

ÉDITION AVRIL 2018

LE MÉDECIN ET SON PATIENT CONDUCTEUR

Comprendre les risques et la réglementation selon les pathologies
pour une meilleure prévention



BROCHURE RÉALISÉE PAR L'ASSOCIATION PRÉVENTION ROUTIÈRE ET SON CONSEIL MÉDICAL,
AVEC LE SOUTIEN DE LA MACSF, MUTUELLE D'ASSURANCE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.

SOMMAIRE

Sommaire	02
Introduction	03
Les différents permis de conduire	05
La réglementation du contrôle médical des conducteurs en France	06
Responsabilité médicale et aptitude à la conduite	08
Classe I : Les pathologies cardio-vasculaires	09
Classe II : Appareil oculaire et vision	14
Classe III : ORL et Pneumologie	17
Classe IV : Pratiques addictives, Neurologie, Psychiatrie	19
Abus d'alcool ou usage nocif et dépendance	21
Médicaments et conduite	23
Neurologie Psychiatrie	25
Troubles du sommeil	27
Epilepsie	29
Classe V : L'appareil locomoteur	30
Pathologies métaboliques et transplantations	32
Classe VI : Le diabète	33
Le médecin et la demande de dispense de port de ceinture de sécurité	35
Le médecin et le patient candidat au permis de conduire	36
Le médecin et le patient conducteur professionnel	37
Le médecin et le retrait ou l'annulation du permis de conduire	38
Le médecin et le conducteur âgé	40
Le médecin et la femme enceinte	42
Bibliographie sommaire	43

INTRODUCTION

Diagnostiquer, traiter mais aussi prévenir

Le médecin, quelle que soit sa spécialisation : médecine générale, spécialité médicale, médecine de prévention ou du travail, est nécessairement concerné par la prévention des accidents de la route tant vis-à-vis des patients, que de la société.

À côté du diagnostic et du traitement des pathologies, le médecin assure une mission de prévention auprès des patients, mission qui englobe la réduction du risque d'accidents de la route.

Connaître, informer, conseiller, aider

Afin de vous aider dans votre rôle d'acteur de prévention, vous trouverez dans cette brochure des aspects réglementaires et des conseils afin d'être, en tant que médecin, plus familier avec les questions relatives à l'aptitude à la conduite.

Vous avez un rôle pour également être à même d'informer votre patient sur les risques pour la conduite liés à sa pathologie ou aux traitements mis en œuvre.

Votre rôle est aussi de conseiller pour limiter au maximum l'impact d'une pathologie sur la conduite, l'aider à assumer une pathologie invalidante ou une situation de handicap en l'orientant vers les structures d'aide à la conduite adaptée.

Il est préférable, dans certains cas, de l'aider à assumer une cessation progressive de conduite liée à l'âge ou à une pathologie. Il vous sera enfin utile d'avoir un minimum d'informations sur les aspects professionnels de la conduite de manière à pouvoir informer un patient conducteur professionnel sur l'impact des pathologies et des traitements en termes d'aptitude à la conduite.

En cas de doute sur la capacité de votre patient à conduire, n'hésitez pas à demander conseil auprès d'un médecin agréé pour les permis de conduire, voire à orienter votre patient vers un médecin agréé.

Les implications pour le patient conducteur

Très peu d'affections entraînent une véritable inaptitude temporaire ou définitive à la conduite mais de nombreuses pathologies nécessitent des conseils, une prise en charge adaptée et, le cas échéant, l'avis d'un médecin agréé par la préfecture pour l'évaluation de l'aptitude des conducteurs afin d'être en règle avec la législation des permis de conduire.

Beaucoup de patients et de médecins ne savent pas que certaines pathologies imposent l'avis formel d'un médecin agréé par la préfecture pour l'évaluation de l'aptitude des conducteurs sous peine d'encourir une responsabilité pénale en cas d'accident, ainsi qu'une perte au moins partielle de la 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.

INTRODUCTION

Plusieurs pays ont mis en place un contrôle médical systématique de l'aptitude des conducteurs, et la France a envisagé un temps de mettre en place un tel type de contrôle, confié aux médecins traitants. L'expérience internationale n'a pas permis de retenir un bénéfice réel à une telle réglementation.

