

LE SYNDROME D'APNÉES DU SOMMEIL : CONSÉQUENCES SOCIO-PROFESSIONNELLES ET MÉDICO-LÉGALES

par

D. LÉGER*

Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est assez fréquent dans la population active. Selon Young et coll., 2 % des femmes et 4 % des hommes de la population active remplissent les critères polysomnographiques du SAS associés à une somnolence diurne [1]. La somnolence est en effet un critère cardinal de diagnostic du SAS et elle peut avoir des conséquences professionnelles sévères, en particulier chez les salariés affectés à un poste dit « de sécurité ». Après avoir souligné l'importance des conséquences professionnelles du SAS, nous évoquerons l'aspect médico-légal de cette pathologie, en particulier vis-à-vis de la sécurité routière. Puis, nous verrons quelle attitude pratique peut être proposée vis-à-vis des salariés présentant des apnées.

LES CONSÉQUENCES PROFESSIONNELLES DU SAS

Accidents de voie publique (AVP) et accidents du travail

LES PREMIÈRES ÉTUDES

Le SAS s'accompagnant de somnolence diurne peut être responsable au travail d'accidents et d'erreurs en relation avec l'hypovigilance ou un endormissement. Findley et coll. [2] ont les premiers montré que les apnéiques avaient un risque accidentel cinq fois plus important que celui de la population générale. Les accidents des apnéiques sont liés à une erreur personnelle dans 24 % des cas contre 8 % dans le groupe témoin. Aldrich [3] retrouve la présence d'accidents liés à la somnolence chez 13 % des apnéiques et 5 % des témoins. Un accident sur deux chez les apnéiques et moins d'un accident sur 10 chez les témoins seraient liés à la somnolence. La notion de « presque accident » (*near accident*) lié à la somnolence

* Centre du Sommeil, Hôpital Hôtel-Dieu, Paris, France.

est intéressante : Aldrich la retrouve chez 16 % des apnéiques et chez 51 % des témoins, mais avec une moyenne de 9 presque accidents liés à la somnolence par patient apnéique contre 1 presque accident lié à la somnolence par témoin.

ÉTUDE À L'HÔTEL-DIEU

Nous avons interrogé un groupe de 170 travailleurs apnéiques enregistrés dans notre Centre de sommeil sur leurs antécédents accidentels et sur leur vigilance au travail [4]. Le diagnostic de syndrome d'apnées était affirmé par polysomnographie et la somnolence diurne mesurée par le test itératif des latences d'endormissement. L'âge moyen de ces patients est de 51,1 ans, 70 % sont des hommes, leur IMC moyen est de 46,3. L'index d'apnées hypopnées (IAH) moyen est de 34,5/heure de sommeil. La latence moyenne d'endormissement est de 6 min 45 sec.

Sur le plan professionnel, ce sont pour 30 % des ouvriers, 26,7 % des cadres supérieurs ou professions libérales, 20 % des artisans ou commerçants, 10 % des employés de bureau, 13,3 % ont une autre profession ; 81,2 % travaillent de jour, 10,1 % ont des horaires postés et 8,7 % de nuit.

Un groupe contrôle de 110 témoins appariés par tranches d'âges de 5 ans, par sexe et par catégorie professionnelle ont été interrogés à l'aide du même questionnaire, au cours de leur visite de médecine du travail dans un service médical inter-entreprises.

Les résultats montrent :

- une somnolence au travail plus fréquente : 68,6 % des apnéiques s'en plaignent contre 24,5 % des témoins ($p = 0,0001$) ;
- une somnolence plus fréquente dans les transports : 58,4 % des apnéiques et 4 % des témoins somnoient ou s'endorment dans les moyens de transport le matin ($p = 0,0001$) ; 62 % des apnéiques et 26,5 % des témoins le soir ($p = 0,0001$) ;
- pas de différence pour les accidents du travail (AT) : 2,3 % des apnéiques et 2 % des témoins estiment avoir eu un AT en relation avec la somnolence au travail (NS). Par contre 14,9 % des apnéiques et 0 % des témoins estiment avoir eu un presque accident (avoir été proches d'un accident grave) suite à un endormissement au travail ($p = 0,004$) ;
- pour les accidents de voie publique : nous ne retrouvons pas une différence entre les deux groupes concernant les antécédents d'AVP attribués à la somnolence au volant : 7,3 % des apnéiques et 2 % des témoins disent avoir eu un accident lié à un assoupissement au volant ($p = 0,0015$) ; 34,5 % du groupe d'apnéiques et 4 % des témoins estiment avoir risqué de près l'accident (presque accident) à cause d'un endormissement au volant ($p = 1,001$). De plus lorsqu'ils ont ce type d'accident, les apnéiques l'ont plus souvent que les témoins : 1 fois pour 29,1 % des apnéiques et 100 fois des témoins, entre 1 et 5 fois pour 41,7 % des apnéiques, plus de 5 fois pour les 29,2 % restants ;
- consommation de somnifères : paradoxalement, les apnéiques sont plus nombreux que les témoins à consommer des somnifères (25,3 % vs 12 %). Ceci peut contribuer à augmenter encore leur somnolence, si le somnifère a une demi-vie trop longue ou aggrave le SAS (cas des benzodiazépines).

