

Le médecin et son patient conducteur



Brochure réalisée par le Centre d'Etudes et de Recherches en Médecine du Trafic et La Prévention Routière, avec le soutien de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances et du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

L' auteur principal est le D^r Charles Mercier-Guyon, médecin légiste et médecin urgentiste.

Secrétaire du Conseil Médical de La Prévention Routière, il est également membre du Conseil International Alcool, Drogues et Sécurité Routière (ICADTS), conseiller auprès du " Committee on Drugs and Alcohol " du " Transportation Research Board " US Academies, et expert auprès de la Commission Européenne au sein du groupe d'experts " alcool, drogues médicaments et sécurité routière " de la DG TREN(Transports et Energie). Il est membre de la Commission Nationale des Stupéfiants et des Psychotropes et préside la Commission Médicale des permis de conduire de Haute-Savoie.

Il a participé aux travaux du Groupe de travail mis en place en janvier 2003 sous la Présidence du P^r Hamard pour définir les critères d'aptitude médicale à la conduite. Il est l'auteur de nombreuses publications, communications et de rapports dans le domaine des facteurs humains dans les accidents de la route.

La rédaction de cette brochure a été rendue possible grâce à l'aide d'une équipe de médecins membres de commissions médicales des permis de conduire, de spécialistes des pathologies concernées, et, naturellement, avec le concours des membres du Conseil médicale de La Prévention Routière ainsi que de Christophe Ramond et Fabien Gaudry de La Prévention Routière.

Nous remercions tous ceux qui ont apporté leur contribution et leur expérience à ce document :

Médecins des Commissions médicales : Jean-Paul Ballaloud, Jean-Jacques Buffet, Gilles Debray, Jean Dubost, Hervé Dumas, Jean Dumoulin, Bernard Duquesne, Sylvain Lainé, Pierre Latour, François Margolliet, Tran Van Loc.

Médecins spécialistes : Michèle Barthalais, Patrice Brun, Toufik Didi, Jean-Baptiste Driencourt, Dominique Garlaschelli, Pierrick Giraud, Jean-françois Knopf, Michel Mallaret, Jean-Philippe Mathieu, Patrick Oudot, Thierry Roupioz.

Toxicologue : Gérard Didier

Conseil médical de La Prévention Routière : P^r Jean-François Caillard (Président) D^r Charles Mercier-Guyon (secrétaire), P^r Alain Bergeret, P^r Maurice Cara, P^r Jacques-Pierre Chevaleraud, P^r Sylvain Dally, P^r Etienne Fournier, D^r Marcel Garnier, P^r Jean Langlois, D^r Damien Léger, , P^r Jean Murat, P^r Pierre Patel, P^r René-Claude Touzard.

Depuis que la sécurité routière a été, en 2002, érigée " chantier national ", les Français ont, en majorité, changé leur comportement sur la route.

La route blesse moins, tue moins. Ainsi que La Prévention Routière n'avait cessé de le dire, l'hécatombe sur nos routes qui faisait de notre pays le plus mauvais élève des grandes nations européennes n'était pas une fatalité!

La France se situe désormais au centre du peloton des pays européens, mais certains d'entre eux sont nettement meilleurs que nous et nous montrent les marges de progrès considérables qui sont encore possibles. Comment d'ailleurs se satisfaire de savoir qu'en 2006 plus de 12 tués et une cinquantaine de blessés graves représentent encore le tribut quotidien payé à la route !

A côté du nécessaire respect de la règle, un aspect essentiel de la prévention des accidents de la circulation réside dans l'évaluation de l'état de santé des conducteurs.

D'ailleurs dans certains pays, le permis de conduire n'est délivré que pour une durée limitée et l'aptitude médicale du conducteur est ainsi périodiquement vérifiée. Tel n'est pas le cas en France.

La démarche proposée par La Prévention Routière n'est pas de nature réglementaire. Association, elle n'exerce à l'évidence aucune fonction régaliennne. Elle agit dans le domaine de l'éducation, en contribuant à former 1 500 000 enfants et adolescents chaque année, et dans celui de la sensibilisation, par exemple en organisant des opérations " Capitaine de soirée " dans les discothèques ou en proposant des stages au profit des seniors.

C'est ce même type d'approche qu'elle adopte aujourd'hui en offrant aux médecins ce document afin de les aider dans leur rôle d'information, de conseil et d'accompagnement de leurs patients à l'égard de la conduite automobile. Je suis heureux de vous l'adresser.

Ce travail a été réalisé, sous l'impulsion et le contrôle du Conseil Médical de La Prévention Routière, que préside le Professeur Jean-François Caillard, par une équipe de médecins, experts de diverses spécialités, dirigée par le Docteur Charles Mercier-Guyon, secrétaire de ce Conseil et Président du Comité départemental de la Haute-Savoie de La Prévention Routière.

Même si une vigilance particulière s'impose lorsque les conducteurs s'avancent en âge, chacun sait que, plus que l'âge, le facteur discriminant en matière d'aptitude physique à la conduite est bien l'état de santé propre à chaque patient. C'est assez dire le rôle irremplaçable du dialogue personnel entre celui-ci et son médecin.

Ce document n'a d'autre ambition que de contribuer à faciliter ce dialogue.

Bernard Pottier.

Préface	3
Sommaire	4
Introduction	5
Les différents permis de conduire	6
La réglementation du contrôle médical des conducteurs en France	7
La responsabilité du médecin	10
Les pathologies et la conduite	
Pathologie cardio-vasculaire	11
Vision	14
Pathologies ORL et respiratoire	16
Pratiques addictives, alcool, drogues, médicaments	17
Neurologie, psychiatrie	20
Appareil locomoteur, handicap	24
Pathologies métaboliques, greffes et transplantation d'organes	26
Attitudes pratiques	
Les demandes de dispense de port de la ceinture de sécurité	29
Le médecin et le candidat au permis de conduire	29
Le médecin et le conducteur professionnel	29
Le médecin et le retrait ou l'annulation du permis de conduire	30
Le médecin et le conducteur âgé	31
Le médecin et la femme enceinte	33
Les dispositifs de retenue pour enfants	33
Bibliographie	34
Tableau des pictogrammes figurant sur les boîtes de médicaments	35
Liste des affections contre indiquant la conduite automobile	

INTRODUCTION

Le médecin, qu'il soit généraliste, spécialiste, médecin du travail, se trouve de plus en plus impliqué dans les missions de prévention vis-à-vis des patients, mais aussi de la société en général.

Parmi ces objectifs de prévention, la réduction des accidents de la route a été définie comme un objectif prioritaire par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, rejoignant en cela la volonté des pouvoirs publics affirmée lors des états généraux de la sécurité routière.

Pour remplir pleinement son rôle d'acteur de prévention, le médecin doit se familiariser avec certains aspects réglementaires touchant à l'aptitude à la conduite, être à même d'informer son patient sur les risques pour la conduite liés à sa pathologie ou aux traitements mis en œuvre, le conseiller pour limiter au maximum l'impact d'une pathologie sur la conduite, l'aider à assumer un handicap en l'orientant vers les structures d'aide à la conduite adaptée, et, dans certains cas, l'aider à assumer une cessation progressive de conduite liée à l'âge ou à une pathologie.

Il doit également avoir un minimum d'information sur les aspects professionnels de la conduite de manière à informer le patient conducteur professionnel de l'impact des pathologies et des traitements en termes d'aptitude à la conduite.

En cas de doute sur une aptitude à la conduite, il doit pouvoir orienter le patient vers la structure adaptée (avis spécialisé, médecin agréé, commission médicale des permis de conduire).

Peu d'affections entraînent véritablement une inaptitude temporaire ou définitive à la conduite, mais de nombreuses pathologies nécessitent une prise en charge adaptée et, le cas échéant, un avis de la commission médicale des permis de conduire pour être en règle avec la législation des permis de conduire.

Beaucoup de patients et de médecins ne savent pas que certaines pathologies imposent un avis de la commission médicale des permis de conduire sous peine de faire encourir au patient une responsabilité pénale en cas d'accident, ainsi qu'une perte partielle de sa couverture d'assurance.

Si les candidats au permis de conduire doivent remplir une déclaration sur l'honneur mentionnant certains antécédents (épilepsie, pension d'invalidité, port de lunettes), peu de patients savent qu'ils sont tenus de signaler à leur assureur et au service des permis de conduire la survenue de toute pathologie susceptible d'altérer leur capacité de conduite.

Plusieurs pays ont mis en place un contrôle médical de l'aptitude des conducteurs, et la France a envisagé un temps de mettre en place un tel type de contrôle, confié aux médecins généralistes. Ce projet a été remis à une date ultérieure compte tenu de la difficulté de sa mise en place et du manque de formation des médecins à l'évaluation des conducteurs.

Cette brochure a pour objectif d'apporter une première contribution à l'information des médecins en leur donnant des informations pratiques sur la manière d'aborder les aspects médicaux liés à la conduite, des rappels simples sur la réglementation, et des recommandations pour leur pratique et pour l'information de leur patients. Elle vise également à faciliter le dialogue avec le patient et à le guider dans ses démarches auprès des commissions médicales des permis de conduire, ainsi qu'à lui permettre de s'y présenter, le cas échéant, muni des examens et des avis susceptibles de faciliter les décisions administratives.

La base réglementaire repose sur l'arrêté du 21 décembre 2005 qui régit les critères d'aptitude médicale à la délivrance ou au renouvellement des permis de conduire, arrêté qui a remplacé celui du 7 mai 1997. Les éléments réglementaires qui sont cités comportent l'index de référence à l'arrêté du 21 décembre 2005 qui peut être téléchargé sur le site www.legifrance.gouv.fr.

Les recommandations présentées ici reposent sur des sources françaises : rapports des groupes de travail mis en place en 2003 et 2004 par le ministère de la Santé sous la présidence du P^r Domont (Contre-indications médicales à la conduite automobile) et du P^r Hamard (Aptitude médicale à la conduite), sur les recommandations des sociétés savantes, mais également sur des sources internationales quand celles-ci ont été jugées intéressantes ou utiles (conclusions des groupes de travail de la Commission Européenne (projets Immortal, Agile) recommandations de la Canadian medical association, National highway transportation safety administration (USA), Drivers medical group (GB), Land Transport Safety Authorities (NZ), Swedish National Road Administration (S), Austroads (Australie).

LES DIFFÉRENTS PERMIS DE CONDUIRE

Permis du groupe léger

Permis	Véhicule	Age minimum particularités	Aptitude médicale préalable et examen médical périodique
A	motocyclettes ≤ 125 cm ³	16 ans	non
A1	motocyclettes ≤ 125 cm ³ soit 100cv	18 ans : limitation à 34 cv pendant 2 ans 21 ans ou plus : accès direct à toutes les motos	non
B	automobiles	18 ans	non
B1	quadricycles et tricycles lourd à moteur	16 ans	non
E(B)	voitures avec remorques	18 ans	oui

Permis du groupe lourd

Permis	Véhicule	Age minimum particularités	Aptitude médicale préalable et examen médical périodique
C	poids lourds	18 ans	oui
D	transport en commun	21 ans	oui
E(C)	poids lourds articulés	18 ans	oui
E(D)	transport en commun articulés	21 ans	oui

Activités particulières avec le permis B

Catégories	Age minimum	Aptitude médicale préalable et examen médical périodique
Taxis	18 ans	oui
Ambulances	18 ans	oui
Ramassages scolaire	18 ans	oui
Transports public de personnes	18 ans	oui
Enseignants d'auto-école	18 ans	oui

La conduite est généralement considérée comme un droit rattaché à la liberté de circuler mais ce droit reste toutefois subordonné à deux principes :

● Tout conducteur doit disposer d'un permis de conduire délivré par l'autorité administrative et adapté au type de véhicule qu'il conduit. Ce permis de conduire est délivré selon des règles précises (formation minimale requise, examen du permis de conduire) incluant une aptitude médicale basée sur des critères définis par l'arrêté du 21 décembre 2005. Tous les candidats au permis de conduire ne subissent pas d'examen médical préalable, celui-ci est réservé à des cas bien précis.

● Même titulaire d'un permis de conduire, tout conducteur est supposé s'assurer de lui-même de son aptitude à la conduite en cas de survenue d'un handicap, d'une pathologie ou d'un traitement médical (traitement de substitution, traitement antiépileptique par exemple) susceptible d'entraîner un risque au volant. Il doit spontanément contacter un médecin agréé ou la commission médicale des permis de conduire en cas de nécessité.

Le non respect de cette obligation peut mettre en cause sa responsabilité en cas d'accident.

● Dans certains cas, le conducteur peut-être soumis d'autorité à un examen médical d'aptitude : retrait de permis pour alcoolémie, prise de stupéfiants, refus de se soumettre au dépistage, retrait de permis de plus d'un mois, annulation du permis, signalement au préfet relatif à l'état de santé d'un conducteur.