Par contre, la facilitation des procédures d'alerte en cas de pathologie avérée, l'information des patients par leurs professionnels de santé, la formation des médecins vis-à-vis des conséquences des pathologies et des traitements sur la conduite, sont des éléments indispensables à une meilleure prévention.

Pourquoi ce document ?

Ce document a pour objectif de contribuer à l'information des médecins : vous donner des informations pratiques sur la manière d'aborder les aspects médicaux liés à la conduite, des rappels simples de la réglementation, des recommandations pour votre pratique et pour l'information de vos patients.

Il vise également à faciliter le dialogue avec votre patient et à le guider dans ses démarches auprès des médecins agréés pour l'évaluation de l'aptitude des conducteurs. L'autre objectif est de lui permettre de se présenter à cette évaluation, quand elle s'avère nécessaire, muni des examens et des avis spécialisés susceptibles de faciliter leur décision.

La base réglementaire

La base réglementaire présentée dans ce document repose sur :

- l'arrêté du 21 décembre 2005 modifié fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.

Les recommandations

Les recommandations sont, elles, faites sur la base de sources françaises ou internationales quand celles-ci ont été jugées intéressantes ou utiles.

- Rapports des groupes de travail mis en place en 2003 et 2004 par le ministère de la Santé sous la présidence du Pr DOMONT (Contre-indications médicales à la conduite automobile) et du Pr HAMARD (Aptitude médicale à la conduite).
- Recommandations des sociétés savantes.
- Conclusions des groupes de travail de la Commission Européenne (projets Immortal, Agilen Druid).
- Recommandations de la Canadian medical association, National highway transportation safety administration (USA), Drivers medical group (GB), Land Transport Safety Authorities (NZ), Sweedish National Road Administration (S), Austroads (Australie).

LES DIFFÉRENTS PERMIS DE CONDUIRE

PERMIS DU GROUPE LÉGER

Permis	Véhicules	Âge minimum, particularités*	Aptitude médicale préalable** et examen médical périodique
BSR, AM	Cyclomoteurs de cylindrée maximale de 50 cm ³ ou quadricycles légers	14 ans	Non
A1	Motocyclettes de cylindrée maximale de 125 cm ³	16 ans	Non
A2	Motocyclettes d'une puissance n'excédant pas 35 kW	18 ans	Non
A	Toutes les motocyclettes	Être titulaire de la catégorie A2 depuis au moins 2 ans	Non
B	Voitures et camionnettes	18 ans	Non
B1	Quadricycles lourds à moteur	16 ans	Non
BE	Voitures avec remorques de plus de 750 kg	18 ans	Non

PERMIS DU GROUPE LOURD

Permis	Véhicules	Âge minimum, particularités*	Aptitude médicale préalable** et examen médical périodique
C1, C1E, C, CE	Poids lourds	18 à 21 ans selon permis	Oui
D1, D1E, D, DE	Transports en commun	21 à 24 ans selon permis	Oui
Enseignants d'auto-école, Taxi, VTC, Ambulances, Ramassage scolaire, Transport public de personnes	Véhicules légers	Selon la profession	Oui

* Certains permis peuvent être préparés dans le cadre d'un apprentissage anticipé (conduite accompagnée, encadrée...).

Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N530>

** Dans certains cas, les candidats au permis de conduire doivent néanmoins se soumettre à un contrôle médical :

- candidat aux catégories A et B du permis de conduire délivrées pour la conduite de véhicules spécialement aménagés pour tenir compte du handicap ;
- candidat aux catégories A et B atteint d'une incapacité a priori incompatible avec l'obtention du permis de conduire ;
- candidat aux catégories A1, A2, A, B et B1 titulaires d'une pension d'invalidité à titre civil ou militaire ;
- candidat atteint d'une affection a priori incompatible avec la délivrance du permis ;
- candidat ayant fait l'objet d'une demande de contrôle médical par l'examineur lors de l'épreuve pratique de l'examen ;
- dans le cadre de certaines activités (cf. tableau des permis du groupe lourd).

LA RÉGLEMENTATION DU CONTRÔLE MÉDICAL DES CONDUCTEURS EN FRANCE

La conduite est généralement considérée comme un droit rattaché à la liberté de circuler. Même si la mobilité est un élément majeur de la liberté de tout citoyen, ce droit reste toutefois subordonné à deux principes.