RAPPORT DE L'ANTADIR SUR L'ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DU TRAITEMENT DU SAS PAR APPAREIL À PRESSION POSITIVE CONTINUE (PPC) [5]

L'ANTADIR (Association Nationale pour le Traitement à Domicile de l'Insuffisance Respiratoire chronique) a mené en 1996 une vaste enquête sur les effets

du traitement par PPC chez 893 patients apnéiques traités par PPC et 380 ayant reçu un autre traitement. L'âge moyen des patients est 57,1 ans. Ce sont pour 85,7 % des hommes. 293 patients exercent une activité professionnelle au moment de l'inclusion, soit ≈ 23 %.

Dans l'année précédant l'inclusion, 60 patients (11 %) disent avoir eu en moyenne 1,57 accident $\pm 1,33$ dans l'année qui a précédé le diagnostic et la mise sous PPC ; 48,7 % de ces accidents sont des AVP, 31,2 % sont des accidents à domicile et 18,4 % au travail. Dans plus d'un tiers des cas, ces accidents sont dus, selon les patients, à une baisse de vigilance.

Après une année sous PPC, on constate une diminution significative des sujets ayant eu un accident (de 11 % à 6 % ; $p < 0,01$), du nombre moyen d'accidents par personne (1,57 à 1,11, $p < 0,01$) et au total du nombre d'accidents répertoriés (94 à 40, $p < 0,01$).

Concernant les presque accidents liés à un manque de vigilance, l'année avant la mise sous traitement, 151 patients (27,6 %) ont eu un (ou plusieurs) presque accident(s). Pour 16 patients, cela a eu lieu au travail, en moyenne $4,2 \pm 3,8$ par patient ; 124 ont eu lieu sur la route, en moyenne $4,3 \pm 6,6$ par patient et 6 à domicile, en moyenne $1,5 \pm 0,5$ par patient.

Après une année de traitement par PPC, on retrouve aussi une diminution significative des presque accidents : 32 sujets concernés avec un nombre total d'accidents passant de 670 à 58.

Au total, le traitement du SAS s'accompagne d'une diminution importante du risque accidentel, si on croit les patients. Aucun relevé administratif objectif des accidents de travail ou des accidents de trajet ne vient soutenir cette appréciation subjective, mais l'avis des patients est clairement positif.

Autres indicateurs professionnels

Le rapport de l'ANTADIR [5] souligne d'autres aspects professionnels liés à la mise sous PPC.

28 sujets ont subi des modifications dans leur travail l'année avant la mise sous PPC, contre 45 l'année qui a suivi dont :

- réduction du temps de travail : 5 vs 7 sujets ;
- augmentation du temps : 6 vs 11 ;
- aménagement du poste : 3 vs 9 ;
- changement de fonction : 13 vs 9 ;
- changement d'employeur 1 vs 5 ;
- autre changement 0 vs 9.

Il est difficile de conclure sur ces simples items. Il est probable que les apnées du sommeil soient responsables d'une instabilité professionnelle qui n'est pas modifiée une année après le traitement.

56 patients avaient été absents pour maladie l'année avant le traitement contre 42 l'année après. Le nombre moyen d'arrêts par sujet ($2,2 \pm 3$ vs $2,4 \pm 2$) et le nombre moyen de jours d'arrêt (59 ± 86 vs 63 ± 83) ne varient pas sensiblement.