Quels sont les conducteurs soumis à un examen médical (Arrêté du 8 février 1999, Art R 221-10 à R 221-14 du Code de la route)

Candidats au permis A, A1, B, B1

Examen médical préalable unique sauf si une aptitude médicale limitée dans le temps est donnée

- Atteints de la perte de la vision d'un œil
- Exemptés ou réformés du Service Militaire
- Titulaires d'une pension d'invalidité Civile ou militaire
- Ayant déclaré lors de leur demande permis, être atteint d'une affection ou incapacité physique pouvant être incompatible avec l'obtention du permis de conduire ou pouvant en limiter la durée de validité
- Ayant fait l'objet d'une demande d'examen médical par l'examineur lors de l'examen du permis de conduire

Examen médical préalable et périodique

- Conducteurs dont le permis A, A1, B, B1 est délivré pour la conduite d'un véhicule aménagé compte tenu d'un handicap physique (si le handicap est définitif ou stabilisé, l'examen peut être unique)
- Conducteurs candidats ou titulaires pour les permis C, D, E(B), E(C), E(D)

Examen médical préalable et périodique pour l'exercice de certaines activités

Conducteurs titulaires d'un permis B pour l'activité de :

- Taxis et voitures de remise
- Ambulances
- Véhicules de ramassage scolaire et de transport public de personnes
- Enseignants de la conduite

Examen médical obligatoire avant restitution du permis ou de l'autorité de le repasser (le Préfet **doit** soumettre les conducteurs concernés à la commission médicale)

Conducteur ayant commis :

- Un délit de conduite avec alcoolémie délictuelle ou prise de stupéfiants
- Un refus de se soumettre à un dépistage d'alcool ou de stupéfiants
- Une infraction ou un délit avec suspension du permis de conduire de plus d'un mois quelle qu'en soit la cause
- Conducteurs dont le permis a été annulé par le juge ou par la perte de tous les points (Un examen psycho-technique en centre agréé est de plus nécessaire dans ce cas)

Examen médical éventuel (le Préfet **peut** soumettre les conducteurs concernés à la commission médicale)

Conducteur ayant commis :

- Conducteurs impliqués dans un accident corporel de la circulation
- Conducteurs frappés d'une affection temporaire ou permanente incompatible avec le maintien du permis de conduire et survenue postérieurement à son obtention
- Conducteurs pour lesquels le préfet estime, d'après les informations en sa possession, que leur état physique est susceptible d'être incompatible avec le maintien du permis
- Conducteurs faisant l'objet de la procédure d'urgence de suspension du permis de conduire par le Préfet (Art 2 arrêté du 8 02 1999)

Les aptitudes médicales à la conduite ne peuvent être délivrées que par des médecins spécialement agréés par les préfets. Un médecin généraliste ou spécialiste, libéral ou salarié, ne peut pas rédiger un certificat médical d'aptitude à la conduite (ou une dispense de port de ceinture de sécurité). Un tel certificat ne serait pas opposable aux forces de l'ordre et risquerait de plus d'induire un faux sentiment de sécurité chez le patient.

● **Les médecins agréés pour les visites médicales des permis de conduire** sont des médecins libéraux désignés par les Préfets pour deux ans, après une formation spécifique. Ils ont été mis en place pour alléger le fonctionnement des commissions médicales primaires.

Ils effectuent les examens médicaux des candidats aux permis de conduire des groupes léger (automobiles, motocyclettes...) et lourd (poids lourds, transports en commun, taxis, ambulances...), ainsi que leurs visites médicales périodiques de renouvellement.

Les médecins agréés libéraux ne peuvent prononcer qu'une aptitude normale ou orienter le conducteur ou le candidat devant la commission médicale. Ils peuvent préalablement demander un avis spécialisé pour asseoir leur décision. Ils ne peuvent pas décider d'une limitation médicale de durée d'aptitude, ni la renouveler si elle existe déjà. Ils ne sont pas habilités à retirer une mention spéciale telle que le port de verres correcteurs. Ils ne peuvent pas non plus décider d'une aptitude médicale après un retrait ou une annulation de permis de conduire.

● **Les commissions médicales primaires des permis de conduire** ont pour mission générale de vérifier l'aptitude médicale à l'obtention, à la restitution ou au maintien des permis de conduire.

Chaque commission médicale primaire est composée de deux médecins généralistes nommés par arrêté par le préfet pour deux ans, renouvelables. Il existe généralement une commission par sous-préfecture. Elle voit les conducteurs en première instance ou sur la demande d'un médecin agréé pour les permis de conduire en cas de problème médical, elle peut examiner, comme les médecins agréés, les conducteurs des groupes légers et lourds pour leurs visites périodiques, les conducteurs qui ont été signalés au Préfet comme pouvant présenter une contre indication à la conduite (signalement généralement fait par les proches ou par les forces de l'ordre). La commission primaire est seule compétente pour examiner les conducteurs demandant la suppression d'une mention " verres correcteurs ", les demandes de dispense de port de la ceinture de sécurité et les aptitudes temporaires pour raison médicale. Un examen médical devant la commission médicale est obligatoire en cas de retrait de permis pour une durée supérieure à un mois, en cas de retrait pour conduite sous l'effet de l'alcool au-delà du taux délictuel (0,40mg/l dans l'air expiré ou 0,8 g/l dans le sang) ou de stupéfiants, en cas de refus de se soumettre au dépistage d'alcool ou de stupéfiants, en cas de passage d'un nouveau permis après une annulation par décision judiciaire ou par perte de points.

La décision d'aptitude ou d'inaptitude est prise collégalement par les deux médecins. La commission médicale peut s'appuyer sur l'avis d'un spécialiste, demander des examens complémentaires, voire conditionner sa décision à l'avis d'un spécialiste agréé membre de la commission d'appel.

Le spécialiste répondra aux questions posées par le médecin agréé ou la commission, sans préjuger d'une décision d'aptitude. L'établissement du certificat médical relève de la seule compétence du médecin agréé ou de la commission médicale (arrêté du 8 février 1999, art. 5). Ce certificat peut comporter, à la demande des médecins de la commission, une mention additionnelle ou restrictive (port de verres correcteurs, aménagement du véhicule), qui sera portée par la Préfecture sur les permis de conduire sous forme codifiée (arrêté du 8 février 1999, art. 12-3). Dans certains cas difficiles, un test de conduite par une école de conduite peut être demandé, sur proposition de la commission médicale.

Le conducteur peut faire appel de la décision auprès de la Commission d'appel départementale composée d'un généraliste et d'un spécialiste de la pathologie concernée, nommés également par arrêté préfectoral pour deux ans.

Il existe, en dernier ressort, une possibilité d'appel devant une Commission d'appel nationale.

Un examen médical par un médecin agréé ou par une commission médicale est obligatoire en cas de candidature au permis de conduire pour les véhicules du groupe lourd ou pour les permis E(B). Cet examen médical est ensuite quinquennal jusqu'à soixante ans, puis annuel (permis D) ou tous les deux ans (permis E(B), C et autres permis du groupe lourd). Pour les permis A (motocyclette) et B (voiture), un examen médical par la commission médicale est obligatoire si une affection médicale grave est signalée par le candidat lors de sa demande ou si l'inspecteur des permis de conduire constate une anomalie.

L'aptitude médicale peut être temporaire, de principe pour un an en cas de retrait lié à l'alcool, aux stupéfiants, à certaines pathologies, ou sur décision de la commission.

Une aptitude temporaire pour raison médicale ne peut pas être inférieure à 6 mois, ni supérieure à 5 ans.

Certains conducteurs (pompiers, militaires) peuvent être examinés par des médecins militaires ou médecins de pompiers (agréés par le Préfet dans ce dernier cas), pour valider leur aptitude uniquement dans le contexte opérationnel.

Le suivi médical des conducteurs et la concertation avec les différents acteurs de la décision se fait dans le respect des lois et règlements relatifs au secret professionnel et médical.



Dans le cadre de la conduite automobile, qu'elle soit à titre privé ou professionnel, le conducteur reste le premier responsable de ses actes et de ses décisions.

Au niveau de son aptitude à la conduite, il doit respecter deux obligations. La première, vis à vis de la réglementation du permis de conduire, l'oblige à signaler à l'administration toute pathologie ou handicap susceptible de retentir sur sa capacité de conduite. La seconde, vis à vis de son assureur, le met dans l'obligation d'apporter toute information sur une pathologie ou un handicap susceptible de modifier les clauses du contrat qu'il a signé.

Le médecin a un double rôle d'information, bien défini dans la loi, et qui induit une double responsabilité :

Si il appartenait au patient, jusqu'à ces dernières années, d'apporter la preuve qu'il avait été mal informé par son médecin, lequel était en quelque sorte présumé avoir fait convenablement son travail, la Cour de Cassation est revenue sur cette jurisprudence par un arrêt du 25 février 1997 affirmant que :

" Le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation ".

● Il a un devoir d'information à propos de la pathologie. Il doit expliquer au patient les conséquences de sa pathologie ou de son handicap sur la conduite et le convaincre, le cas échéant, de se présenter de lui même devant un médecin agréé ou une commission médicale des permis de conduire. Le médecin doit insister auprès du patient sur la nécessité de signaler cette pathologie ou ce handicap à son assureur et au service des permis de conduire, même lorsqu'elle survient après l'obtention du permis de conduire. Il doit lui indiquer que sa responsabilité pénale pourrait être engagée et, en cas d'accident. Il reste soumis au secret professionnel dans la mesure où le législateur n'a pas prévu d'exception au secret professionnel pour le signalement des conducteurs à risque. Ce signalement reste donc répréhensible à l'heure actuelle. On peut s'interroger sur la pertinence d'une adaptation des textes sur ce plan, et l'on peut observer que la loi oblige un médecin à signaler un patient sportif qui prendrait des produits dopants (nocifs uniquement pour lui même et pour l'éthique sportive), alors qu'il n'autorise pas le signalement d'un conducteur de car scolaire qui serait diabétique, épileptique ou toxicomane. En tout état de cause, sur le plan de la responsabilité médicale, le médecin doit être à même de pouvoir apporter la preuve qu'il a fait tout son possible pour convaincre le patient de signaler sa pathologie. Il doit s'appuyer, par exemple, sur une mention dans le dossier médical, sur l'information donnée devant un témoin (confère associé, collaborateur, membre de la famille présent). Il doit, bien entendu, expliquer au patient, quand cela est le cas, que la conduite sera possible sous condition (visite médicale par un médecin agréé ou une commission médicale, appareillage, aménagement du véhicule, traitement médical adapté etc.).

● Il a, par contre, une responsabilité directe dans le cadre de ses prescriptions et de ses actes médicaux, en termes de conséquences sur l'aptitude à la conduite. Le médecin est aujourd'hui dans l'obligation d'informer son patient sur les risques même exceptionnels liés à la mise en œuvre d'un traitement. Il ne peut s'en dispenser que dans les cas d'urgence, d'impossibilité de recueillir le consentement, de refus d'information de la part du patient, ainsi que dans les cas où cette information peut nuire au patient. Si les décisions de justice n'ont, jusqu'à présent, concerné que des traitements invasifs ou chirurgicaux, rien ne s'oppose, dans le principe, à ce qu'elles soient transposées au domaine de la prescription médicamenteuse. On peut penser, en particulier, que dans le cas d'un grave accident de la route, impliquant un conducteur ayant reçu une prescription induisant des effets sur la conduite, le médecin pourrait être poursuivi, le cas échéant, pour défaut d'information. Cette évolution est prévisible aux yeux de nombreux juristes et pourrait vraisemblablement s'appliquer, dans un premier temps, en cas d'accident mortel ou d'accident aux conséquences lourdes.

De nombreuses sociétés savantes ont commencé à mettre en place des informations écrites (ne pas conduire en quittant un établissement de soins après une anesthésie, après une dilatation pupillaire pour examen du fond d'œil etc.). On peut proposer aux médecins d'établir de telles recommandations écrites pour leur patients, même si elles n'apportent pas une certitude d'opposabilité aux poursuites, la jurisprudence recommandant toujours une information claire, adaptée à chaque patient, et donc orale. Il apparaît logique de joindre les deux types d'information dans les cas difficiles.

Le risque le plus évident liés aux pathologies cardio-vasculaires est celui de malaise au volant, mais ces pathologies peuvent également être à l'origine d'états de fatigue incompatible avec certaines formes de conduite. Les traitements mis en œuvre peuvent également jouer un rôle sur la capacité de conduite et leur prescription doit être évaluée en tenant compte de la situation de conduite des patients.

Le médecin doit également évaluer les autres facteurs de risque associés (métaboliques, pondéraux, tabac). Dans tous les cas où la pathologie présentée pose un problème d'aptitude à la conduite, le médecin traitant, avec l'aide du cardiologue le cas échéant, doit recueillir les éléments de dossier qui permettront de présenter le cas du patient devant le médecin agréé ou la commission médicale dans les meilleures conditions possibles, sans retarder inutilement la détermination de l'aptitude.

Coronaropathies

● **Réglementation (cf 1.1):**

Après infarctus du myocarde ou en cas d'angor instable, un avis cardiologique est nécessaire avant de pouvoir reprendre la conduite. Pour les permis lourds, un avis de la commission médicale est nécessaire pour pouvoir bénéficier d'une aptitude temporaire. Si le syndrome coronarien n'est pas stabilisé, l'inaptitude est de règle.

En cas de coronaropathie stable ou asymptomatique, la nécessité d'un avis spécialisé est laissée à l'appréciation du médecin pour les permis légers, mais il est obligatoire pour les permis lourds.

Après angioplastie ou pontage coronarien, la conduite pourra être reprise après avis cardiologique favorable. Pour les permis lourds, un pontage coronarien n'autorise qu'une aptitude temporaire, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

● **Recommandations :**

Le médecin devra recueillir l'avis écrit du cardiologue, ainsi que les examens jugés utiles, principalement les traitements mis en place, l'ECG d'effort et l'échographie cardiaque avec mesure de la fraction d'éjection systolique. Il pourra rédiger un courrier de synthèse à l'intention de la commission médicale.

Troubles du rythme

● **Réglementation (cf 1.2):**

En cas de tachycardie supra-ventriculaire paroxystiques, d'extrasystoles ventriculaires, un avis spécialisé est nécessaire pour les permis légers. Pour les permis lourds, une aptitude temporaire pourra être accordée après avis spécialisé en cas de tachycardie supra-ventriculaire paroxystique. En cas de simples extrasystoles ventriculaire, après une période d'aptitude temporaire, la périodicité normale des visites pourra être reprise en cas d'évolution clinique, satisfaisante.

En cas de fibrillation ou de flutter auriculaire, de tachycardie ventriculaire non soutenue sur cœur sain, la survenue de symptômes sévères (lipothymie, syncope) impose l'arrêt de la conduite jusqu'au contrôle des symptômes. Après avis spécialisé, la conduite peut être reprise sous réserve d'une surveillance régulière. Un examen par la commission médicale est nécessaire pour les permis lourds. Il permettra en cas d'avis favorable une aptitude temporaire sous réserve d'une surveillance régulière.