DROIT À LA CONDUITE

Les RÈGLES D'OR

LES OBLIGATIONS DU CONDUCTEUR

Être titulaire d'un permis de conduire



- Délivré par l'autorité administrative
- Adapté au type de véhicule que l'on conduit

L'obtention du permis de conduire suit des règles précises : une formation minimale requise, l'examen du permis de conduire et une aptitude médicale basée sur des critères définis par l'arrêté du 21 décembre 2005 modifié par l'arrêté du 18 décembre 2015.

S'assurer de son aptitude à la conduite



En cas de :

- survenue d'un handicap ou d'une pathologie
- traitement médical susceptible d'entraîner un risque au volant

Le conducteur doit alors contacter un médecin agréé par la préfecture pour évaluer son aptitude à la conduite (ou la commission médicale des permis de conduire si nécessaire). **IMPORTANT :** le non-respect de cette obligation peut mettre en cause la responsabilité du conducteur en cas d'accident.



Cet examen médical est ensuite quinquennal jusqu'à soixante ans, puis annuel (permis D) ou tous les deux ans (autres permis du groupe lourd, taxi, ambulance, VTC, transport public de personnes). Pour les permis A (motocyclette) et B (voiture), un examen médical par un médecin agréé 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.

Dans certains cas difficiles, un audit de conduite par une auto-école peut être demandé par le médecin agréé ou par la commission médicale.

Un examen médical devant la commission médicale préfectorale est obligatoire en cas de retrait ou d'annulation de permis de conduire lié à une alcoolémie ou à un usage de stupéfiants au volant.

QU'EST-CE QU'UN MÉDECIN AGRÉÉ POUR LE PERMIS DE CONDUIRE ?

- C'est un médecin chargé du contrôle médical de l'aptitude à la conduite, formé pour cette mission, et agréé par le préfet du département.
- Il reçoit, à leur demande, les conducteurs ou les candidats au permis.
- Suite à l'examen et si besoin, aux autres examens complémentaires, il émet un avis médical portant sur l'aptitude à la conduite, la durée de cette aptitude et éventuellement les restrictions qui s'appliquent à cette aptitude.
- Il peut demander au préfet de convoquer la personne examinée devant la commission médicale primaire du département.
- Le coût de l'examen est à la charge du conducteur ou du candidat au permis.

Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026310765&categorieLien=id>

QUAND L'EXAMEN MÉDICAL EST-IL REQUIS ?

Un examen médical par un médecin agréé est obligatoire :

- en cas de candidature au permis de conduire pour les véhicules du groupe lourd (C, D, moniteur d'auto-école, enseignant de la conduite) ;
- pour l'utilisation de véhicules légers dans le cadre de certaines activités (taxi, ambulance, VTC, transport public de personnes).

LA RÉGLEMENTATION DU CONTRÔLE MÉDICAL DES CONDUCTEURS EN FRANCE

QUI SONT LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS ET QUELS SONT LEURS RÔLES ?

Les médecins agréés peuvent décider d'une aptitude, d'une aptitude temporaire, d'une inaptitude, ou adresser le conducteur ou le candidat devant la commission médicale préfectorale.

Ils peuvent préalablement demander un avis spécialisé pour asseoir leur décision. Ils sont habilités à retirer une mention spéciale telle que le port de verres correcteurs.

Ils peuvent restituer une aptitude médicale après un retrait ou une annulation de permis de conduire, sauf dans les cas de retrait ou d'annulation lié(e) à une alcoolémie ou à un usage de stupéfiants au volant.

La commission médicale peut s'appuyer sur l'avis d'un spécialiste.

Elle peut demander des examens complémentaires, voire conditionner sa décision à l'avis d'un spécialiste agréé.

Le spécialiste répondra aux questions posées par le médecin agréé ou la commission, sans préjuger d'une décision d'aptitude.

QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT MÉDICAL ?

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 du médecin agréé ou de la commission médicale, une mention additionnelle ou restrictive qui sera portée par la préfecture sur le permis de conduire sous forme codifiée (arrêté du 8 février 1999, art. 12-3).

