Capacité à conduire un véhicule et somnolence.

Recommandations pour les médecins lors de la prise en charge de patients souffrant de somnolence.

Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie: Commission de la Circulation Routière: PD Dr. med. Johannes Mathis, Clinique neurologique universitaire, Berne; Dr.med. Rolf Seeger, Institut de médecine légale de l'Université de Zurich; Dr.med. Philippe Kehrer, Centre de Médecine du Sommeil, Genolier; Dr.med. Gustav Wirtz, Clinique psychiatrique universitaire de la Waldau, Berne.

A) Préambule

La Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie (SSRSMSC) a rédigé ces recommandations parce que l'évaluation de l'aptitude à la conduite – ou, en l'occurrence, de la capacité à conduire en cas de tendance accrue à l'endormissement – est une tâche importante à laquelle les médecins praticiens sont quotidiennement confrontés. Les déclarations suivantes se basent sur l'expérience clinique, la littérature scientifique – là où elle est disponible – et la pratique actuelle en Suisse et dans d'autres pays. Dans la mesure où il n'existe pas d'études prospectives randomisées dans ce domaine, les présentes recommandations n'ont pas valeur de directives, mais de simples conseils qui se veulent utiles dans la pratique en cabinet.

Outre la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie, les sociétés suivantes soutiennent ces recommandations: Société Suisse de Neurologie, Société Suisse de Pneumologie, Société Suisse de Psychiatrie.

B) Introduction

Le permis de conduire un véhicule à moteur, symbole de prestige social pour beaucoup, est souvent essentiel à l'exercice de certaines professions; il est aussi indispensable à de nombreuses activités de loisirs.

La loi fédérale suisse sur la circulation routière (LCR) stipule:

– « 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 (article 31, chiffre 2 LCR).

– « La capacité de conduire avec sûreté un véhicule peut être restreinte par des états passagers, par ex. après la consommation d'alcool ou en cas de somnolence (= *capacité de conduire* **;** article 31/alinéa 2 LCR), ou par des maladies ou infirmités. » (= *aptitude à la conduite* **;** art. 14/al. 2 lettres b-d LCR).

– « Tout médecin peut signaler à l'autorité de surveillance médicale ainsi qu'à l'autorité compétente pour délivrer ou retirer les permis de conduire, les personnes qui ne sont pas capables de conduire avec sûreté un véhicule automobile en raison de maladies, d'infirmités physiques ou mentales ou pour cause de toxicomanie » (art. 14/al. 4 LCR).

Selon des données de l'Office fédéral de la statistique, seuls environ 1 – 2 % des accidents de la route en Suisse sont provoqués par la somnolence. Or, des études scientifiques à l'étranger donnent pour ce type d'accidents un pourcentage nettement plus élevé, situé probablement entre 10 % et 20 % de l'ensemble des accidents. Les accidents dus à l'endormissement au volant en particulier sont généralement plus graves et très souvent mortels, car précédés d'aucun freinage.

On ne dispose pour l'heure d'aucune méthode de test validée qui offre une prédiction fiable du risque d'accident lié à la somnolence. 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 partant, de l'aptitude à la conduite.

Ces facteurs sont :

– la capacité d'identifier à temps la somnolence,

– la sévérité de la somnolence,

– le comportement raisonnable du conducteur.

Pour le médecin traitant, interdire à son patient de conduire son véhicule est souvent une décision délicate. Le risque existe aussi que des patients renoncent à aborder le problème de la somnolence chez leur médecin de peur de perdre leur permis de conduire. Par conséquence de nombreux patients souffrant de somnolence diurne continuent de prendre le volant sans être traité, ce qui pose clairement des problèmes de sécurité routière. Par ailleurs, dans le contexte d'une expertise ou d'une évaluation par une institution indépendante, il est souvent plus difficile d'obtenir toutes les informations pertinentes qui permettraient de déterminer la capacité à conduire.