En cas de tachycardie ventriculaire non soutenue sur cœur pathologique, ou en rapport avec une cause aigue et curable, la conduite ne pourra être reprise qu'après avis spécialisé et sous réserve d'une surveillance médicale régulière. Pour les permis lourds, la conduite ne pourra être reprise qu'après avis spécialisé avec évaluation du risque. La commission médicale pourra donner une aptitude temporaire sous réserve d'un suivi cardiologique semestriel.

En cas de tachycardie ventriculaire soutenue ou de fibrillation ventriculaire en rapport avec une cause chronique, la conduite ne pourra être reprise qu'en fonction d'un avis spécialisé. Un examen par la commission médicale est nécessaire pour tous les patients conducteurs. Pour les permis légers, une aptitude temporaire de 2 ans pourra être donnée sous réserve d'un suivi spécialisé régulier. Si l'affection est confirmée, elle est une cause d'inaptitude pour les permis lourds.

En cas de mise en place d'un défibrillateur automatique implantable en prévention primaire ou secondaire, l'inaptitude au groupe lourd est prononcée. Un avis spécialisé suivi d'un examen par la commission médicale est nécessaire pour les permis légers. En cas de primo-implantation, la conduite sera reprise selon l'avis spécialisé, avec une aptitude temporaire de deux ans sous réserve d'une surveillance spécialisée régulière et en l'absence de symptômes sévères (lipothymies, syncopes).

En cas de dysfonction sinusale ou de bloc auriculo-ventriculaire, un avis spécialisé est nécessaire pour évaluer la nécessité de pose d'un stimulateur cardiaque. En l'absence d'indication, la conduite est autorisée, avec une aptitude temporaire pour les permis lourds.

Si un stimulateur cardiaque est posé, la conduite sera reprise en fonction de l'avis spécialisé, sous réserve d'une surveillance cardiologique régulière avec aptitude temporaire pour les permis lourds.

● **Recommandations :**

Le médecin devra recueillir l'avis écrit du cardiologue, ainsi que les examens jugés utiles, principalement les traitements mis en place, l'ECG de repos et/ou d'effort, le Holter et l'échographie cardiaque le cas échéant. Il devra décrire la surveillance et les mesures hygiéno-diététiques mises en place et apprécier, dans son courrier à la commission médicale, le retentissement du trouble du rythme sur la vie courante.

Troubles de la conscience

● **Réglementation (CF 1.3) :**

En cas de syncope unique, un médecin doit évaluer le risque avant la reprise de la conduite.

En cas de syncope récurrente, la conduite ne peut être reprise que si un traitement spécifique est possible, et après avis spécialisé.

● **Recommandations :**

Le médecin devra recueillir toute information diagnostique utile et faire un courrier de synthèse à l'attention de la commission médicale.

Hypertension artérielle

● **Réglementation (cf 1.4) :**

La conduite est contre-indiquée si la pression artérielle systolique est supérieure à 220mm Hg et/ou si la pression artérielle diastolique est supérieure à 130 mm Hg, ainsi qu'en cas d'hypertension artérielle maligne. Quand la tension artérielle a rejoint ces critères, et après normalisation, un avis de la commission médicale est nécessaire pour autoriser la reprise de la conduite, avec une aptitude temporaire de 5 ans, basée sur un contrôle clinique de la pression artérielle. Pour les permis lourds, cette aptitude temporaire est de 2 ans et est basée sur une mesure ambulatoire de la pression artérielle.

● **Recommandations :**

En raison de la grande fréquence de la pathologie hypertensive, il est important que le médecin fasse un diagnostic de "gravité" et un diagnostic étiologique de l'hypertension, en recueillant l'avis du cardiologue, des mesures tensionnelles réalisées dans différentes conditions, un Holter tensionnel si nécessaire, et une échographie cardiaque. Le choix du traitement devra tenir compte, dans la mesure du possible, des effets secondaires potentiels sur la conduite.

Insuffisance cardiaque chronique

● **Réglementation (cf 1.5) :**

La conduite est contre-indiquée si l'insuffisance cardiaque, évaluée selon la classification NYHA, est au stade IV permanent pour les permis légers, et au stade III ou IV pour les permis lourds. Un avis de la commission médicale est nécessaire, dans les atteintes de stade III pour autoriser une aptitude temporaire annuelle.

● **Recommandations :**

Le médecin devra recueillir l'avis écrit du cardiologue, ainsi que les examens jugés utiles, principalement les traitements mis en place, l'échographie cardiaque avec mesure de la fraction d'éjection systolique. Il pourra rédiger un courrier de synthèse à l'intention de la commission médicale.

Valvulopathies traitées médicalement

● **Réglementation (cf 1.6.1) :**

Asymptomatiques, elles autorisent la conduite pour les permis légers, mais nécessitent un avis de la commission médicale pour les permis lourds, avec avis spécialisé et aptitude temporaire après 6 mois. En cas de manifestation cliniques, elles entraînent une inaptitude pour les permis lourds.

● **Recommandations :**

Le médecin devra recueillir l'avis écrit du cardiologue, ainsi que les examens jugés utiles, dont l'échographie cardiaque.

Valvulopathies traitées chirurgicalement

● **Réglementation (cf 1.6.2) :**

Un avis spécialisé est nécessaire pour la reprise de la conduite pour les permis légers.

Un avis de la commission médicale est nécessaire pour les permis lourds, avec avis spécialisé et aptitude temporaire après 6 mois. En cas de manifestation cliniques, elles entraînent une inaptitude pour les permis lourds.

● **Recommandations :**

Le médecin devra recueillir l'avis écrit du cardiologue, ainsi que les examens jugés utiles, dont l'échographie cardiaque, il devra apprécier les conséquences des traitements anticoagulants.

Anévrisme aortique connu et/ou traité

● **Réglementation (cf 1.7.1):**

La nécessité d'un avis spécialisé est laissée à l'appréciation du médecin pour les permis légers. Pour les permis lourds, l'aptitude ne peut pas être délivrée si le diamètre est supérieur à 5 cm. Après intervention et avis spécialisé, une aptitude temporaire peut être donnée sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

● **Recommandations :**

Le médecin devra recueillir l'avis écrit du chirurgien ou du cardiologue, ainsi que les examens jugés utiles, dont l'artériographie, le scanner ou l'échographie.

Thrombophlébites profondes des membres inférieurs

● **Réglementation (cf 1.7.2):**

L'avis du médecin suffit pour reprendre la conduite pour tous les conducteurs.

● **Recommandations :**

Le médecin devra recueillir les comptes rendus d'examens (échographie, doppler), l'avis du phlébologue ou du cardiologue, préciser les modalités de traitement (anticoagulants).

Transplantation cardiaque

● **Réglementation (cf 1.8):**

Après avis spécialisé, un avis de la commission médicale est nécessaire pour la reprise de la conduite. Une aptitude temporaire pourra être donnée en fonction de cet avis pour les permis légers. Pour les permis lourds, l'aptitude ne pourra être donnée qu'en l'absence de symptomatologie, pour une période temporaire de 2 ans renouvelable tous les deux ans ensuite, sur avis spécialisé et sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

● **Recommandations :**

Le médecin devra recueillir l'avis écrit du chirurgien, du cardiologue, ainsi que les examens jugés utiles pour la détermination de l'aptitude (échographie, fraction d'éjection systolique, retentissement pulmonaire, périphérique et viscéral).

Cardiomyopathie hypertrophique

● **Réglementation (cf 1.9):**

L'avis de la commission médicale est nécessaire pour tous les conducteurs et entraîne une inaptitude aux permis lourds. En l'absence de manifestations cliniques, une aptitude temporaire peut être donnée pour les permis légers sous réserve d'une surveillance cardiologique régulière. En cas de manifestations cliniques, seul un avis favorable du spécialiste peut permettre la conduite à titre temporaire.

● **Recommandations :**

Le médecin devra recueillir l'avis écrit du cardiologue, ainsi que les examens jugés utiles, dont l'échographie cardiaque et la fraction d'éjection systolique. Il devra préparer un courrier décrivant le retentissement de la pathologie (malaises) et les traitements mis en œuvre.



La vision représente certainement la fonction physiologique la plus importante pour la conduite. Si la plupart des patients ressentent la nécessité de faire évaluer et corriger un trouble de la vision en cas d'apparition brutale ou de gêne importante, de nombreux troubles visuels ne sont pas perçus comme gênants par le patient, surtout s'ils sont d'apparition progressive ou permettent une vision " utile " suffisante pour la vie de tous les jours, alors même qu'ils sont de nature à compromettre la sécurité sur la route.

Le rôle de l'ophtalmologiste est essentiel pour évaluer ces pathologies, proposer une amélioration les cas échéants, mais aussi pour prévenir leur aggravation. Le rôle du généraliste sera de vérifier au moyen de tests simples l'état de la fonction visuelle chez leurs patients, et de les adresser au spécialiste en cas de nécessité.

Acuité visuelle en vision de loin

● **Réglementation (cf 2.1.1):**

L'aptitude à la conduite pour les permis du groupe léger nécessite une acuité binoculaire, avec ou sans correction (lunettes ou lentilles), au minimum de 5/10, et de 6/10 si l'un des deux yeux a une acuité visuelle nulle ou inférieure à 1/10.

Pour les permis du groupe lourd, l'acuité visuelle doit être au minimum de 8/10 pour l'œil le meilleur et à 5/10 pour l'œil le moins bon. Ces valeurs sont atteintes par correction optique, il faut que l'acuité non corrigée de chaque œil atteigne au minimum 1/20, ou que la correction optique soit obtenue à l'aide de verres correcteurs d'une puissance ne dépassant pas 8 dioptries, ou à l'aide de lentilles cornéennes. La correction doit être bien tolérée. Un avis spécialisé peut être demandé si nécessaire.

Si le seuil d'acuité visuelle ne peut être obtenu qu'avec l'aide d'une correction optique, une mention sera portée sur le permis de conduire précisant l'obligation de correction optique.

Si l'acuité visuelle est limitée par rapport aux normes ci-dessus, la durée de l'aptitude peut être limitée dans le temps par la commission médicale.

Après une perte brutale de la vision d'un œil (moins de 1/10), la conduite est contre indiquée pendant six mois pour les permis légers. La commission médicale peut éventuellement prolonger ce délai et demander l'obligation de rétroviseurs bilatéraux. La contre indication à la conduite est définitive pour les permis du groupe lourd.

Après une intervention chirurgicale modifiant la réfraction oculaire, la mention " verres correcteurs " ne peut être supprimée qu'après avis de la commission médicale. L'avis de la commission est obligatoire pour reprendre la conduite avec un permis du groupe lourd.

● **Recommandations :**

L'acuité visuelle de loin est jugée en utilisant les deux yeux ensemble, après correction éventuelle (lunettes, lentilles cornéennes).

Cette vision de loin est à étudier à l'aide d'une échelle de Monoyer, échelle de Snellen ou toute autre échelle homologuée. Le sujet est placé à 4 mètres de cette échelle. La vision est à vérifier en mono puis en binoculaire avant et après correction éventuelle. Son niveau en regard des critères d'aptitude est discuté avec le patient et un avis ophtalmologique est pris le cas échéant. L'arrêté du 21 décembre 2005 ne fait plus mention de l'obligation d'un contrôle médical tous les cinq ans pour les conducteurs monophthalmes. La commission reste libre au cas par cas de limiter la durée de l'aptitude, en fonction de la qualité de la vision de l'œil restant et de son caractère plus ou moins évolutif.



Champ visuel

● **Réglementation (cf 2.1.2):**

La conduite pour les permis du groupe léger n'est possible que si le champ visuel binoculaire horizontal est supérieur à 120° (60° à droite et à gauche de l'axe visuel) et si le champ visuel vertical est supérieur à 60° (30° au-dessus et au-dessous de l'axe visuel).

La conduite n'est pas possible en cas d'atteinte notable du champ visuel du bon œil si l'acuité d'un des deux yeux est nulle ou inférieure à 1/10. Un avis spécialisé est nécessaire

Pour les permis du groupe lourd, l'avis spécialisé est nécessaire en cas d'altération du champ visuel. L'aptitude ne peut pas être donnée en cas d'altération pathologique du champ visuel binoculaire.

● **Recommandations :**

Le champ visuel peut être étudié sommairement au doigt, en se plaçant face au patient, et en le faisant réagir avec une stimulation (mouvement du doigt de l'examineur), dans les angles requis.

Vision nocturne

● **Réglementation (cf 2.1.3):**

En cas d'absence de vision nocturne, l'avis d'un ophtalmologiste est nécessaire, ainsi que l'avis de la commission médicale pour les permis du groupe léger. Celle-ci pourra accorder une aptitude temporaire avec mention restrictive " conduite de jour uniquement ", si le champ visuel est normal.

Pour les permis du groupe lourd, la commission statuera en fonction de l'avis spécialisé qui est obligatoire. En cas de confirmation de l'absence de vision nocturne, l'aptitude ne pourra pas être donnée.

● **Recommandations :**

Ce type de trouble est difficile à détecter à l'interrogatoire. En cas de suspicion, l'avis ophtalmologique est crucial, sachant que la restriction à la conduite de jour, stipulée dans l'arrêté, est difficile à mettre en œuvre au plan pratique (quelle est la définition du jour, que faire en cas de force majeure ?).

Vision des couleurs

● **Réglementation (cf 2.1.4):**

Les troubles de la vision des couleurs sont compatibles. Le candidat en sera averti.

● **Recommandations :**

Bien que spectaculaires, les troubles de la vision des couleurs ne représentent pas un risque notable au volant. Il convient surtout d'informer et de rassurer le patient.

Antécédents de chirurgie oculaire

● **Réglementation (cf 2.2.1):**

Un avis ophtalmologique est souhaitable, il sera demandé pour les permis du groupe lourd.

