à un risque d'endormissement plus élevé. La qualité de leur sommeil est affectée défavorablement par l'environnement (poste de conduite) et par le travail de nuit.
- c. Le principal facteur de risque demeure cependant la pression des horaires liée aux objectifs (obligation de rouler). Cette contrainte empêche souvent le chauffeur de se comporter de manière adéquate, par exemple en s'accordant une courte sieste pendant le temps de pause.

Les chauffeurs de cars, les conducteurs de camions, de taxis et de locomotives, les pilotes et autres personnes exerçant de telles professions à responsabilité qui souffrent de somnolence devraient de manière générale être examinés et pris en charge dans des centres de médecine du sommeil accrédités (→ niveau 2), où, généralement, une mesure objective par TME/MWT est également réalisée.

Si aucune solution consensuelle n'est trouvée (en particulier en cas de défaut d'observance du traitement), ces personnes devraient être adressées, via les autorités de la circulation routière, à un médecin du trafic SSML (généralement auprès d'un institut de médecine légale) ayant de l'expérience dans l'évaluation de la somnolence au volant (→ niveau 3).

3. Aptitude à la conduite pour les contrôles périodiques des conducteurs âgés de > 70 ans

La loi prévoit que l'évaluation de l'aptitude à la conduite des conducteurs âgés de > 70 ans se fait tous les 2 ans. Cette tâche officielle a été transférée en 2016 dans toute la Suisse aux médecins de famille, qui, lors de cette évaluation, sortent du rapport soignant-patient pour assumer une tâche médicale officielle. Ceci change également la responsabilité qu'ont les médecins vis-à-vis du législateur, puisque, en pareille situation, le médecin se voit confier le mandat (et non plus seulement l'autorisation) de signaler aux autorités un patient inapte à la conduite. Si l'aptitude à la conduite est remise en question à cause d'une somnolence diurne, l'autorité cantonale de la circulation routière doit en être informée en même temps que des examens complémentaires doivent être proposés.

Les médecins traitants devraient cependant traiter les conducteurs plus âgés de manière optimale (de même que tous les autres) déjà avant les examens périodiques de contrôle, le cas échéant, en collaboration avec un médecin spécialiste détenteur d'un certificat de capacité en médecine du sommeil ou avec un centre de médecine du sommeil accrédité.

F. Check-list: évaluation de l'aptitude à la conduite en cas de somnolence

1) Médecin traitant

Anamnèse et anamnèse de tiers

- Tendances subjective à l'endormissement / somnolence diurne
- Questionnaire de dépistage (voir G)
- Accidents réels ou évités de justesse
- Durée du sommeil par 24 heures (jours de la semaine, week-ends, vacances)
- Signes de maladies neurologiques, internes ou psychiatriques pouvant être associées à une diminution de la vigilance ou de l'aptitude à la conduite (par ex. syndrome d'apnée du sommeil, narcolepsie, maladie de Parkinson, hypothyroïdie, dépression, etc.)
- Alcool, drogues, médicaments favorisant le sommeil (sommifères, certains antidépresseurs, antihistaminiques, dopaminergiques, etc.)
- Travail de nuit / chauffeur professionnel
- Appréciation de la fiabilité / du caractère raisonnable du patient

Examen physique

- Signes de somnolence, signes indiquant la prise de médicaments ou de stupéfiants
- Suspicion du syndrome d'apnée du sommeil
- Signes de maladies neurologiques, internes, ou psychiatriques pouvant être associées à une diminution de la vigilance ou de l'aptitude à la conduite

Information au patient/rapport

- Entretien d'information (dangers, contexte juridique, conséquences éventuelles, mesures correctrices)
- Consigner par écrit l'information au patient (éventuellement, document d'information sur le modèle du formulaire du chap. H)

Contrôles de suivi

- Contrôles cliniques annuels si seul un traitement symptomatique est possible
- Réduction de l'intervalle entre les contrôles pour les patients qui ne sont pas fiables ou en présence de comorbidités
- Dans un centre de médecine du sommeil accrédité en cas de TME/MWT «douteux» pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite

Orientation vers un centre de médecine du sommeil accrédité (www.swiss-sleep.ch)

- Lorsque le patient a déjà provoqué un accident en s'endormant au volant
- Pour les chauffeurs professionnels
- Chez les conducteurs âgés de >70 ans, si l'aptitude à la conduite est incertaine en raison d'une somnolence diurne
- Lorsqu'un deuxième avis est souhaité

Examens complémentaires

- Test de maintien de l'éveil (TME/MTW, 40 minutes) sous traitement optimal (y compris café et stimulants)
- D'autres tests de vigilance (test de vigilance psychomotrice, Osler, Steer Clear, simulateur de conduite, etc.) peuvent être réalisés afin d'obtenir des indications supplémentaires pour l'évaluation clinique mais ne permettent pas de prendre une décision définitive.

Délais de contrôle

- Contrôles annuels chez le spécialiste
- En cas de latence limite (20-33 minutes), renouveler 1-2 fois le TME/MWT destiné à évaluer l'aptitude à la conduite; chez les patients non fiables éventuellement plus longtemps.

Signalement aux autorités

- Lorsque le patient refuse d'entendre raison ou en cas de défaut d'observance du traitement, un signalement à l'autorité cantonale de circulation routière selon l'article 15 de la LCR est possible. Celui-ci est généralement suivi d'un examen de l'aptitude à la conduite par un médecin du trafic SSML (généralement auprès d'un institut de médecine légale).