Cette grande complexité rend impossible à l'heure actuelle l'énoncé de directives générales valides. Les recommandations proposées ici sont basées sur une étude systématique de la littérature, des recommandations émises dans d'autres pays et des avis d'experts. Elles sont destinées à aider le médecin traitant dans le conseil et la prise en charge des patients souffrant de somnolence diurne. Ne seront pas traitées ici les multiples causes de somnolence diurne qui incluent un comportement inadéquat (par ex. privation de sommeil), diverses maladies et la prise de médicaments sédatifs ou de drogues. Il va de soi que ces recommandations devront être continuellement revues à la lumière des nouvelles connaissances scientifiques.

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*. Bien que les victimes d'accidents ne se rappellent souvent pas s'être endormies au volant, elles ont *très probablement* ressenti mais pas réalisé des signes préalables de somnolence. On admet par conséquent qu'en règle générale, la somnolence est perçue subjectivement avant que la capacité de conduire un véhicule ne soit sévèrement réduite.

La *responsabilité primaire du médecin traitant* est donc *d'informer* le patient, de *l'avertir* des risques liés à la somnolence au volant et de le rendre attentif à ces signes annonciateurs de danger d'endormissement et à sa responsabilité personnelle prépondérante.

Si le patient refuse d'entendre raison, ou de poursuivre les examens ou le traitement, voire même de s'abstenir de conduire, le médecin aura le droit de *signaler le cas aux autorités* (art. 14/al. 4 LCR).

2. Information

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

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. La vision floue, la diplopie, les paupières lourdes, les bâillements, la diminution des mouvements et des activités automatiques (par ex. oubli de regarder dans le rétroviseur) ainsi que la perte de tonus musculaire sont également des signes de somnolence.

Le médecin devra aussi rendre le patient attentif au fait que les *mesures* qui passent pour contrer la somnolence, et qui consistent entre autres à baisser les vitres latérales, 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 un somme 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 aura donc lieu d'interrompre le voyage même si l'on se trouve très près du but. Le médecin informera aussi le patient de sa *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 considérée comme un *acte de négligence*. Elle est en outre interprétée comme une infraction grave au code de la route, ce qui entraîne, en plus de l'éventuelle instruction pénale, un potentiel retrait du permis de conduire pour plusieurs mois.

On peut escompter qu'un conducteur raisonnable et dûment prévenu par de telles informations, même s'il est sujet à une certaine somnolence diurne, prendra ses responsabilités en choisissant de se comporter correctement et en décidant de son propre arbitre s'il est capable ou non de conduire.

En cas de somnolence diurne sévère (lorsque le patient s'endort même lors d'activités telles que manger ou parler), le patient doit *s'abstenir de conduire* jusqu'à ce qu'il bénéficie d'un traitement efficace.

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 l'on donnera éventuellement à signer au patient.

La maladie sous-jacente devra bien entendu recevoir un traitement optimal (cet aspect n'est pas l'objet de cet article). Dès la première consultation, l'aptitude à la conduite doit être évaluée et les instructions et informations nécessaires transmises au patient. La décision définitive quant à l'aptitude à conduire sur le long terme ne pourra généralement être prise qu'en conditions de traitement optimal.

3. Évaluation de la somnolence

L'évaluation de l'aptitude à la conduite ne doit *pas dépendre principalement du diagnostic* (par exemple : syndrome des apnées du sommeil ou narcolepsie). En effet, le degré de sévérité de la somnolence varie fortement d'un patient à l'autre et d'une maladie à une autre. L'aptitude à conduire sera donc déterminée par le type et l'ampleur de la somnolence diurne en tant que telle, et par la capacité du patient à percevoir cette somnolence et à la gérer de manière raisonnable. Il ne faut pas oublier que la somnolence peut apparaître plus rapidement dans la narcolepsie et que les mécanismes de compensation sont alors moins efficaces que dans les autres causes de somnolence diurne. Quant à la somnolence iatrogène due à la prescription de médicaments (sédatifs, dopaminergiques, antihistaminiques,

antidépresseurs…), il est particulièrement important de rendre le patient attentif à cet effet indésirable avant le début du traitement.