● **Recommandations :**

Le médecin doit informer le patient dans deux cas : si celui ci souhaite passer un permis du groupe lourd et qu'il a un antécédent de ce type, ou si un patient titulaire d'un permis lourd est opéré des yeux.

Troubles de la motilité

● **Réglementation (cf 2.2.2):**

L'avis ophtalmologique est obligatoire.

En cas de blépharospasme acquis confirmé, il y a incompatibilité avec la conduite pour tous les types de permis.

En cas de diplopies permanentes ne répondant à aucune thérapeutique optique, médicamenteuse ou chirurgicale, il y a contre indication à la conduite pour tous les types de permis.

Les strabismes ou hétérophories non décompensées sont compatibles avec la conduite pour les groupes léger et lourd si l'acuité visuelle est suffisante.

Nystagmus

Certain nystagmus congénitaux ou acquis entraînent une baisse notable de la capacité visuelle tant au niveau de l'acuité visuelle que de la capacité de fixation du regard.

● **Réglementation (cf 2.2.2):**

La conduite pour les permis léger est possible si les normes d'acuité visuelle sont atteintes après avis ophtalmologique. Si l'affection est confirmée, il y a inaptitude pour les permis du groupe lourd.

Recommandations :

L'examen de la mobilité oculaire, fait en déplaçant un doigt ou une pointe de stylo devant le regard du patient qui doit suivre l'objet, permet de détecter aisément les diplopies et les nystagmus.

Déficience auditive

Les déficiences auditives ne sont pas une contre-indication à la conduite sauf pour les formes sévères non appareillables chez les conducteurs du groupe lourd.

Si une perte auditive persiste avec ou sans prothèse, une obligation d'équipement du véhicule avec des rétroviseurs bilatéraux est simplement mentionnée sur le permis de conduire et il n'y aura pas lieu de prévoir de validité temporaire si l'audition est stable dans le temps.

● **Règlementation (cf 3.1):**

Une déficience auditive doit être évaluée (voix chuchotée perçue ou non à 1 mètre, voix haute perçue ou non à 5 mètres, valeurs correspondant à 35 décibels), et, en cas de déficit notable, le patient devra être adressé à la commission médicale.

Celle-ci jugera de la nécessité des rétroviseurs bilatéraux.

Pour les conducteurs du groupe lourd, en cas de baisse progressive ou ancienne d'audition, l'aptitude sera donnée de façon temporaire sur la base d'un seuil d'audition de 35 décibels, avec mention le cas échéant de la nécessité des rétroviseurs bilatéraux obligatoires. En cas de baisse brutale d'audition, l'avis d'aptitude reposera sur un avis ORL.

Les déficiences auditives sévères ou profondes sans gain prothétique notable restent une contre-indication à la délivrance ou au renouvellement des permis du groupe lourd.

● **Recommandations :**

En cas de déficience auditive chez un patient conducteur, réaliser le test simple d'audition (voix chuchotée perçue ou non à 1 mètre, voix haute perçue ou non à 5 mètres, valeurs correspondant à 35 décibels) et, en cas de déficit confirmé, faire réaliser un audiogramme avant de conseiller au patient de demander l'avis d'un médecin agréé ou de la commission médicale (avis impératif en cas de conduite du groupe lourd).

Troubles de l'équilibre, vertiges

La survenue de vertige pose un problème de capacité de conduite lors des phases aiguës. S'il est logique d'interdire la conduite lors de la survenue de vertiges, il convient de retrouver la cause des troubles pour juger du risque de récurrence, proposer un traitement adapté (en tenant compte du risque d'effet sédatif avec certains anti-vertigineux). Les risques liés aux permis du groupe lourd justifient la nécessité d'un avis spécialisé avant de laisser reconduire le patient.

● **Règlementation (cf 3.2):**

En cas de vertiges paroxystique bénin, un avis ORL est recommandé chez les patients conducteurs pour mettre en place un suivi en cas de nouvelle crise. La conduite reste possible en dehors des épisodes aigus (groupe léger et groupe lourd).

En cas de maladie de Ménière, l'avis ORL est recommandé pour le groupe léger, et obligatoire avant la reprise de la conduite pour le groupe lourd, avec avis de la commission médicale (l'aptitude étant ensuite temporaire).

En cas de vertiges de type labyrinthique, la conduite est interdite en phase aiguë, et soumise à un avis spécialisé ensuite, avec avis de la commission médicale pour les conducteurs du groupe lourd.

En cas d'instabilité chronique, une inaptitude pourra être prononcée par la commission médicale en cas de confirmation de l'affection.

● **Recommandations :**

En cas d'antécédent de vertige, les patients conducteurs doivent faire l'objet d'un diagnostic de confirmation dans la mesure du possible.

L'avis d'un ORL doit être demandé impérativement pour les conducteurs professionnels.

En cas de survenue d'un épisode de vertige, le patient doit s'abstenir de conduire en phase aiguë et dans les 24 heures qui suivent (ou jusqu'à un avis spécialisé pour le groupe lourd).

A l'exception des épisodes isolés de vertiges paroxystiques bénins, un avis ORL doit être demandé en informant le patient vis-à-vis de la réglementation.

La mise en place d'un traitement doit tenir compte des risques d'effets sédatifs.



Port d'une canule trachéale

● **Réglementation (cf 3.2) :** Un avis spécialisé est nécessaire.

● **Recommandations :**

La conduite est possible dans la majorité des cas, avec avis spécialisé obligatoire pour les conducteurs du groupe lourd. La phonation peut être un élément important pour les professionnels (transports en commun) et peut nécessiter une rééducation ou le port d'une prothèse phonatoire.

Asthme, Broncho-pneumopathie chronique obstructive, affections dyspnéisantes avec appareillage respiratoire

Peu d'affections respiratoires posent un problème de conduite. Les risques sont principalement liés aux altérations de la capacité d'oxygénation du sang et à des taux élevés de dioxyde de carbone avec risque d'hypovigilance, d'altération du jugement et de troubles cardiaques secondaires.

● **Réglementation (cf 3.4) :**

En cas de pathologie respiratoire avec déficit potentiel ou avéré d'oxygénation, un avis pneumologique est recommandé pour tous les patients conducteurs et il est obligatoire pour le groupe lourd. Si une affection sévère est confirmée, l'inaptitude sera prononcée par la commission médicale.

● **Recommandations :**

En cas d'affection dyspnéisante, il faut apprécier la capacité d'oxygénation et l'état cognitif au moment des épisodes aigus, et, le cas échéant, à l'état basal.

En cas d'oxygénothérapie permanente, qui peut être admise à bord d'un véhicule, il est recommandé de prendre un avis spécialisé (avec certificat remis au patient attestant de la nécessité de l'oxygénothérapie pour améliorer son état cognitif). La bouteille d'oxygène ou tout autre dispositif d'oxygénation devra être installé de manière à n'entraîner aucun risque supplémentaire en cas d'accident (un tel dispositif est incompatible avec un permis du groupe lourd).

Les syndromes d'apnée du sommeil sont traités dans le chapitre neurologie.

CLASSE IV : PRATIQUES ADDICTIVES, NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE

Ce chapitre recouvre des domaines qui relèvent des affections médicales et d'autres qui relèvent des comportements à risque. Leur prise en charge sera naturellement très différente selon les cas.

Abus d'alcool ou usage nocif et dépendance

Les éléments de réglementation concernent principalement les conducteurs qui ont fait l'objet d'un retrait ou d'une annulation du permis de conduire pour alcoolisation au volant. Cependant, les mêmes critères médicaux s'appliquent à tout conducteur ou candidat au permis de conduire se présentant devant un médecin agréé ou une commission médicale, quelque soit le motif de la visite.

● **Règlementation (cf 4.1) :**

La plus grande vigilance est recommandée étant donné l'importance et la gravité du problème en matière de sécurité routière. Si nécessaire, il faut avoir recours à un avis spécialisé en vue de soins spécifiques.

Les risques additionnels liés à la conduite du groupe lourd, notamment chez les professionnels, seront envisagés avec la plus extrême prudence.

Il y a incompatibilité durant la période d'alcoolisation. Avant autorisation de reprise de la conduite, une réévaluation est obligatoire par la commission médicale qui statue au vu de l'ensemble des éléments cliniques et/ou biologiques et, selon les cas, après avis spécialisé. L'appréciation des modifications du comportement d'alcoolisation est faite sur les éléments médicaux présentés : dans les cas favorables, l'aptitude est donnée pour une période probatoire d'un an pour les permis du groupe léger, et pour une période d'observation de six mois, renouvelable pour les permis du groupe lourd. En cas de récurrence, la modulation de la périodicité des visites médicales avec raccourcissement des échéances est laissée à l'appréciation de la commission médicale, à l'issue de la période d'observation. Ces échéances sont ramenées à un an, voire six mois renouvelable pendant trois ans pour les permis

du groupe lourd. En cas de dépendance forte avec signes de dépendance physique, témoignant d'une alcoolisation régulière, une incompatibilité peut être prononcée pendant une période de durée suffisante pour obtenir une capacité médicale compatible avec les exigences de la sécurité routière.

Pour les permis du groupe lourd, cette période d'incompatibilité peut aller jusqu'à dix-huit mois avant de ré-autoriser la conduite. Une réévaluation par la commission médicale est obligatoire au bout d'un an. Si l'abstention totale de consommation d'alcool est constatée au vu des éléments médicaux présentés, dont un avis spécialisé obligatoire : une aptitude temporaire (période d'observation) de six mois peut être décidée, renouvelable pendant trois ans. Ultérieurement, la périodicité des visites médicales sera modulée avec raccourcissement des échéances à l'appréciation de la commission médicale.

Une incompatibilité est généralement prononcée pour les véhicules des catégories D, E (C), E (D). Les risques additionnels liés aux conditions de travail sont envisagés avec la plus extrême prudence.

● **Recommandations :**

La consommation d'alcool reste un problème difficile à aborder, la notion de " normalité " étant très subjective et les patients admettant mal l'intervention du médecin dans ce domaine.

Si la prise en charge des patients ayant eu des problèmes d'alcool au volant est traitée plus loin, il reste nécessaire de savoir quels outils utiliser pour reconnaître une consommation à risque ou une dépendance chez un patient sans antécédents de sanction.

Les questionnaires type DETA-CAGE, les questions sur les modes de consommation permettent de se faire une idée, mais un test utile consiste à mettre en place un sevrage d'essai d'une dizaine de jour, par exemple à l'occasion d'un bilan sanguin de santé, et d'observer avec le patient les difficultés qui pourraient se présenter. Une impossibilité ou une difficulté à réaliser ce sevrage court permet tout d'entamer le dialogue avec le patient.

L'utilisation des marqueurs biologiques est utile pour préparer le renouvellement périodique des permis chez les conducteurs du groupe lourd.

Les Gamma GT conservent un faible intérêt du fait de leur manque de spécificité. Le dosage du CDT est plus fiable dans la détermination réelle de la consommation d'alcool. Certains reprochent à ce dosage de varier rapidement en cas de chute de la consommation mais cette évolution reflète justement la capacité du sujet à stopper temporairement sa consommation.

Le VGM et les transaminases n'ont plus lieu d'être utilisés dans ce contexte.

Le couplage Gamma GT et CDT permet dans la majorité des cas de se faire une opinion sur l'état de la consommation usuelle d'alcool.

Consommation régulière ou dépendance aux drogues, mesusage de médicaments



Bien que le texte de l'arrêt soit peu précis sur la distinction entre produits illicites et médicaments détournés de leur usage, on peut distinguer, selon leurs effets cliniques :

Les produits sédatifs : opiacés, tranquillisants et somnifères, à fort pouvoir addictogène.

Les produits stimulants : cocaïne, amphétamines, à faible pouvoir addictogène,

Les produits psychodysléptiques : cannabis à net pouvoir addictogène, LSD, autres hallucinogènes, à faible pouvoir addictogène.

L'action de ces produits sur la capacité de conduite et sur le comportement au volant varie naturellement selon les produits et leur pharmacocinétique mais une certitude existe aujourd'hui chez tous les spécialistes : Il n'y a pas de drogues douces au volant et les facteurs de risque liés à leur consommation par les conducteurs est équivalent au minimum à un taux d'alcoolémie de 0.50 g/l, c'est à dire au taux légal d'alcoolémie en France.

Depuis une dizaine d'années, de nouveaux problèmes se posent :

● Un usage massif de cannabis, à des doses et à des fréquences d'utilisation posant de réels problèmes d'aptitude au volant, avec parfois jusqu'à 5 à 7 ans de consommation avant le passage du permis de conduire chez les jeunes.

● Le développement des traitements de substitution, avec un problème de réinsertion sociale incluant l'aptitude à la conduite y compris parfois du groupe lourd, ceci alors que plus de la moitié des sujets prenant de tels traitements continuent de prendre d'autres drogues, et alors qu'aucun " contrat thérapeutique " n'est mis en place réglementairement, assorti de dépistages réguliers vis-à-vis des autres drogues. La banalisation de l'usage des drogues amenant un glissement de la consommation depuis les populations " inactives ", vers des consommateurs actifs, travaillant, et conduisant y compris à titre professionnel.

● **Réglementation (cf 4.2):**

Il y a incompatibilité avec l'aptitude à la conduite en cas d'état de dépendance vis-à-vis des substances psychotropes ou en cas d'abus ou de consommation de telles substances sans justification thérapeutique. Le recours est possible à des examens biologiques (détection ou dosage de produits). Une aptitude temporaire de six mois à un an peut être prononcée, renouvelable pendant deux ans. Ultérieurement, la périodicité des visites médicales est modulée avec limitation de la durée d'aptitude à l'appréciation de la commission médicale

Pour les permis du groupe lourd, il y a incompatibilité en cas de consommation de substances psychotropes. Par la suite, il peut y avoir compatibilité temporaire de un an, renouvelable pendant trois ans. Ultérieurement, il y a modulation de la périodicité des visites médicales avec limitation de la durée d'aptitude à l'appréciation de la Commission médicale.