L'APTITUDE MÉDICALE : POUR COMBIEN DE TEMPS ?

L'aptitude médicale peut être temporaire, de principe pour les retraits liés à l'alcool, aux stupéfiants, à certaines pathologies, ou sur décision du médecin agréé ou de la commission médicale.

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

L'info en un clin d'œil

Les contre-indications médicales À LA CONDUITE

(D'après le groupe de travail du professeur Hamard, 2004)

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

LE SUIVI MÉDICAL : DANS QUEL CADRE ?

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

RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET APTITUDE À LA CONDUITE

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 :

- 1 | 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.
- 2 | La seconde, vis-à-vis de son assureur, le contraint à apporter toute information sur une pathologie ou un handicap susceptible de modifier les clauses du contrat qu'il a signé.

En tant que médecin, vous avez, de votre côté, un double rôle d'information, bien défini dans la loi, et qui induit une double responsabilité.

Si, jusqu'à la fin des années 1990, il appartenait au patient 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 position de droit par un arrêt du 25 février 1997 affirmant que :



Le médecin est tenu d'une obligation d'information particulière (d'un risque) vis à vis de son patient et il lui incombe de prouver qu'il a informé son patient.

- Ce déplacement d'une partie de la responsabilité implique donc de nouvelles obligations pour le médecin :

- 1 | Vous avez un devoir d'information à propos de la pathologie. Vous devez expliquer au patient les conséquences de sa pathologie ou de son handicap sur la conduite, et de l'informer, si nécessaire, de son obligation, en tant que conducteur, de se présenter de sa propre initiative devant un médecin agréé pour le permis de conduire.
- 2 | Notez que cette obligation des conducteurs à se signaler concerne non seulement les candidats au permis, mais aussi l'ensemble des conducteurs. Ceux-ci risquent en cas d'omission une sanction pénale, voire de ne pas être couverts par leur assurance en cas d'accident responsable.
- 3 | Vous restez 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, mais l'on observe 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 (confrère associé, collaborateur, membre de la famille présent).

- 4 | Vous devez expliquer au patient, dans certaines situations, que la conduite sera possible sous conditions (visite médicale par un médecin agréé, appareillage, aménagement du véhicule, traitement médical adapté, etc.).
- 5 | Votre responsabilité pourrait être engagée en cas de défaut d'information auprès du patient.

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, en 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.). En tant que médecin, vous pouvez établir de telles recommandations écrites pour vos 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'informations dans les cas difficiles.

CLASSE I : LES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

Le risque le plus évident lié aux pathologies cardio-vasculaires est celui de malaise au volant, mais ces pathologies peuvent également être à l'origine d'états de fatigue incompatibles 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. En tant que médecin vous devez 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.

Réglementation et recommandations

Les pathologies cardiovasculaires suivantes peuvent être un motif de restrictions temporaires ou permanentes à la conduite. Dans ces situations, la compatibilité avec le maintien, la délivrance ou le renouvellement du permis de conduire ne peut être validé qu'à condition d'un contrôle de ces pathologies assurant des conditions de conduite compatibles avec les impératifs de sécurité routière.

- Pour la délivrance ou le maintien du permis de conduire :
 - Le médecin agréé s'appuie pour rendre son avis sur les données anamnestiques et cliniques et sur les avis des spécialistes qui assurent le suivi de la pathologie.
 - Un avis d'aptitude à durée limitée peut être rendu dans les situations requérant un suivi médical régulier.
- Pour les médecins intervenant dans le parcours de soins :
 - Ces mêmes critères doivent guider les recommandations à leurs patients sur la compatibilité de leur pathologie avec la conduite et l'orientation vers un médecin agréé pour évaluer l'aptitude.
- Pour les permis légers :
 - À titre exceptionnel dans certaines situations où l'inaptitude à la conduite serait de mise, le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à condition que les motifs dérogatoires soient dûment justifiés par un avis médical autorisé. Dans ces cas, l'avis d'aptitude établi par un médecin agréé précise une durée limitée.

LES CORONAROPATHIES

Que dit la réglementation ?

En cas de syndrome coronaire aigu : infarctus aigu du myocarde et/ou angine de poitrine instable.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé. La reprise de la conduite ne

peut être autorisée avant un délai minimum de 4 semaines en cas d'atteinte myocardique significative.