G. Questionnaire de dépistage de la somnolence diurne et SAOS (Commission européenne)

Les questions suivantes ont été conseillées à des fins de dépistage par la Commission européenne en complément de l'échelle d'Epworth pour l'évaluation des risques en cas de somnolence diurne et pour le dépistage d'un SAOS [8]:

1. Sexe: masculin = 2, féminin = 1 point(s)
2. Age: >30 ans = 2, <30 ans = 1 point(s)
3. Taille
4. Poids:
IMC ≤ 30 = 1; IMC 31-35 = 2; IMC ≥ 35 = 3 point(s)
5. Vous êtes-vous déjà endormi au volant? (oui = 3 / non = 0 / je ne sais pas = 2)
6. Accident causé par le micro-sommeil ayant entraîné des dommages matériels ou aux personnes au cours des 3 dernières années?
(oui = 4 / non = 0 / je ne sais pas = 3)
7. Ronflement sonore toutes les nuits (oui = 2 / non = 0 / je ne sais pas = 1)
8. Pausés respiratoires durant le sommeil (oui = 1 / non = 0 / je ne sais pas = 0)
9. Réveil frais et dispos après une nuit de sommeil ininterrompu
(oui = 0 / non = 2 / je ne sais pas = 1)
10. Echelle d'Epworth ≤ 10 = 0 / 11-14 = 2 / ≥ 15 = 4

L'évaluation du risque se fait au moyen d'un algorithme qui pondère le sexe masculin, un âge >30 ans, un IMC >30 voire >36, et toutes les réponses défavorables ou «je ne sais pas» comme des facteurs aggravants.

Un total des facteurs >10 indique une suspicion de somnolence diurne (en particulier de SAOS) et appelle un examen médical, avant d'établir l'aptitude à la conduite ou de signaler le patient aux autorités.

Nous recommandons également un examen médical en cas de score d'Epworth ≥ 15 , afin de vérifier la présence éventuelle d'autres causes de somnolence diurne.

H. Confirmation de l'information par le médecin

Information sur les risques d'accident de la circulation routière et du travail liés à la somnolence diurne

Je confirme, que le Dr m'a informé des causes, des suites possibles et des conséquences légales de la conduite et du travail malgré une somnolence diurne.

J'ai également été informé du fait que, en cas de somnolence, la seule mesure efficace consiste à gagner une aire de repos, boire du café et faire une sieste. Toutes les autres mesures prises pour poursuivre la route, telles qu'ouvrir la vitre, mettre la musique plus fort, fumer, boire, etc., n'ont pas d'effet durable.

J'ai connaissance du fait que le manque de sommeil, l'alcool même en petite quantité, les trajets nocturnes ou d'une certaine distance présentent un risque accru de micro-sommeil. Ces facteurs de risque devraient être évités pour permettre une conduite sûre.

J'ai compris qu'un accident causé par le micro-sommeil est puni aussi sévèrement qu'un accident sous l'influence de l'alcool et entraîne non seulement le retrait du permis, mais également une amende et un recours de l'assurance.

Je suis conscient du fait que j'assume seul la responsabilité si je décide de conduire un véhicule à moteur en cas de somnolence ou de réaliser des travaux avec un risque d'accident. Il est également de ma responsabilité d'informer d'ici le mon médecin et mon employeur de symptômes affectant ma capacité de conduire ou de travailler.

J'ai eu la possibilité de poser des questions supplémentaires en cas de doute et je confirme donc avoir bien compris toutes les explications.

Lieu et date

Nom et signature

.....

.....

I. Références

- 1 Mathis J, Seeger R., Kehrer Ph., Wirtz G. Fahreignung bei Schläfrigkeit
Empfehlungen für Ärzte bei der Betreuung von Patienten mit vermehrter Schläfrigkeit.
Schweiz. Med Forum 7: 328–332 (2007)
- 2 Mathis J, Seeger R, Ewert U. Excessive daytime sleepiness, crashes and driving
capability. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 154: 329-338 (2003).
- 3 Laube, R Seeger, E. W. Russi, and K. E. Bloch. Accidents related to sleepiness: review
of medical causes and prevention with special reference to Switzerland.
Schweiz.Med.Wochenschr. 128: 1487-1499 (1998).
- 4 Horstmann S, Hess C.W., Bassetti C, Gugger M, Mathis J. Sleepiness-related accidents
in sleep apnea patients. Sleep 23 (3): 383-389 (2000).
- 5 Mathis J., Schreier D. Tagesschläfrigkeit und Fahrverhalten. Therapeutische Umschau:
71 (11): 679-686 (2014).
- 6 Bloch K. E, Schoch O. D, Zhang J. N, and Russi E. W. German version of the Epworth
Sleepiness Scale. Respiration 66 (5): 440-447 (1999).
- 7 Karimi M., Hedner J., Häbel H., Nerman O., Ludger Grote L. Sleep Apnea Related Risk
of Motor Vehicle Accidents is Reduced by Continuous Positive Airway Pressure: Swedish
Traffic Accident Registry Data. Sleep 38 (3): 341- 349 (2015)
- 8 McNicholas for the Obstructive Sleep Apnoea Working Group. New Standards and
Guidelines for Drivers with Obstructive Sleep Apnoea syndrome (2013),
http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/behavior/sleep_apnoea.pdf
- 9 Strohl KP, Brown DB, Collop N, George C, Grunstein R, Han F, Kline L, Malhotra A,
Pack A, Phillips B, Rodenstein D, Schwab R, Weaver T, Wilson K; ATS Ad Hoc
Committee on Sleep Apnea, Sleepiness, and Driving Risk in Noncommercial Drivers. An
official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: sleep apnea, sleepiness,
and driving risk in noncommercial drivers. An update of a 1994 Statement. Am J Respir
Crit Care Med. 187(11): 1259-66 (2013).
- 10 Schreier D. Roth C. Mathis J. Subjective perception of sleepiness in a driving simulator
is different from perception in the maintenance of wakefulness test. Sleep Medicine 16:
994-998 (2015)