Une incompatibilité pour les catégories D, E (C), E (D) pourra être prononcée.

Les risques additionnels liés aux conditions de travail sont envisagés avec la plus extrême prudence.

● **Recommandations :**

Bien que ce domaine soit difficile à aborder avec des patients qui n'avouent que rarement leur consommation, et qui la minimisent dans les autres cas ou la réduisent à un nombre de produits inférieur à la réalité, le médecin doit remplir un rôle de prévention en particulier chez les jeunes. Il doit leur expliquer quels sont les risques pénaux sur la route, les inciter au sevrage avec une aide adaptée, et être particulièrement actifs vis à vis des conducteurs professionnels.

Il doit informer aussi bien les fumeurs de cannabis, les consommateurs chroniques de tranquillisants, les patients soumis à un traitement de substitution et tous les utilisateurs de psychotropes à des fins festives qu'il y ait ou non addiction.

Il ne faut en aucun cas banaliser la prise des produits et profiter au contraire d'une discussion sur l'aptitude à la conduite pour proposer une aide.

L'usage de tests de dépistage urinaire, d'un faible cout et disponibles en pharmacie, est souvent utile, à la condition de respecter des règles éthiques en face de parents ou d'employeurs très demandeurs d'information.

L'usage de tels tests devrait être systématique pour le suivi des conducteurs prenant un traitement de substitution.

Médicaments et conduite

La relation entre le médecin généraliste et son patient est entièrement tournée vers le patient en tant qu'individu porteur d'une pathologie et le médecin a du mal à pouvoir la dépasser et influencer sur le patient en tant que sujet à risque pour les autres, risque en particulier sur la route ou au travail.

Le problème est encore plus complexe quand le médecin doit prendre un risque vis à vis de la collectivité en prescrivant des médicaments, utiles à titre individuel pour le patient, mais facteurs de risque potentiel pour les autres par leurs effets sur la vigilance ou le comportement.

Le médecin ne peut plus, aujourd'hui, ignorer ce risque collectif en se retranchant derrière l'intérêt exclusif du patient, ceci d'autant que l'évolution générale du droit l'amène progressivement à risquer d'être mis en cause lui-même pour certaines de ses prescriptions, notamment en ce qui concerne le devoir d'information du patient.

Le médecin doit participer à une double démarche :

Se remettre en cause quant à ses stratégies de prescription pour tenir compte de la situation de conduite de ses patients, et remettre en cause leur attitude quand ceux ci ont une utilisation trop prolongée ou inadaptée de certains médicaments.

Le médecin sait, quand il le faut, créer une relation de confiance avec son patient, et il doit aussi utiliser cette relation pour amener le patient à prendre conscience de ses facteurs de risque, notamment ceux liés à la consommation excessive de médicaments psychotropes.

Cette approche ne doit pas se faire d'une manière paternaliste, moralisatrice, mais doit au contraire se baser sur la compétence professionnelle du médecin, ses connaissances des effets des produits psychotropes " par intention ", ceux liés à des effets secondaires de certains médicaments, et, naturellement en prenant en compte les problèmes médicaux (age, troubles visuels ou neurologiques, troubles du sommeil etc.) spécifiques à chaque patient, qu'il s'agisse d'un patient âgé (souvent consommateur de plusieurs médicaments à potentiel sédatif), ou d'un patient conducteur professionnel pour lequel on doit adopter des stratégies thérapeutiques spécifiques.

Dans ce domaine, la mise en place, sur une initiative de La Prévention Routière reprise par l'AFSSAPS, d'un dispositif de graduation des effets secondaires des médicaments sur la capacité de

conduite au moyen de pictogrammes spécifiques de couleur différente. Apposés sur les boîtes de médicaments, ces pictogrammes remplacent progressivement le triangle rouge unique aujourd'hui trop banalisé, et sont une innovation majeure susceptible d'aider le médecin, le pharmacien et le patient à mieux prendre en compte les effets secondaires de certains médicaments et à établir un dialogue utile entre eux. Le médecin doit se tenir prêt à expliquer au patient les conséquences de cette graduation et à lui donner des conseils adaptés.

● **Réglementation (cf 4.2 et 4.3):**

Il y a incompatibilité en cas de consommation de médicaments susceptibles d'altérer la capacité de conduite ou le comportement des conducteurs, quand la nature du produit ou la quantité absorbée entraînent un risque pour la conduite. En cas de consommation régulière, un avis spécialisé sera demandé, en tenant compte des autres éléments d'aptitude médicale. L'évaluation des capacités médicales à la conduite, en cas de prescription de traitements de substitution à des états de dépendance, nécessite l'avis de la commission médicale (cf. arrêté du 18 juillet 2005).

Les risques additionnels liés à la conduite de ce type de véhicule, en particulier par des professionnels, notamment pour les catégories D, E (C), E (D) sont envisagés soigneusement.

● **Recommandations :**

Contrairement à l'alcool, et aux produits illégaux ou détournés de leur usage, le rôle des médicaments dans la détermination de l'aptitude à la conduite doit être évalué en tenant compte du rapport bénéfice-risque. Certaines pathologies imposent la prise d'un traitement pour pouvoir conduire, même au prix d'effets secondaires potentiels ou avérés. D'autres aboutissent à une prescription inutilement prolongée de médicaments (avec au premier plan les psychotropes), avec la survenue de phénomènes de dépendance. Le médecin pourra proposer un sevrage dans certains cas, et limiter, le cas échéant, la durée du traitement. Le médecin devra apprécier la nécessité du traitement, le bénéfice sur l'aptitude à la conduite, et les effets secondaires potentiels. Il devra vérifier que le traitement choisi est le moins susceptible d'entraîner des effets secondaires au sein de la classe thérapeutique concernée. Il pourra s'aider de l'avis du spécialiste pour choisir le traitement le plus adapté.

Il devra être d'autant plus attentif à évaluer l'impact des traitements sédatifs chez les patients âgés et chez ceux soumis à plusieurs traitements concomitants. Il devra donner des conseils adaptés : (durée des trajets, conduite de nuit, association à l'alcool ou à des traitements occasionnels).

Neurologie, Psychiatrie

Les affections neurologiques interfèrent souvent avec la capacité de conduite. Il convient de distinguer les pathologies qui touchent principalement la mobilité, et qui autorise souvent la conduite avec aménagement du véhicule, et celles qui ont un retentissement cognitif plus difficile à compenser. Dans tous les cas, le problème d'aptitude médicale à la conduite se complique d'une demande de reconnaissance de l'autonomie, demande qui doit être évaluée objectivement au cas par cas.

● **Réglementation générale :**

Les affections pouvant exposer un candidat ou conducteur à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire, à une défaillance d'ordre neurologique ou psychiatrique de nature à provoquer une altération subite des fonctions cérébrales constituent un danger pour la sécurité routière. La plus grande vigilance est recommandée étant donné l'importance et la gravité du problème en matière de sécurité routière. Si nécessaire, avoir recours à un avis spécialisé en vue de soins spécifiques.

Troubles du sommeil

Les pathologies figurant dans ce chapitre est difficile à gérer pour le médecin du fait de leur grande variété.

S'il paraît difficile de déconseiller la conduite au seul prétexte d'un sommeil de mauvaise qualité, il convient de dépister les troubles persistants ou sévères.

Le recours à des tests en centre du sommeil est souvent nécessaire pour les conducteurs professionnels.

Pour les conducteurs du groupe léger, une analyse des symptômes et des essais thérapeutiques accompagnés de mesures d'hygiène du sommeil seront utiles en première intention.

● **Réglementation :**

Somnolence excessive d'origine comportementale, organique, psychiatrique ou iatrogène (cf 4.3.1) La reprise de la conduite pourra avoir lieu un mois après l'évaluation de l'efficacité thérapeutique (pression positive continue, chirurgie, prothèse, drogues éveillantes,...). Cette reprise sera proposée à l'issue du bilan spécialisé. Pour les permis du groupe lourd, il devra être réalisé, de plus, un test électroencéphalographique de maintien de l'éveil

L'aptitude pourra être donnée pour une période de un an pour les permis légers, et de six mois pour les permis du groupe lourd.

L'inaptitude est de règle tant que persiste une somnolence malgré le traitement. Le médecin ayant pris en charge le traitement de la somnolence décidera des investigations nécessaires. Pour les permis du groupe lourd, la décision repose sur un test électro-encéphalographique de maintien de l'éveil.

L'avis spécialisé est nécessaire pour les permis du groupe lourd avant d'autoriser éventuellement la conduite nocturne. Pour ces permis, les risques additionnels liés aux conditions de travail sont envisagés avec la plus extrême prudence.

Insomnie d'origine comportementale, organique, psychiatrique ou iatrogène entraînant une somnolence excessive (cf4.3.2).

La reprise de la conduite pourra avoir lieu deux semaines après disparition de toute somnolence et constat clinique de l'efficacité thérapeutique (un mois pour les permis du groupe lourd).

L'aptitude sera prononcée pour un an pour les permis du groupe léger.

Pour les permis du groupe lourd, cette reprise sera proposée à l'issue d'un bilan spécialisé complété par un test électro-encéphalographique de maintien de l'éveil.

Il y a inaptitude tant que persiste une somnolence malgré le traitement. L'aptitude pourra ensuite être prononcée dans les mêmes conditions que pour les somnolences excessives, c'est-à-dire après bilan par le médecin ayant pris en charge le traitement de la somnolence, ce bilan incluant, pour les permis du groupe lourd, un test électro-encéphalographique de maintien de l'éveil.

L'aptitude pourra être donnée pour une période de un an pour les permis légers, l'aptitude sera ensuite limitée pendant deux ans à une durée de six mois pour les permis du groupe lourd. Elle sera ensuite annuelle en cas d'insomnie chronique.

L'avis spécialisé reste nécessaire pour une éventuelle autorisation de la conduite nocturne chez les conducteurs du groupe lourd pour qui les risques additionnels liés aux conditions de travail seront envisagés avec la plus extrême prudence.

● **Recommandations :**

Un dialogue entre le patient, le médecin traitant, le médecin du travail (inadaptation à des postes de nuits ou à des horaires décalés) et le médecin spécialiste permettent de résoudre la plupart des problèmes avant que ne se pose la question d'une inaptitude. La mise en œuvre effective de la nouvelle réglementation sur l'utilisation des batteries de tests d'évaluation du sommeil n'est pas toujours aisée à mettre en œuvre mais les enjeux, en particulier pour la conduite professionnelle, justifient un avis spécialisé pour préciser les tests à réaliser.

Troubles neurologiques, comportementaux et cognitifs

● **Réglementation :**

Pour les conducteurs de tous types de véhicules, les troubles neurologiques, comportementaux, cognitifs ou les troubles de la sénescence, dus à des affections, des séquelles chirurgicales au niveau du système nerveux central ou périphérique, extériorisés par des signes moteurs, sensitifs, sensoriels, trophiques, perturbant l'équilibre et la coordination, doivent faire l'objet d'une évaluation en terme de possibilités fonctionnelles.

Troubles permanents de la coordination, de la force et du contrôle musculaire

● **Réglementation (cf 4.4.1):**

La conduite de tous type de véhicules est contre indiquée avant l'avis de la commission médicale. Un avis spécialisé est nécessaire, ainsi qu'un bilan d'évaluation des capacités cognitives et comportementales et un test de conduite avant d'accorder une aptitude temporaire d'un an, avec une attention particulière apportée aux conducteurs de véhicules du groupe lourd et à leurs conditions de travail.

Troubles cognitifs et psychiques

● **Réglementation (cf 4.4.2):**

La capacité de conduite est fonction des résultats de l'évaluation neurologique ou gériatrique. En cas de démence documentée, la conduite est contre indiquée après un avis spécialisé éventuel.

Traumatisme crânien

● **Réglementation (cf 4.5):**

La possibilité de conduire est liée aux séquelles neurologiques éventuelles.

L'avis d'un spécialiste sera nécessaire pour évaluer l'importance des lésions, des signes cliniques, en tenant compte des différents examens paracliniques et du traitement envisagé.

Epilepsie

L'épilepsie est une des affections qui doivent impérativement être signalées lors du passage d'un permis de conduire. Jusqu'à l'avis de la commission médicale, elle reste une contre-indication à la conduite de tous les véhicules et un conducteur déjà titulaire d'un permis de conduire chez qui apparaît cette pathologie doit obligatoirement la signaler à son assureur et au service des permis de conduire.

Cependant la commission médicale peut autoriser la conduite dans un certain nombre de cas.

● **Réglementation (cf 4.6):**

Pour les véhicules du groupe léger, l'aptitude peut être donnée après avis spécialisé et en fonction de la forme clinique, des traitements suivis et des résultats thérapeutiques.

L'Epilepsie active même traitée reste une contre indication absolue à la conduite de véhicules du groupe lourd, mais la commission médicale peut autoriser dans certains cas la conduite de ces véhicules en cas de simples antécédents de crise, après avis d'un neurologue agréé en fonction de la forme clinique et si le sujet n'a eu aucune crise depuis trois ans. Il sera tenu compte également des conditions de travail et de conduite.

Pour les deux groupes de permis, l'aptitude à la conduite ne peut être délivrée que pour une période temporaire d'un an, renouvelable.

● **Recommandations :**

Quand le médecin découvre ou apprend l'existence d'une épilepsie ou d'un antécédent d'épilepsie chez un patient conducteur, il doit clairement expliquer au patient que son aptitude à la conduite doit être obligatoirement évaluée par une commission médicale. Cet examen doit être précédé d'un avis spécialisé comportant un Electro Encéphalogramme avec test de stimulation et une imagerie selon nécessité (scanner, IRM).

Son aptitude à la conduite doit être validée annuellement par la commission médicale et le médecin doit préparer à cette occasion un courrier remis au patient avec les résultats des examens récents et les modalités de traitement.