- Pour les permis lourds :
 - Compatibilité selon avis spécialisé à la reprise de la conduite, délivrance ou renouvellement de permis de conduire. En cas d'atteinte myocardique significative, la reprise de la conduite ne peut être autorisée qu'après un délai minimum de 6 semaines.

En cas de coronaropathie asymptomatique et angine de poitrine stable.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé.
 - Incompatibilité tant que persiste une symptomatologie survenant au repos, à l'effort léger ou lors de l'action de conduite en dépit du traitement mis en œuvre.
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité si symptomatique au repos, à l'effort léger ou lors de l'action de conduite.
 - Compatibilité selon avis spécialisé attestant de la stabilisation de la pathologie.

En cas d'angioplastie hors syndrome coronaire aigu.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé attestant d'un bon résultat clinique.
- Pour les permis lourds :
 - La reprise de la conduite ne peut être autorisée qu'après un délai minimum de 4 semaines après réalisation de l'angioplastie.
 - Compatibilité selon avis spécialisé attestant de la récupération et des résultats satisfaisants.

En cas de pontage coronaire.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé attestant d'un bon résultat clinique.
- Pour les permis lourds :
 - Compatibilité à la reprise de conduite selon l'avis spécialisé.

Nos recommandations

Il vous faut 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. Vous pourrez rédiger, si nécessaire, un courrier de synthèse à l'intention du médecin agréé.

CLASSE I : LES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

LES TROUBLES DU RYTHME

Que dit la réglementation ?

En cas de tachycardie supra ventriculaire paroxystique.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé.
 - Incompatibilité tant que les symptômes ne sont pas contrôlés (notamment lipothymies et syncopes).
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité en cas de signes fonctionnels sévères (lipothymies, syncopes...) jusqu'au contrôle des symptômes.
 - Compatibilité selon avis spécialisé. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps pourra être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

En cas de fibrillation ou de flutter auriculaire.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé.
 - Incompatibilité tant que les symptômes ne sont pas contrôlés (notamment lipothymies et syncopes).
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité en cas de signes fonctionnels sévères (lipothymies, syncopes...) jusqu'au contrôle des symptômes.
 - Compatibilité selon avis spécialisé. Un avis d'aptitude peut être rendu limité dans le temps, selon l'avis spécialisé.

En cas d'extrasystoles ventriculaires sur cœur pathologique.

- Pour les permis lourds :
 - Compatibilité selon les éventuelles restrictions liées à la cardiopathie sous-jacente.

En cas de tachycardie ventriculaire non soutenue sur cœur sain.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé après contrôle de la cause.
 - Incompatibilité tant que les symptômes ne sont pas contrôlés (notamment lipothymies et syncopes).
- Pour les permis lourds :
 - Compatibilité selon avis spécialisé.
 - Incompatibilité tant que les symptômes ne sont pas contrôlés (notamment lipothymies et syncopes).

En cas de tachycardie ventriculaire non soutenue sur cœur pathologique.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé.
 - Incompatibilité tant que les symptômes ne sont pas contrôlés (notamment lipothymies et syncopes).
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité temporaire jusqu'à avis spécialisé, et tant que les symptômes ne sont pas contrôlés (notamment lipothymies et syncopes).
 - Compatibilité selon avis spécialisé. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

En cas de tachycardie ventriculaire soutenue ou fibrillation ventriculaire en rapport avec une cause aiguë et curable.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité avec la conduite selon avis spécialisé.
 - Incompatibilité en cas de tachycardie ventriculaire soutenue et/ou tant que les symptômes ne sont pas contrôlés (notamment lipothymies et syncopes).
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité temporaire jusqu'à avis spécialisé et contrôle de la cause. Puis compatibilité après contrôle de la cause et selon avis spécialisé.

En cas de tachycardie ventriculaire soutenue ou de fibrillation ventriculaire en rapport avec une cause chronique.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité avec la conduite selon avis spécialisé.
 - Incompatibilité en cas de tachycardie ventriculaire soutenue et/ou tant que les symptômes ne sont pas contrôlés (notamment lipothymies et syncopes).
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité jusqu'à avis spécialisé.
 - Si confirmation d'une cause non curable : incompatibilité permanente.