Sur le plan clinique, les patients présentant un SAS se plaignent fréquemment de fatigue chronique, de somnolence imprévisible, de troubles de la concentration et de la mémoire, de perte d'efficacité. Cela peut se traduire sur le plan professionnel par les conséquences suivantes [4] :

- endormissements en réunion ;

- oublis d’appels importants, perte de documents ;
- fausses manœuvres et erreurs ;
- difficultés d’attention et de tâches soutenues ;
- pertes de contact lors de conversations professionnelles ;
- rupture de carrière professionnelle ;
- mise à l’écart, désinsertion professionnelle...

Il est donc particulièrement important de prendre en charge ces patients pour éviter ces conséquences professionnelles importantes.

QUALITÉ DE VIE ET SAS

L’étude de l’ANTADIR [5] retrouve une altération nette de l’Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham (ISPN) à l’inclusion. Les patients ont une perception significativement plus négative de leur santé dans toutes les dimensions : énergie, mobilité physique, sommeil, douleur, réactions émotionnelles et isolement social. À l’intérieur de l’échantillon, les variables les plus explicatives des scores négatifs sont :

- en premier lieu le sexe : les femmes ont une qualité de vie plus détériorée pour les dimensions énergie, mobilité et douleur, mais pas pour l’isolement social ;
- en second lieu l’obésité : les personnes obèses ont une qualité de vie plus dégradée.

Le traitement par PPC améliore de manière significative les scores de l’ISPN tout au long de l’année qui suit la mise sous traitement :

- dès le troisième mois, on constate une amélioration très significative et importante de toutes les dimensions de l’ISPN : de l’ordre de 60 % pour l’énergie et les réactions émotionnelles, de l’ordre de 50 % pour le sommeil, de 33 % pour les autres dimensions ;
- cette amélioration demeure au-delà du troisième mois et les scores se maintiennent au même niveau au sixième et douzième mois ;
- au total, le traitement tend à rapprocher fortement la qualité de vie des patients souffrant de SAS de celle observée dans une population ne souffrant d’aucune pathologie, hormis pour les dimensions énergie et mobilité, ce qui peut être rapporté au poids des patients.

Par ailleurs, près de 45 % des patients observent une amélioration dans les activités intellectuelles et sociales après traitement par PPC.

Yang et coll. [6] ont également démontré l’impact négatif du SAS sur la qualité de vie mesurée par la SF 36. Après ajustement sur l’âge, le sexe et l’IMC (Indice de Masse Corporelle), on retrouve une association négative entre le SAS et la qualité de vie, particulièrement dans les domaines de la condition physique et de la vitalité. Il s’agit d’un petit groupe de patients (37) comparés à 46 témoins, ceci explique probablement pourquoi certains scores tels ceux du fonctionnement social ou de la santé mentale n’apparaissent pas significativement différents entre les groupes.

Au total, peu d’études ont été consacrées à la qualité de vie des apnéiques. Cependant cet aspect semble au centre de la décision thérapeutique pour les patients présentant un SAS léger ou modéré. En effet, le traitement s’impose chez les apnéiques sévères et symptomatiques, mais le médecin est souvent hésitant à

traiter un SAS léger sans répercussions évidentes. Les répercussions professionnelles et sur la qualité de vie doivent faire partie de l'interrogatoire pour décider alors de la mise en route d'un traitement par PPC ou d'une simple surveillance.

ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

L'arrêté du 7 juillet 1997 concernant les conditions d'aptitude médicale à la conduite des véhicules légers et lourds introduit, pour la première fois dans la législation, le syndrome d'apnées du sommeil comme une cause d'inaptitude totale à la conduite des véhicules lourds et partielle à la conduite des véhicules légers. C'est au médecin de la commission des permis de conduire qu'est laissée l'appréciation de cette aptitude.

Il est donc de la responsabilité de tout médecin traitant d'orienter son patient vers ces commissions pour apprécier l'aptitude à la conduite. Les conducteurs de poids lourds ou de transports en commun (permis C, D, E) doivent être tout particulièrement avertis. Les apnéiques somnolents et ayant déjà présentés des accidents ou presque accidents doivent aussi être suspendus de conduite, en attente de traitement.