Il doit également recommander au patient épileptique traité qui conduit :

- De prendre son traitement à heure fixe.
- D'éviter toute consommation d'alcool.
- D'éviter les perturbations des cycles de sommeil avant de conduire.
- D'avoir sur lui sa prescription ou un document précisant le traitement.

Accidents vasculaires cérébraux

● **Réglementation (cf 4.7):**

En cas d'hémorragie et/ou de malformations vasculaires (anévrismes, angiomes).

Selon la nature du déficit, la conduite peut être contre indiquée dans l'attente d'un avis spécialisé. Cet avis spécialisé et celui de la commission médicale est obligatoire pour reprendre la conduite d'un véhicule du groupe lourd. Une aptitude temporaire pourra alors être prononcée en tenant compte avec la plus extrême prudence des contraintes spécifiques au groupe lourd et aux conditions de travail.

En cas d'accident ischémique transitoire, un avis médical est nécessaire préalablement à toute reprise de la conduite. En cas d'examen par la commission médicale, une aptitude temporaire d'un an peut être accordée. Un avis spécialisé est de plus obligatoire pour les permis lourds.

En cas d'infarctus cérébral, la réglementation est analogue à celle concernant les hémorragies et les malformations vasculaires.

Psychose aiguë et chronique

● **Réglementation (cf 4.8):**

En cas de manifestations cliniques pouvant interférer avec la conduite automobile, celle-ci est contre indiquée. Un avis de la commission médicale est nécessaire, permettant éventuellement une aptitude temporaire en cas de rémission confirmée par des examens régulièrement renouvelés. Tout trouble mental ayant entraîné une hospitalisation d'office nécessite l'avis du psychiatre agréé, autre que celui qui soigne le sujet, préalablement au passage de l'intéressé devant la commission médicale.

Pour les conducteurs du groupe lourd, ces affections sont incompatibles avec la conduite des véhicules du groupe D, E (C), E (D) et C supérieur à 7,5 T.

Pathologies interférant sur la capacité de socialisation Analphabétisme, déficience mentale majeure, altération majeure des capacités de socialisation

● **Réglementation (cf 4.9):**

En cas d'incapacité d'apprendre à lire par insuffisance psychique (et non par illettrisme), un avis spécialisé est nécessaire pour tous les types de permis. Il en est de même pour les déficiences mentales majeures, les altérations majeures des capacités de socialisation.

● **Recommandations :**

Dans tous les cas de figure, l'altération des capacités de conduite doit être évaluée non seulement sur le plan médical (possibilité de percevoir l'information, de prendre les bonnes décisions, d'effectuer les actes moteurs d'une manière suffisamment efficace), mais aussi en terme de réadaptation, d'ergonomie et de ré apprentissage à la conduite. L'avis d'un moniteur d'auto-école sera un préalable à la constitution du dossier médical qui sera soumis par le patient au médecin agréé ou à la commission médicale.

Les atteintes de l'appareil locomoteur entraînent des limitations de la capacité de conduire qui varient selon le type de véhicule. Les membres supérieurs doivent pouvoir permettre de tenir le guidon d'une moto, de le manœuvrer et d'utiliser les commandes à main. En dehors du cas des deux roues, de nombreux aménagements restent possibles pour permettre la conduite.

Avant de définir les aménagements éventuels du véhicule, un examen devant la commission médicale des permis de conduire est nécessaire dans les cas d'amputation d'un membre ou d'un segment de membre, d'une raideur articulaire importante, d'une ankylose ou d'une paralysie.

● **Réglementation :**

L'évaluation des incapacités physiques doit reposer essentiellement sur des constatations permettant de déterminer si l'incapacité constatée risque d'empêcher une manœuvre efficace et rapide et de gêner le maniement des commandes en toutes circonstances, et notamment en urgence. Un test pratique est, si nécessaire, effectué.

Pour le permis A, et pour les permis du groupe lourd, l'aptitude médicale ne peut être envisagée que dans des cas exceptionnels, après avis de la commission médicale et avis de l'inspecteur du permis de conduire et de la sécurité routière, recueilli avant toute décision d'aménagement, lors d'un test pratique préalable à l'examen, ou à la régularisation du permis de conduire :

L'efficacité des appareils de prothèse et l'aménagement du véhicule conseillés par les médecins sont appréciés et vérifiés par l'expert technique. Il s'assure qu'avec l'aide de ces dispositifs, la conduite n'est pas dangereuse. Une concertation entre les médecins de la commission médicale et celui-ci, préalable à toutes les décisions d'aménagement est parfois nécessaire dans les cas difficiles (voir en cas d'avis divergents).

Lorsque le handicap est stabilisé, et en l'absence de toute autre affection pouvant donner lieu à un permis temporaire, le permis est délivré à titre permanent.

L'embrayage automatique ou le changement de vitesses automatique, lorsqu'ils constituent la seule adaptation nécessaire, ne sont pas considérés comme des aménagements et autorisent l'attribution d'un permis avec mention restrictive : " embrayage adapté " et/ou " changement de vitesse adapté ".

● **Recommandations générales :**

Il n'est pas possible de donner des recommandations pour chacun des tableaux cliniques compte tenu de leur grande diversité.

On peut toutefois recommander de se donner un délai d'évolution suffisant en cas d'amputation ou de déficit fonctionnel récent pour permettre aux capacités résiduelles de s'adapter et aux prothèses éventuelles de faire la preuve de leur adaptation aux gestes de la vie courante avant de se poser la question de la reprise de la conduite.

Avant de soumettre le cas du patient à la commission médicale, le médecin doit proposer au patient de consulter un orthopédiste pour apprécier la fonctionnalité des membres, ainsi que de prendre l'avis d'un moniteur d'auto-école pour analyser les capacités restantes. En s'appuyant sur la réglementation, il pourra donner des informations utiles au patient et l'orienter vers une association locale d'aide à l'insertion sociale des handicapés en cas de séquelles lourdes. Ces associations ont en général une bonne connaissance des possibilités locales d'aménagement des véhicules et permettent de faciliter le contact avec des patients ayant une expérience du même type de problème.

Membre supérieur

● **Réglementation (cf 5.1):**

La commission médicale tient compte de la valeur fonctionnelle du membre supérieur dans son ensemble.

En cas d'amputation, la qualité des moignons bien étoffés et non douloureux, le jeu actif et passif des différentes articulations et leur coordination doivent permettre une prise fonctionnelle avec possibilité d'opposition efficace.

Doigts, mains

● **Réglementation :**

Pour le permis A (motos), l'aptitude ne peut pas être donnée pour toute lésion gênant les mains ou les bras dans la triple fonction de maintien du guidon, de rotation des poignées ou de manœuvre des manettes.

Dans certains cas de réadaptation exceptionnelle, la capacité de conduire est laissée à l'appréciation de la commission médicale. La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap, de l'appareillage et de l'adaptation fonctionnelle.

Un avis spécialisé sera obligatoire.

Pour le permis B et EB, la conduite est possible si la pince est fonctionnelle, avec opposition efficace.

Pour les permis du groupe lourd, il faut de plus que la force musculaire de préhension soit sensiblement équivalente à celle d'une main normale.

Prono-supination

● **Réglementation :**

En cas de limitation importante ou complète, un avis spécialisé est nécessaire pour le permis A.

Amputation main, avant-bras, bras

● **Réglementation :**

Entraîne l'inaptitude au permis A dans la grande majorité des cas, et aux permis du groupe lourd dans tous les cas, mais autorise la conduite avec les permis B et EB, sous réserve d'aménagements éventuels du véhicule.

Raideurs des membres supérieurs

● **Réglementation :**

Un avis spécialisé doit être demandé si la raideur entraîne une diminution importante de la fonction du membre, avec lésion fixée des os, des articulations, des tendons ou des muscles. L'aptitude au permis du groupe léger sera appréciée au cas par cas. L'aptitude aux permis du groupe lourd n'est pas possible en cas de diminution importante de la fonction du membre supérieur.

Les ankyloses, les arthrodèses du coude et de l'épaule, non douloureuses, en position de fonction pour la conduite automobile sont compatibles avec les permis des groupes léger et lourd.

Membres inférieurs

● **Réglementation (cf 5.2) :**

L'aptitude à la conduite est décidée par la commission médicale.

Pour les permis moto, la nécessité de l'adjonction d'un side-car est envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage.

Amputation de la jambe

● **Réglementation :**

En cas de nécessité d'aménagement du véhicule (en fonction du handicap, de son évolutivité, de la qualité du moignon et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage), un avis spécialisé peut être demandé si besoin pour les permis du groupe léger, cet avis est obligatoire pour le groupe lourd. Les capacités du conducteur seront évaluées par l'expert technique.

L'embrayage automatique, lorsqu'il constitue la seule adaptation nécessaire, n'est pas un aménagement et autorise l'attribution d'un permis léger ou lourd avec mention restrictive "embrayage automatique". Pour les permis lourds, une amputation du côté droit autorise la conduite avec aménagement du véhicule.

Amputation de la cuisse

● **Réglementation :**

L'avis spécialisé est obligatoire ainsi que la vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.

A gauche : la conduite avec permis des groupes légers ou lourds est possible avec la mention restrictive "embrayage automatique".

A droite : la conduite avec permis des groupes légers ou lourds est possible avec un aménagement du véhicule.

Ankylose, raideur du genou ou de la hanche

● **Réglementation :**

L'avis spécialisé est obligatoire ainsi que la vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.

Si la gêne fonctionnelle est importante :

A gauche : la conduite est généralement possible avec mention " embrayage automatique " pour le permis B. Cette mention est nécessaire pour les permis lourds si la flexion du genou est inférieure à 70° ou si le genou est instable.

A droite : la conduite est généralement possible avec aménagement du véhicule pour le permis B. Cet aménagement est nécessaire pour les permis lourds si la flexion du genou est inférieure à 70° ou si le genou est instable. L'ankylose de la hanche est incompatible avec les permis lourds en cas de douleurs ou d'attitude vicieuse importante.

Lésions multiples des membres

● **Réglementation :**

L'aptitude à la conduite des motos n'est pas accordée en cas d'atteinte de la fonction des deux membres supérieurs ou d'un membre supérieur et d'un membre inférieur.

Dans les autres cas, la capacité de conduite est laissée à l'appréciation de la commission médicale.

La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage.

Pour les permis B, EB et pour les permis du groupe lourd, l'association de diverses lésions uni ou bilatérales sera laissée à l'appréciation des commissions médicales.

L'avis spécialisé est obligatoire ainsi que la vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de nécessité d'aménagement du véhicule.

Rachis

● **Réglementation :**

Les mouvements de rotation doivent être conservés de manière satisfaisante, avec obligation, si nécessaire, de rétroviseurs bilatéraux additionnels et adaptés.

En cas de lésion neurologique associée, outre l'atteinte motrice des membres, la stabilité du tronc et l'équilibre du bassin sont pris en compte ainsi que la nécessité éventuelle d'aménagement du véhicule.

CLASSE VI : PATHOLOGIES MÉTABOLIQUES ET TRANSPLANTATIONS

Les diabétiques et les patients soumis à une dialyse périodique, ainsi que les patients transplantés sont en règle générale très éduqués sur le plan sanitaire. De ce fait, il est plus facile de discuter avec eux des précautions particulières liées à leur état.

Insuffisance rénale traitée par épuration extra rénale

● **Réglementation (cf 6-1) :**

En raison d'une baisse éventuelle de la vigilance due aux modifications hémodynamiques et métaboliques faisant suite à une séance de dialyse, l'heure précise de reprise de la conduite est laissée à l'appréciation du spécialiste. Un avis spécialisé peut être demandé en cas de nécessité.

Pour les conducteurs du groupe lourd, une conduite sur longue distance ou de longue durée est déconseillée. Les risques additionnels liés à la conduite du groupe lourd et aux conditions de travail seront envisagés avec la plus extrême prudence.

Diabète

Le diabète peut affecter la capacité de conduite tant du fait des complications chroniques qu'il peut induire, avec des altérations motrices et sensorielles (rétinopathie, neuropathie, néphropathies, atteintes vasculaires périphériques, cérébrales, coronariennes), que du fait d'altérations transitoires de la conscience ou des capacités cognitives, le plus souvent dues aux effets des traitements hypoglycémisants ou par insuline.

Ces complications et ces risques sont très variables selon les personnes et selon la qualité de l'équilibre thérapeutique.

Sous réserve d'un bon contrôle des complications à long terme, d'une bonne gestion de l'équilibre glycémique, et du respect de la réglementation, les patients diabétiques peuvent prétendre à conduire tant à titre personnel que professionnel.

Une hypoglycémie peut retentir sur la conduite si elle entraîne une altération de la perception ou des capacités motrices, un comportement anormal ou une atteinte de la conscience. On la distinguera des symptômes d'hypoglycémie légère tels que transpiration, tremblements, fringale qui peuvent être cependant des symptômes annonciateurs d'hypoglycémie plus grave. Le risque d'hypoglycémie est plus important chez les sujets de plus de 65 ans et chez les patients porteurs d'un diabète de type 1 qui suivent une insulinothérapie intensive.

● **Réglementation (cf 6.2):**

Pour les diabètes ne nécessitant pas de traitement, ou traités par voie orale (hypoglycémifiants), pour les diabètes traités par une seule injection d'insuline le soir : la conduite est autorisée dans le groupe léger, et est subordonnée à l'avis de la commission médicale pour le groupe lourd, sous réserve pour tous les conducteurs, d'une vérification régulière de la rétine et de la vision et d'une bonne évaluation du risque d'hypoglycémie.

Diabète traité par insuline (injection unique diurne ou multiple) (type 1 ou type 2) : Pour tous les conducteurs, un examen ophtalmologique avec recherche d'une rétinopathie diabétique est nécessaire avec remise d'un certificat ophtalmologique détaillé au patient. Le médecin doit être particulièrement vigilant dans l'évaluation du risque hypoglycémique. Pour les conducteurs du groupe léger, l'avis d'un diabétologue est facultatif.