Il n'existe aucun paramètre permettant une mesure fiable du degré de sévérité de la somnolence. En particulier, les mesures obtenues lors d'une polysomnographie (efficacité du sommeil, index d'apnée-hypopnée, etc.) ne sont que très mal corrélées avec la somnolence. Les meilleurs instruments sont : l'anamnèse médicale et l'examen clinique suivi d'une évaluation qui intègre tous les résultats d'examens disponibles. Les questionnaires standardisés comme l'échelle d'Epworth sont certes utiles, mais un faible score ne permet pas d'exclure avec certitude une somnolence significative. L'examen complémentaire le plus utile pour tester la capacité à rester éveillé est le test de maintien de l'éveil pratiqué dans un laboratoire de sommeil (Maintenance of Wakefulness Test ou MWT). Le patient est assis pendant 40 minutes dans une pièce phoniquement isolée et légèrement obscurcie avec pour instruction de rester éveillé le plus longtemps possible. Le test est effectué quatre fois en une journée et le temps moyen jusqu'à l'endormissement est déterminé par surveillance électroencéphalographique. On peut également effectuer d'autres analyses: simulateurs de conduite ou autres tests de performance (Steer Clear, test d'Osler). Cependant, ces tests ne correspondent pas non plus aux conditions de vie quotidiennes. Et il n'existe à ce jour aucune étude corrélant les résultats obtenus lors de ces tests au risque d'accidents de la route.

Enfin, on constate une corrélation particulièrement mauvaise entre les divers tests mesurant la somnolence diurne, ce qui indique que chaque test mesure un aspect différent de la somnolence ou de la capacité à rester éveillé.

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, on doit aussi s'attendre à des capacités de compensation amoindries.

4. Évaluation de la fiabilité du patient

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

Si le médecin traitant doute de la *fiabilité du patient*, 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 pour un examen approfondi. Cette attitude est évidemment recommandée dans les cas où le patient a déjà provoqué un *accident* après s'être endormi au volant.

Des doutes sur la fiabilité du patient seront permis 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 (par ex. MWT).

D) Prise en charge pratique

L'information du patient 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 accrédité de médecine du sommeil,
3. institut de médecine légale.

Aptitude à la conduite pour des déplacements privés

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 un nombre d'heures adapté et en se ménageant les temps de pause nécessaires.

Niveau 1

Information et évaluation par le médecin traitant (voir Introduction).

Niveau 2

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. Dans le cas d'un accident signalé à la police, l'autorité de surveillance est cependant tenue de faire vérifier l'aptitude à la conduite par un médecin-conseil ou un institut de médecine légale (niveau 3).

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.

Au centre de médecine du sommeil, le test de maintien de l'éveil (MWT) est considéré comme l'outil diagnostique de premier choix. D'autres tests de vigilance peuvent également être utilisés selon la situation présentée. Il va de soi qu'un contrôle de l'aptitude à la conduite n'a de sens que lorsque les *mesures thérapeutiques sont optimisées ou épuisées*.

Niveau 3

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 *institut de médecine légale* ayant de l'expérience dans l'évaluation des conducteurs somnolents. Cette démarche est cependant équivalente 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 à titre d'expert.

Aptitude à la conduite des chauffeurs professionnels

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

– leur temps de conduite net par jour est en général plus élevé que chez les conducteurs de voitures de tourisme.

– ils sont amenés à travailler de nuit, donc à des heures où le rythme circadien les expose à un risque d'endormissement plus élevé. Leur qualité du sommeil est affectée défavorablement par l'environnement (cabine du chauffeur) et par la rupture du rythme nycthéméral due au travail de nuit.

– le principal facteur de risque demeure cependant la pression des horaires. Cette contrainte empêche souvent le chauffeur de se comporter de manière adéquate, à savoir par exemple de s'accorder une petite sieste sur une aire de repos.