L'attitude adoptée par les spécialistes du sommeil vis-à-vis de cette aptitude à la conduite est la suivante :

- vérifier la compliance au traitement à l'aide du suivi généralement remis au médecin traitant par la société prestataire de la PPC ;
- s'assurer d'une bonne vigilance par le test de maintien d'éveil. Ce test permet de mesurer l'absence d'endormissement au cours de 5 tests de vigilance de 20 minutes réalisés au cours de la journée. Ces tests sont réalisés dans une situation monotone, assis sur un fauteuil, dans une semi-pénombre. Ils mesurent la capacité à résister à l'endormissement ;
- si ces tests sont positifs et que le suivi de PPC est satisfaisant, on peut adresser le patient à la commission des permis de conduire, qui donnera l'aptitude sous réserve d'un suivi régulier. Si ce n'est pas le cas, il est recommandé de signaler publiquement à son patient son désaccord vis-à-vis de la conduite automobile.

D'autres aspects médico-légaux, plus anecdotiques, mais graves, concernent la possibilité de violences et agressions nocturnes de la part des patients apnéiques vis-à-vis d'eux-mêmes ou de leurs proches au cours de la nuit. Nous avons pu observer qu'un pourcentage élevé de patients ayant été responsables de violences au cours de la nuit (jusqu'à 40 %) présentaient un syndrome d'apnées du sommeil. L'origine de ces épisodes peut être attribuée à des réveils avec confusion liés aux apnées [7, 8].

CONCLUSION, ATTITUDE PRATIQUE

Il est important, comme dans bien des maladies chroniques, de considérer le patient apnéique dans sa globalité professionnelle et sociale. La décision thérapeutique et son succès en dépendent.

La somnolence et les conséquences cognitives du SAS sont au premier plan de cette interaction.

Pour les apprécier il est habituel d'utiliser l'échelle d'Epworth [9] qui évalue la somnolence dans des situations quotidiennes. Cette échelle facile à remplir et bien référencée permet de situer le patient.

En cas de somnolence importante, le test itératif des latences d'endormissement (TILE) ou le test de maintien d'éveil (TME) sont à proposer. Réalisés dans des centres de sommeil, ce sont les seuls examens permettant d'apprécier objectivement la somnolence et, en particulier, lorsque se posent des questions médico-légales d'aptitude à la conduite.

Une bonne compliance au traitement, évaluée par les relevés d'utilisation de la PPC, permet de prévoir un retour à une vigilance normale.

Si ce n'est pas le cas, il faut savoir rechercher les pathologies fréquemment associées aux apnées : syndrome des mouvements périodiques des jambes, troubles cardiaques au cours du sommeil,... qui peuvent aussi altérer le sommeil et la vigilance.

Il est en effet de notre responsabilité de prévenir les conséquences personnelles et de santé publique qui résultent d'une non-prise en charge des SAS [10].

BIBLIOGRAPHIE

1. YOUNG T, PALTA M, DEMPSEY J et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*, 1993, 328 : 1230-1235.
2. FINDLEY LJ, FABRIZIO M, THOMMI, SURATT PM. Severity of sleep apnea and automobile crashes. *N Engl J Med*, 1989, 320 : 868-869.
3. ALDRICH MS. Automobile accidents in patients with sleep disorders. *Sleep*, 1989, 12 : 487-494.
4. LÉGER D, DE LA GICLAIS B, DOMONT A. Syndrome d'apnées du sommeil, somnolence au travail et risque accidentel. *Revue de Médecine du Travail*, 1994, XXI : 3126-3130.
5. ANTADIR. Évaluation médicale et médico-économique du traitement du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) par appareil à pression positive continue (PPC). Rapport auprès du ministère de la Recherche et de la Technologie. Paris, 1996, 42 p.
6. YANG EH, HLA KM, MCHORNEY CA et al. Sleep apnea and quality of life. *Sleep*, 2000, 23 : 535-541.
7. GUILLEMINAULT C, MOSCOVITCH A, LÉGER D. Forensic sleep medicine and violence. *Sleep*, 1995, 18 : 740-748.
8. GUILLEMINAULT C, LÉGER D, PHILIP P, OHAYON M. Nocturnal wandering and violence : review of a sleep clinic population. *J Forensic Sci*, 1998, 43 : 158-163.
9. JOHNS MW. A new method for measuring daytime sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 1991, 14 : 540-545.
10. LÉGER D. The cost of sleep-related accidents : a report for the National Commission on Sleep Disorders Research. *Sleep*, 1994, 17 : 84-93.