Pour les conducteurs du groupe lourd porteurs d'un diabète du type 1 traités par insuline (injection unique diurne ou multiple), il y a incompatibilité avec l'aptitude. Toutefois, une aptitude temporaire pourra être accordée dans certains cas particuliers par la commission médicale, après avis spécialisé (obligatoire). Les risques particuliers liés à la conduite du groupe lourd et aux conditions de travail seront particulièrement évalués. La conduite sur longue distance ou de longue durée sera déconseillée.

Pour les diabètes du type 2 traités par insuline, la commission médicale pourra accorder une aptitude temporaire pour la conduite diurne évaluée en tenant compte du risque hypoglycémique, à condition que le diabète soit traité par une seule et unique injection d'insuline par jour, le soir (au dîner ou au coucher),

● **Recommandations :**

En cas de découverte d'un diabète chez un patient conducteur, le médecin traitant doit :

- Procéder à un examen clinique tenant compte des aspects neurologiques, sensoriels et cardio-vasculaires.
- Demander un examen ophtalmologique avec recherche d'une rétinopathie diabétique et remise d'un certificat détaillé au patient. Cet examen devra être renouvelé régulièrement.
- Évaluer le risque d'hypoglycémie et de la capacité du diabétique à se prémunir contre ce risque (glucose à bord du véhicule),
- Apprécier la capacité du diabétique à gérer son affection (tenue d'un carnet de suivi) et à détecter les signes d'hypoglycémie.
- Demander le cas échéant l'avis d'un spécialiste,
- Demander l'avis d'un médecin agréé ou de la commission médicale en cas de diabète type 1 chez un conducteur du groupe léger.
- Adresser le patient à la commission médicale en cas de diabète (type 1 ou 2) chez un conducteur du groupe lourd.

● **Conseils aux patients :**

Pour les patients diabétiques sous insulinothérapie, vérifier leur glycémie avant un long trajet, puis toutes les quatre heures. Ne pas prendre le volant si la glycémie est inférieure à 4mmol/L, s'arrêter immédiatement en cas de symptômes d'hypoglycémie, ne pas conduire avant 45 min à 1 heure après avoir traité une hypoglycémie légère à modérée (2,5 à 4 mmol/l).

Informez spécialement les patients qui ont eu des épisodes sévères d'hypoglycémie dans l'année, des hypoglycémies imprévisibles ou à répétition, qui ont eu une baisse récente de leur Hb A1c jusqu'à des valeurs normales, que leur risque d'hypoglycémie est majoré et qu'ils doivent prendre des précautions adaptées (contrôles glycémiques plus fréquents, éviter de conduire seul ou sur des long trajets). Informez également le patient en cas de changement des modalités d'insulinothérapie.

Il faut malgré tout déconseiller la conduite (et adresser le cas échéant le patient à un médecin agréé ou à la commission médicale en cas de permis du groupe lourd) :

- Si dans les 6 mois précédents est survenue une hypoglycémie ayant entraîné une perte de connaissance ou ayant nécessité une intervention extérieure.
- Si les hypoglycémies surviennent sans signes annonciateurs.
- Si le diabète n'est pas contrôlé (Hb A1c =12 ou =10 avec des glycémies < 4mmol/l).
- En cas d'altération visuelle importante, de rétinopathie proliférative.
- En cas de neuropathie périphérique sévère.
- En cas de pathologie cardio-vasculaire avérée.
- En cas d'incapacité à gérer les auto-contrôles glycémiques.
- En cas d'incapacité à détecter les hypoglycémies et à mettre en œuvre les mesures appropriées.

Pour les patients traités par insuline, conducteurs du groupe lourd ou pour les conducteurs du groupe léger effectuant des trajets longs, il faut leur recommander de disposer à bord du véhicule d'un moyen de contrôle de la glycémie, et de glucides à absorption rapide (dans tous les cas). Il faut leur recommander de contrôler la glycémie une heure avant le départ puis toutes les 4 heures et de s'arrêter si la glycémie est = 6mmol/l et tant qu'elle n'est pas revenue à cette valeur.

La prise en charge du diabétique conducteur impose une éducation appropriée du patient, même en dehors des formes traitées par insuline, et doit permettre de trouver un juste milieu entre un équilibre glycémique trop proche de la normale (donc avec un risque accru d'hypoglycémies) et un équilibre insuffisant, source de dégénérescences vasculaires et de pathologies rétiniennes.

Transplantation d'organe, implants artificiels

● **Réglementation (cf 6.3) :**

Le permis de conduire (groupes léger et lourd) peut être délivré ou renouvelé à tout candidat ou conducteur ayant subi une transplantation d'organe ou porteur d'un implant artificiel ayant une incidence sur la capacité de conduite.

La décision est laissée à l'appréciation des médecins agréés ou de la commission médicale.

● **Recommandations :**

Pour l'insuffisance rénale avec épuration extra-rénale, il faut conseiller au patient de ne pas conduire dans les heures suivant la séance de dialyse.

Pour les patients transplantés ou porteurs d'un implant, la question de la conduite fera l'objet d'un échange entre le patient, le médecin traitant et le spécialiste, avec, le cas échéant, l'avis d'un médecin agréé.

LE MÉDECIN ET LA DEMANDE DE DISPENSE DE PORT DE CEINTURE DE SÉCURITÉ

La proportion de tués parmi les personnes qui portent leur ceinture est 50 % inférieure à celle des conducteurs qui ne portent pas leur ceinture. La diminution importante des tués sur les routes est en bonne partie liée au port de la ceinture. Malgré cela, de nombreuses personnes sont encore réticentes à la porter. Les raisons de cette réticence sont strictement du domaine psychologique, soit que l'usager ait le sentiment d'être garrotté, soit qu'il ait peur de ne pouvoir s'extraire du véhicule en cas de nécessité, soit qu'il n'ait pas connaissance de l'obligation de s'attacher (places arrière). Pourtant, en cas d'accident, la ceinture de sécurité est le meilleur gage de pouvoir sortir ensuite du véhicule, du fait de blessures moins graves. Certains corps sociaux (taxis, forces de l'ordre) sont encore dispensés par voie réglementaire, mais ce combat d'arrière garde est destiné à s'éteindre devant l'évolution des dispositifs de retenue et devant l'arrivée, en leur sein, des jeunes générations habituées très tôt à son port.

Le médecin libéral ne peut en aucun cas délivrer un certificat de dispense de port de ceinture à un conducteur ou à un passager.

Toute demande dans ce sens doit être faite par le patient auprès de la commission médicale primaire. Les commissions ne délivrent d'ailleurs plus que de manière exceptionnelle des dispenses de courte durée en cas de chirurgie thoracique ou mammaire récente.

Si la taille ou la morphologie de l'individu posent un problème manifeste d'inadaptation au port de la ceinture, celui-ci doit être soumis à une commission médicale qui, dans ce cas pourra donner une dispense permanente.

Le médecin doit donc expliquer à son patient que de telles dispenses ne sont plus données à titre durable. Pour les patients réellement gênés par le contact physique de la ceinture, de petits clips peuvent être placés sur la ceinture. Ces clips peuvent gêner toutefois le bon fonctionnement de la ceinture en cas d'accident.

La fixation de la ceinture sur le montant du véhicule est également souvent réglable en hauteur.

LE MÉDECIN ET LE PATIENT CANDIDAT AU PERMIS DE CONDUIRE

Il est rare que le médecin aborde la question de lui-même quand un de ses jeunes patients est candidat au permis de conduire. Il peut pourtant lui être utile à deux niveaux :

- Il peut l'informer sur la nécessité de répondre aux normes d'aptitude par exemple en termes de vision, ou vis-à-vis de pathologies pouvant nécessiter l'avis d'une commission médicale comme un diabète, ou une comitativité, l'aider à préparer un éventuel passage en commission médicale en recueillant les examens utiles à cette fin. De cette manière, il lui permettra de ne pas retarder inutilement le passage de son permis (ou son admission en conduite accompagnée qui obéit aux mêmes critères).
- Il peut également profiter de cette circonstance en cas de comportements à risque suspecté ou connu pour établir un dialogue et pointer le risque supplémentaire lié à la conduite lors de prises d'alcool ou de drogues.

LE MÉDECIN ET LE PATIENT CONDUCTEUR PROFESSIONNEL

Le médecin traitant doit être attentif à ses patients conducteurs professionnels, que se soient des conducteurs de véhicule légers (commerciaux, taxis etc) ou de véhicules lourds.

S'il apprend que l'un de ses patients souhaite passer un permis du groupe lourd, il peut discuter avec lui des éventuels problèmes d'aptitude et l'aider à préparer son dossier médical pour passer l'examen devant un médecin agréé ou une commission médicale.

Il doit également dans tous les cas tenir compte de la situation de conduite de ses patients pour le choix des traitements médicaux, en privilégiant en première intention des produits dépourvus d'effets secondaires sur la conduite. Si de tels produits doivent malgré tout être prescrits, il doit clairement informer son patient et lui conseiller de débiter le traitement en dehors d'une journée de travail, ou lui prescrire quelques jours de repos plutôt que de le laisser conduire en début de traitement si celui-ci présente un risque avéré.

Lors de la survenue d'événements médicaux, il doit informer le patient, le cas échéant, des conséquences en termes d'aptitude (chirurgie oculaire, incident cardiaque, malaise, pathologie du sommeil). Il doit recommander au patient (et conserver la trace de cette information dans

les cas patents), de consulter un médecin agréé ou de se présenter devant une commission médicale selon le contexte médical et réglementaire.
Le médecin peut demander, sans citer le nom du patient, un avis à un médecin agréé et mieux conseiller ainsi son patient.
Le dialogue peut également s'instaurer avec le médecin du travail dans certains cas (limitation de la conduite, adaptation du poste de travail).

LE MÉDECIN ET LE RETRAIT OU L'ANNULATION DU PERMIS DE CONDUIRE

Bien que les patients n'évoquent que rarement une sanction dont ils font l'objet, il est souhaitable que le médecin dispose de certaines connaissances pour pouvoir l'assister au mieux préalablement à l'examen médical devant la commission médicale, puis par la suite en fonction du suivi médical demandé par l'administration ou la justice.

Sont soumis à un examen médical obligatoire devant la commission médicale des permis de conduire :

- Les cas de délit de conduite sous l'empire d'un état alcoolique (au delà de 0,80 g/l dans le sang ou de 0,40 mg/l dans l'air expiré), qu'il y ait ou non suspension ou annulation du permis de conduire (l'annulation étant systématique en cas de récidence fréquente en cas de circonstance aggravante). Cet examen est destiné à déterminer si le conducteur présente ou non des risques liés à sa consommation d'alcool.
- Les cas de délit de conduite sous l'emprise de stupéfiants avec retrait ou annulation du permis dans les mêmes conditions que pour l'alcool.
- Les cas de retrait de permis supérieurs à un mois, quelle qu'en soit la cause.
- Les cas d'annulation du permis de conduire quelle qu'en soit la cause, y compris la perte progressive des 12 points du permis de conduire.

Dans les situations où l'alcool est impliqué, il est utile que le médecin prenne en charge le patient en amont du passage en commission médicale de manière à faciliter la restitution de l'aptitude.

Le médecin doit évaluer le type de consommation, occasionnelle, sociale, festive, " alimentaire ", rechercher des signes de dépendance ou de consommation excessive ou inadaptée.

En cas de dépendance à l'alcool, avérée ou discrète, il faut aider le patient à prendre conscience du problème, demander le cas échéant un avis spécialisé, et lui expliquer les conséquences de sa dépendance. Il faut lui proposer une prise en charge adaptée.

Le bilan biologique est un temps essentiel dans la mesure où l'avis de la commission médicale s'appuiera sur celui-ci.

Les Gamma GT conservent un faible intérêt du fait de leur manque de spécificité. Le dosage du CDT est plus fiable dans la détermination réelle de la consommation d'alcool. Certains reprochent à ce dosage de varier rapidement en cas de chute de la consommation mais cette évolution reflète justement la capacité du sujet à stopper sa consommation.

Le VGM et les transaminases n'ont plus lieu d'être utilisés dans ce contexte.

Le couplage Gamma GT et CDT permet dans la majorité des cas de se faire une opinion sur l'état de la consommation usuelle d'alcool.

Il est souhaitable de demander l'avis, au minimum téléphoniquement, d'un médecin agréé sur le type de bilan demandé en fonction des situations locales. La réalisation de ce bilan préalablement à l'avis de la commission médicale permettra de ne pas retarder inutilement la restitution de l'aptitude.

Même en cas de retrait de permis lié à une consommation ponctuelle, l'entretien avec le médecin est utile car la dépendance " sociale " à l'alcool représente un risque plus important sur la route que la dépendance alcoolique. Il en est de même pour les patients qui ont une connaissance erronée des effets de l'alcool sur l'organisme (expliquer, par exemple qu'aucune recette, bonbon ou potion ne fait baisser l'alcoolémie et que celle-ci ne décroît que de 0,10 à 0,15 g/heure).

Dans le cas de retrait ou d'annulation lié à une consommation des drogues, il faut expliquer au patient les dangers d'une telle consommation sur la route et au travail, l'informer que les sanctions et les conséquences administratives sont les mêmes pour l'alcool, le cannabis et les autres drogues et qu'il n'y a pas de " drogues douces " au volant.

Il faut signaler que la mise en place d'un traitement de substitution impose un avis et un suivi de la commission médicale des permis de conduire, même si le permis n'a pas été retiré ou qu'il a été restitué antérieurement au traitement.

Dans les cas où ni l'alcool ni les drogues ne sont en cause, le rôle du médecin est plus restreint mais il peut cependant aider son patient à prendre conscience de certains comportements à risque (vitesse, non port de la ceinture). Il doit également dans tous les cas de retrait ou d'annulation du permis, évoquer les autres problèmes potentiels d'aptitude médicale et faire pratiquer les examens nécessaires et demander le cas échéant un avis spécialisé pour faciliter la décision de la commission médicale qui risquerait dans le cas contraire de retarder la restitution de l'aptitude dans l'attente des bilans nécessaires.