En cas de mise en place d'un défibrillateur automatique implantable.

- Pour les permis légers :
 - Chez les patients porteurs d'un défibrillateur implantable, un avis d'aptitude limitée à cinq ans peut être rendu, selon avis spécialisé, et sous réserve d'un suivi spécialisé régulier. La reprise de la conduite ne peut être autorisée avant un délai minimum de 3 mois en cas de primo-implantation (réduit à 2 semaines en prévention primaire) ou de choc électrique approprié délivré.
 - En cas de choc électrique inapproprié, incompatibilité jusqu'à correction de la cause. La reprise de conduite après remplacement de matériel est déterminée selon avis spécialisé.
- Pour les permis lourds :
 - Avis spécialisé obligatoire. Incompatibilité si confirmation de l'indication d'une pose d'un défibrillateur. En cas de refus d'implantation par le patient, maintien de l'incompatibilité.

En cas de défibrillateur externe portable (gilet).

- Permis légers et lourds : incompatibilité.

En cas de dysfonction sinusale ou de bloc auriculo-ventriculaire.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé, notamment sur l'indication de pose d'un stimulateur cardiaque.
- Pour les permis lourds :
 - Compatibilité selon avis spécialisé, et absence d'indication de pose d'un stimulateur cardiaque. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

CLASSE I : LES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

En cas de pose de stimulateur cardiaque.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé. Un avis d'aptitude limitée à cinq ans peut être rendu et sous réserve d'un suivi spécialisé régulier selon les symptômes et le risque d'évolution.
- Pour les permis lourds :
 - Compatibilité selon avis spécialisé, et après un délai minimum de 2 semaines suivant l'implantation ou le remplacement du stimulateur. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier, selon les symptômes et le risque d'évolution.

Nos recommandations

Il vous faut 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. Vous devrez également décrire la surveillance et les mesures hygiéno-diététiques mises en place et apprécier, dans votre courrier à la commission médicale, le retentissement du trouble du rythme sur la vie courante.

LES SYNCOPES

Que dit la réglementation ?

En cas de syncope unique sans pathologie sous-jacente.

- Pour les permis légers :
 - Incompatibilité tant que le risque évolutif n'a pas été apprécié.
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité jusqu'à l'évaluation du risque évolutif par un spécialiste.

En cas de syncope récurrente.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité avec la conduite selon avis spécialisé. Un avis d'aptitude peut être rendu limité dans le temps.
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité sauf avis spécialisé favorable précisant notamment l'efficacité du traitement éventuel et l'absence de risque de récurrence. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

Nos recommandations

Il vous faut recueillir toute information diagnostique utile et faire un courrier de synthèse à l'intention d'un médecin agréé.

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Que dit la réglementation ?

En cas de HTA maligne et HTA grade III.

- Pour les permis légers :
 - Incompatibilité en cas de signes d'hypertension artérielle maligne.
 - Compatibilité avec la conduite selon avis spécialisé, après contrôle de l'HTA maligne.

- Pour les permis lourds :

- Incompatibilité en cas d'HTA grade III (pression artérielle systolique supérieure à 180 mmHg et /ou si la pression artérielle diastolique est supérieure à 110 mmHg) ou en cas de signes d'hypertension artérielle maligne.
- Compatibilité selon avis spécialisé pour l'HTA maligne, et/ou après stabilisation de l'HTA sous ces seuils. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi médical régulier.

Nos recommandations

En raison de la grande fréquence de la pathologie hypertensive, il est important de procéder à 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.

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

Que dit la réglementation ?

En cas d'insuffisance cardiaque chronique NYHA IV permanent.

- Pour les permis légers et lourds : incompatibilité.

En cas d'insuffisance cardiaque classes NYHA III.

- Pour les permis légers :
 - Stade III permanent : compatibilité selon avis spécialisé. Un avis d'aptitude peut être rendu limité dans le temps selon avis spécialisé.
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité.

En cas d'insuffisance cardiaque classes NYHA I, II.

- Pour les permis lourds :
 - Compatibilité selon avis spécialisé.
 - Incompatibilité si FE <35%. Si FE >35%, un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

Nos recommandations

Il vous faut 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. Vous pourrez rédiger, si nécessaire, un courrier de synthèse à l'intention du médecin agréé.