Les chauffeurs professionnels, conducteurs de taxis, de locomotives, les pilotes et autres personnes exerçant des professions à responsabilité devraient de manière générale être astreints à des contrôles dans un laboratoire du sommeil accrédité (niveau 2) avec des tests de vigilance standardisés ou des séances au moyen d'un simulateur de conduite. En cas de désaccord sur les conclusions des tests, ces personnes devraient être adressées à un institut de médecine légale ayant de l'expérience dans l'évaluation des conducteurs somnolents (niveau 3).

- Banks S, Barnes M, Tarquinio N, Pierce R. J, Lack L. C, and McEvoy R. D. The maintenance of wakefulness test in normal healthy subjects. Sleep 27 (4):799-802, 2004.
- 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.
- Findley L.J, Suratt P.M, and Dinges D. F. Time-on-task decrements in "steer clear" performance of patients with sleep apnea and narcolepsy. Sleep 22 (6):804-809, 1999.
- Horstmann S, Hess C.W., Bassetti C, Gugger M, Mathis J. Sleepiness-related accidents in sleep apnea patients. Sleep 23 (3):383-389, 2000.
- Littner et al: Practice parameters for clinical use of the multiple sleep latency test and the maintenance of wakefulness test.
Sleep. 2005 Jan 1;28(1):113-21.
- Krieger A. C, Ayappa I, Norman R. G, Rapoport D. M, and Walsleben J. Comparison of the maintenance of wakefulness test (MWT) to a modified behavioral test (OSLER) in the evaluation of daytime sleepiness. J.Sleep Res. 13 (4):407-411, 2004.
- 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.
- Mathis J, Seeger R, Ewert U. Excessive daytime sleepiness, crashes and driving capability. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2003; 154:329-338.

- Liste actuelle des centres Suisse de Médecine du Sommeil: www.swiss-sleep.ch

Check-list: évaluation de la capacité à conduire en cas de somnolence

1) Médecin traitant

Anamnèse & anamnèse de tiers

- tendance subjective à l'endormissement/somnolence diurne
- Epworth Sleepiness Scale (pathologique: >10/24, nettement pathologique: >14/24)
- accidents réels ou évités de justesse
- durée du sommeil/24h (jours de semaine, week-ends, vacances)
- signes de maladies neurologiques, internes, psychiatriques pouvant être associées à une diminution de la vigilance/de l'aptitude à la conduite (par ex. syndrome d'apnées du sommeil, narcolepsie, maladie de Parkinson, hypothyroïdie, dépression, etc.)
- alcool, drogues, médicaments (somnifères, antidépresseurs, antihistaminiques, dopaminergiques …)
- travail en équipe de nuit/chauffeur professionnel
- appréciation de la fiabilité/du caractère raisonnable du patient

Status

- signes de somnolence
- suspicion du syndrome d'apnées du sommeil
- signes de maladies neurologiques, internes, psychiatriques pouvant être associées à une diminution de la vigilance/de l'aptitude à la conduite (par ex. syndrome d'apnées du sommeil, narcolepsie, maladie de Parkinson, hypothyroïdie, dépression, etc.)

Information au patient / Rapport

- entretien d'information (dangers, contexte juridique, conséquences éventuelles, mesures correctrices)
- consigner par écrit l'information au patient (faire signer éventuellement un document d'information)

Contrôles de suivi

- après établissement d'un traitement efficace
- contrôles réguliers si seul un traitement symptomatique est possible

2. Centre de médecine du sommeil

Adressage

- lorsque le patient a déjà provoqué un accident après s'être endormi au volant
- chauffeur professionnel
- pour deuxième avis

Examens complémentaires

- test de maintien de l'éveil (MWT, 40 minutes)
- éventuellement autres tests de vigilance (par ex. Steer Clear, Osler)

3. Signalement aux autorités ou adressage à un institut de médecine légale

- Le patient refuse d'entendre raison (décision juridique d'inaptitude à la conduite).

La liste actuelle des centres suisses accrédités de médecine du sommeil peut être téléchargée sur le site www.swiss-sleep.ch.