Il est bon que le médecin rédige un courrier, remis au patient à l'attention de la commission médicale, en y joignant les résultats d'examens complémentaires utiles ainsi que les avis spécialisés le cas échéant.

Ce courrier ne doit pas être envoyé directement à la commission dont le statut ne relève pas le médecin des dispositions relatives au secret professionnel.

LE MÉDECIN ET LE CONDUCTEUR AGÉ

Les conducteurs âgés représentent 12% de la population et ce pourcentage atteindra 20% en 2010. Leur présence sur la route est donc appelée à augmenter dans les années à venir. Leur type de conduite est également en train d'évoluer, avec l'arrivée à l'âge de la retraite, de conducteurs " grands rouleurs " et de femmes conductrices dans une bien plus grande proportion qu'il y a trente ans.

L'image du patient âgé limité aux déplacements autour de son domicile, emmené par ses proches ou prenant les transports en communs est donc largement obsolète.

Malgré cette évolution, le patient âgé garde une image d'inactif au travers des habitudes médicales. Certains médicaments comportent une mention " produit sédatif, à éviter chez les patients actifs ", sous entendant ainsi que l'on peut les prescrire sans crainte à des patients âgés, alors que, bien au contraire, ces derniers nécessitent de sauvegarder au mieux leurs capacités cognitives et attentionnelles. Dans d'autres cas, on retardera au maximum une intervention pour cataracte " tant qu'ils peuvent lire ", alors que l'intervention leur permettrait de conduire avec une meilleure sécurité pendant encore quelques années.

Les conducteurs âgés ne représentent pas globalement un plus grand risque d'accident que la population générale si on prend en compte le kilométrage annuel effectué.

A partir de 75 ans, le risque d'accident augmente toutefois (principalement par le fait de facteurs curables tels que vision insuffisamment corrigée, perte progressive des apprentissages), ainsi que la gravité des blessures, du fait d'une fragilité plus grande.

Les conducteurs seniors ne doivent pas être considérés comme des sujets à risque du seul fait de leur état-civil, mais plutôt du fait du plus grand risque qu'ils ont de souffrir de pathologies dont la survenue individuelle n'est pas forcément liée à l'âge (hypertension, troubles visuels, pathologies articulaires), mais qui sont susceptibles d'interférer avec leur capacité de conduite. La sauvegarde de leur autonomie de déplacement reste malgré tout un enjeu essentiel.

Aucune réglementation spécifique n'existe en ce qui concerne le permis A et B pour les conducteurs âgés ou plus couramment nommés " seniors ".

Le conducteur " senior " doit faire l'objet d'une attention toute particulière du médecin. Il doit veiller à prendre en charge les pathologies en tenant compte de la situation de conduite, ne pas reporter inutilement des prises en charges, prescrire des produits les moins sédatifs possibles et recommander des horaires de prise adaptés en reportant, par exemple, certaines prise au soir quand c'est possible.

Il doit s'assurer que les grandes fonctions nécessaires à la conduite sont sauvegardées et procéder pour ce faire à quelques examens simples.

L'examen médical classique du médecin généraliste comporte déjà des éléments utiles pour l'appréciation de l'aptitude à la conduite tels que prise de la tension artérielle, auscultation cardiaque à la recherche de troubles du rythme, examen ostéo-articulaire et neurologique.

7 gestes spécifique peuvent être proposés en complément, généralement non réalisés au cours des consultations habituelles et couvrant l'essentiel, en première intention, des critères de base de l'aptitude à la conduite.

Quatres gestes cliniques :

- 1- Mesure de l'acuité visuelle de loin, corrigée ou non
- 2- Champ visuel au doigt
- 3- Perception de la voix chuchotée à 3 mètres
- 4- Equilibre debout les yeux fermés

Trois questionnaires :

- 5- Echelle simplifiée de Mc Nair (dépistage des troubles de mémoire)
- 6- Echelle d'Epworth (dépistage des somnolences diurnes)
- 7- Mini Mental Score (dépistage des troubles cognitifs)

La durée de passation de ces 7 points est de l'ordre de 10 minutes, aisée à diluer dans une ou plusieurs consultations successives de médecine générale.

En cas d'anomalie, un bilan spécialisé pourra être prescrit.

Certains examens biologiques font partie de l'évaluation des patients conducteurs (surveillance du diabète, hydratation)

Quand une pathologie invalidante pour la conduite est constatée, il faut évaluer les possibilités de correction (visuelle, auditive, adaptation du véhicule), et, le cas échéant, conseiller au patient de consulter un médecin agréé.

Si la pathologie n'apparaît pas compensable, il faut informer le patient en lui expliquant les risques qu'il court et qu'il fait courir aux autres usagers. L'information des proches est généralement possible avec toute la prudence souhaitée, mais le médecin n'est pas délié du secret médical et n'a donc pas le droit de signaler le patient aux autorités.

Il doit prendre toute mesure utile pour pouvoir, le cas échéant, établir la preuve qu'il clairement informé le patient.

Dans les cas de démence sénile de type Alzheimer, dès que le diagnostic est porté, il faut convaincre les proches de signaler le cas à l'administration (par un courrier adressé au Préfet du lieu de résidence, et précisant que, en raison de son état de santé, M^r ou M^{me} X semble présenter un risque au volant). Le conducteur sera alors convoqué devant une commission médicale des permis de conduire.

Parfois, ce sont les proches qui évoquent ce problème devant le médecin. Dans ce cas, il faut réaliser un bilan clinique et cognitif et conseiller un avis auprès d'un médecin agréé.

Depuis peu, certaines compagnies d'assurances demandent à leurs patients âgés de produire un certificat médical soit pour les assurer en cas de nouveau contrat, soit à la suite de sinistres. On ne peut que recommander de s'entourer de précautions pour remplir un tel certificat qui ne doit pas être signé sans avoir vérifié l'état médical et cognitif du patient et avoir porté ces constatations au dossier médical.

Dans la majorité des cas, les patients conducteurs seniors peuvent conduire, mais il faut leur donner des conseils adaptés surtout s'ils effectuent parfois un trajet plus long ou inhabituel :

- S'abstenir de toute prise d'alcool, même minime, avant de conduire
- Eviter les trajets de nuits
- Eviter les grands départs
- Ne pas être seul à bord pour des longs trajets
- Prévoir leur itinéraire avant le départ, éviter les voies de circulation les plus complexes, les plus chargées ou les plus rapides.
- Faire des pauses fréquentes sur les longs trajets et ne pas hésiter à faire une étape
- Faire une remise à jour de leur apprentissage à la conduite en effectuant une ou deux heures d'auto-école chaque année ou en suivant un stage de "remise à niveau" comme en proposent La Prévention Routière et d'autres organismes.

LE MÉDECIN ET LA FEMME ENCEINTE

La femme enceinte peut conduire mais, à l'approche du terme de la grossesse ou en cas de risque d'accouchement prématuré il est recommandé de tenir compte d'une fatigabilité accrue, de limiter les déplacements et d'éviter les longs trajets.

Le port de la ceinture de sécurité reste nécessaire et obligatoire car il protège la mère comme l'enfant en cas de collision. Pour être efficace la ceinture de sécurité doit être portée correctement : la sangle basse doit toujours reposer au dessous de la crête iliaque, c'est-à-dire le plus près possible du pubis, et non pas sur l'abdomen.

LES DISPOSITIFS DE RETENUE POUR ENFANTS

Il existe une obligation d'installer les enfants dans des dispositifs qui permettent d'adapter la protection et ses fixations à leur taille et à leur morphologie.

Groupe 0 : Les bébés, jusqu'à 10kg ou 13 kg, ou jusqu'à 15-16 mois doivent être installés

- Soit dans des sièges, " dos à la route ", maintenus par les ceintures 3 points du véhicule, qui offrent la meilleure protection du cou et des vertèbres cervicales. Le siège est fixé à l'arrière sauf si l'airbag passager peut être neutralisé.
- Soit dans un lit nacelle disposé parallèlement au dossier de la banquette arrière, avec un filet anti-éjection et une fixation par des sangles aux points d'ancrage des ceintures de sécurité.

Groupe I : Les enfants de 9 à 18 kg doivent être maintenus dans un siège baquet (fixé généralement par les ceintures arrières du véhicules ou par des sangles spéciales fixées sur leurs points d'ancrage, Le harnais doit passer sur les épaules et entre les jambes, la boucle doit être verrouillée au niveau des cuisses .

Groupe II : (15 à 25 kg) et **Groupe III** (22 à 36 kg)/ Les enfants doivent être installés dans un rehausseur permettant d'utiliser la ceinture de sécurité du véhicule.

Pour les enfants de moins de dix ans dont la taille le permet, il est toléré d'utiliser seulement la ceinture équipant le véhicule.

Il est interdit de transporter des enfants de moins de dix ans aux places avant de tous les véhicules (sauf si un siège prévu à cet usage est fixé dos à la route...ou s'il n'y a pas de places arrières dans le véhicule.

Textes législatifs et réglementaires :

www.legifrance.gouv.fr : Arrêté du 21 décembre 2005, J O du 21 décembre 2005.
www.legifrance.gouv.fr : Arrêté du 18 juillet 2005 relatif à l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments et produits.
www.afssaps.sante.fr : Dossier Médicaments et conduite automobile publié par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, septembre 2005.

Textes scientifiques et médicaux :

Alcool, Médicaments, stupéfiants et conduite automobile, 1999. Collectif. Option bio. Elsevier.
Conduite automobile et alcool. Professeur Sylvain Dally, Éditions Séjourné Robert, 1998.
Urgence Pratique n°47 de juillet 2001 : Sécurité Routière & Santé publique.
Canadian diabetes association's clinical practice guidelines for diabetes and private and commercial driving. (I.S.Begg, J.F.Yale, R.L.Houlden, R.C.Rowe, J.McSherry, Canadian Journal of Diabetes. 2003; 27(2):128-140,
www.agile.iao.fraunhofer.de : Projet européen AGILE sur la l'âge et la conduite.
www.glare.be : Projet européen GLARE)
www.immortal.or.at : Projet européen IMMORTAL sur l'aptitude à la conduite.

Autres sites utiles :

www.securiteroutiere.gouv.fr : Site de la Direction de la Circulation et de la Sécurité Routière
http://ec.europa.eu/transport/roadsafety/index_en.htm :(commission Européenne, sécurité routière)
www.icadts.org : Site de l' "International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety"

Site de La Prévention Routière

www.preventionroutiere.asso.fr

La Prévention Routière édite des dépliants et des brochures d'information qui peuvent-être téléchargées sur son site et qui sont disponibles dans ses comités départementaux.

A l'attention des professionnels de santé elle à notamment édité des brochures sur les maladies hivernales, les séniors au volant, et l'enfant en voiture.

Pictogrammes figurant sur le conditionnement extérieur de certains médicaments et produits (Arrêté du 18 juillet 2005)

Classe 0

Médicaments qui, en l'état actuel des connaissances ne présentent aucun effet pharmacodynamique identifié susceptible d'altérer les capacités de conduite.

Pas de pictogramme

Classe 1

Médicaments qui ne remettent pas en cause la conduite mais nécessitent que les patients soient informés.

Soyez vigilant ! Ce médicament peut modifier vos capacités de conduite. Respectez les mises en garde et ne prenez pas le volant sans avoir lu attentivement la notice.



Niveau 1

Classe 2

Médicaments qui peuvent remettre en cause l'aptitude à la conduite et nécessitent un avis médical.

Soyez prudent ! Risque possible lors de la conduite automobile. Avis d'un professionnel de santé conseillé.



Niveau 2

Classe 3

Médicaments pour lesquels l'aptitude à la conduite est remise en cause pendant leur utilisation.

Attention, danger ! La conduite est formellement déconseillée. Un avis médical est nécessaire.



Niveau 3

CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES A LA CONDUITE

Proposées par le Groupe de travail présidé par le P^r Hamard, ces affections sont les seules pour lesquelles une contre-indication ferme à la conduite est retenue.

- 1- Insuffisance cardiaque très sévère permanente (stade IV)
- 2- Cardiomyopathie hypertrophique symptomatique
- 3- Acuité visuelle inférieure à 5/10ème de loin, en utilisant les deux yeux ensemble, après correction optique (lunettes, lentilles de contact, chirurgie...)
- 4- Rétrécissement majeur du champ visuel des deux yeux
- 5- Blépharospasme incoercible (fermeture permanente et incontrôlable des paupières)
- 6- Diplopie (vision double) permanente, qui ne peut être corrigée par aucune thérapeutique optique ou chirurgicale
- 7- Instabilité chronique à l'origine de troubles graves de l'équilibre et de la coordination
- 8- Dépendance avérée à l'alcool ou aux drogues avec retentissement psycho-comportemental et refus de traitement
- 9- Somnolence excessive, persistante malgré le traitement, quelle qu'en soit la cause
- 10- Démence très évoluée
- 11- Trouble neurologique majeur (ex : paralysie des deux membres supérieurs), sans possibilité de prothèse ou d'adaptation du véhicule
- 12- Psychose aiguë et chronique s'il existe des manifestations cliniques pouvant interférer avec la conduite automobile.

AYEZ TOUJOURS...
LE REFLEXE
« CEINTURE »

IL FAUT CHOISIR
CONDUIRE OU
TELEPHONER

LES RISQUES DE
L'ALCOOL
AU VOLANT

AU VOLANT
LA VUE,
C'EST LA VIE®

UN COCKTAIL EXPLOSIF
DROGUES
ET CONDUITE



Fédération Française des Sociétés d'Assurances



QUELLE PRÉVENTION ?
SANTÉ
ET CONDUITE



Fédération Française des Sociétés d'Assurances