LES VALVULOPATHIES

Que dit la réglementation ?

En cas de valvulopathie avec régurgitation aortique, sténose aortique, régurgitation mitrale ou sténose mitrale.

CLASSE I : LES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité sur avis spécialisé.
 - Incompatibilité s'il est estimé que la capacité fonctionnelle correspond à la classe NYHA IV ou si des épisodes de syncope ont été rapportés. Dans les autres cas un avis d'aptitude peut être rendu limité dans le temps, selon avis spécialisé.
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité si la capacité fonctionnelle correspond à la classe NYHA III ou IV, ou si des épisodes de syncope ont été rapportés.
 - Compatibilité dans les autres cas, sur avis spécialisé. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

En cas de valvulopathie traitée chirurgicalement.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé, et en l'absence de manifestations cliniques pouvant avoir un retentissement sur les impératifs de sécurité routière.
- Pour les permis lourds :
 - Compatibilité selon avis spécialisé.
 - Incompatibilité en cas de manifestations cliniques pouvant avoir un retentissement sur les impératifs de sécurité routière. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

Nos recommandations

Il vous faut recueillir l'avis écrit du cardiologue, ainsi que les examens jugés utiles, dont l'échographie cardiaque et apprécier les conséquences des traitements anticoagulants.

L'ANÉVRISME AORTIQUE CONNU ET/OU TRAITÉ

Que dit la réglementation ?

- Pour les permis légers :
 - Incompatibilité lorsque le diamètre aortique maximal expose à un risque élevé de rupture soudaine. Après intervention, compatibilité selon avis spécialisé.
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité si diamètre supérieur à 5,5 cm.
 - Compatibilité donnée après intervention, sous réserve selon avis spécialisé. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

Nos recommandations

Il vous faut recueillir l'avis écrit du chirurgien ou du cardiologue, ainsi que les examens jugés utiles, dont l'artériographie, le scanner ou l'échographie.

LES STÉNOSES

Que dit la réglementation ?

En cas de sténose carotidienne serrée.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

LA TRANSPLANTATION CARDIAQUE

Que dit la réglementation ?

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé, et en l'absence de symptômes pouvant avoir un retentissement sur les impératifs de sécurité routière. Un avis d'aptitude limitée à cinq ans maximum peut être rendu et sous réserve de suivi spécialisé régulier.
- Pour les permis lourds :
 - Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

Nos recommandations

Il vous faut 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).

LES CARDIOMYOPATHIES STRUCTURELLES ET ÉLECTRIQUES

Que dit la réglementation ?

En cas de cardiomyopathie hypertrophique.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé, et en l'absence de symptômes pouvant avoir un retentissement sur les impératifs de sécurité routière. Un avis d'aptitude peut être rendu limité dans le temps, selon avis spécialisé.
- Pour les permis lourds :
 - Compatibilité selon avis spécialisé.
 - Incompatibilité si antécédents de syncope ou lorsqu'au moins deux des conditions ci-après sont réunies : épaisseur de la paroi du ventricule gauche > 3 cm, tachycardie ventriculaire non soutenue, antécédents familiaux de mort subite (parent du premier degré), pas d'élévation de la pression artérielle à l'effort. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

CLASSE I : LES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

En cas de syndrome du QT long avec syncope, torsade de pointes et $QTc > 500$ ms.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé, et en l'absence de symptômes pouvant avoir un retentissement sur les impératifs de sécurité routière. Un avis d'aptitude peut être rendu limité dans le temps, selon avis spécialisé.
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité.

En cas de syndrome de Brugada, avec syncope ou mort subite cardiaque avortée.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé, et en l'absence de symptômes pouvant avoir un retentissement sur les impératifs de sécurité routière. Un avis d'aptitude peut être rendu limité dans le temps, selon avis spécialisé.
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité.

Dans les autres cas de cardiomyopathies : cardiomyopathie ventriculaire droite arythmogène, cardiomyopathie par non compaction, tachycardie ventriculaire polymorphe catécholaminergique et syndrome du QT court, par exemple, ou cardiomyopathies non connues qui pourraient être découvertes.

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé, et en l'absence de symptômes pouvant avoir un retentissement sur les impératifs de sécurité routière. Un avis d'aptitude peut être rendu limité dans le temps, selon avis spécialisé.
- Pour les permis lourds :
 - Compatibilité selon avis spécialisé, notamment sur le risque d'événement invalidant soudain et en l'absence de symptômes pouvant avoir un retentissement sur les impératifs de sécurité routière. Un avis d'aptitude avec limitation dans le temps peut être rendu, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.

Nos recommandations

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

L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Que dit la réglementation ?

En cas de d'accident ischémique transitoire, d'infarctus cérébral, en cas d'accident avec hémorragique et malformations vasculaires cérébrales. Se référer par ailleurs au chapitre sur les affections neurologiques.

LA CARDIOPATHIE CONGÉNITALE

Que dit la réglementation ?

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé. Un avis d'aptitude peut être rendu limité dans le temps, selon l'avis spécialisé.
- Pour les permis lourds :
 - Compatibilité selon avis spécialisé. L'avis d'aptitude peut être rendu limité dans le temps, selon l'avis spécialisé.

LES DISPOSITIFS D'ASSISTANCE CARDIAQUE

Que dit la réglementation ?

- Pour les permis légers :
 - Compatibilité selon avis spécialisé. Un avis d'aptitude limité dans le temps peut être rendu, et sous réserve de suivi spécialisé régulier.
- Pour les permis lourds :
 - Incompatibilité.

CLASSE II : APPAREIL OCULAIRE ET VISION

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.

L'ACUITÉ VISUELLE EN VISION DE LOIN

Que dit la réglementation ?

- Pour les permis du groupe léger :
 - L'aptitude peut être donnée si l'acuité binoculaire est égale ou supérieure à 5/10.
 - Si un des deux yeux a une acuité visuelle nulle ou inférieure à 1/10, l'autre œil doit avoir une acuité visuelle égale ou supérieure à 5/10.
- Pour les conducteurs du groupe 1 qui ne satisfont pas aux normes relatives au champ visuel ou à l'acuité visuelle, avis spécialisé avec mesure de la sensibilité à l'éblouissement, de la sensibilité aux contrastes et de sa vision crépusculaire.

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 mentionnant 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 le médecin agréé ou par la commission médicale.

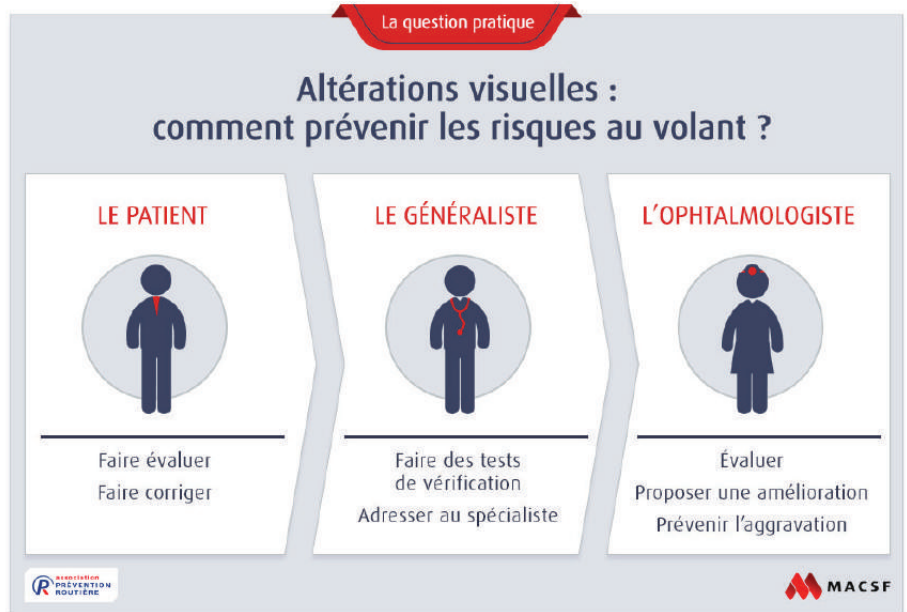
- Pour les permis du groupe lourd, l'aptitude peut être donnée si l'acuité visuelle est au minimum de 8/10 pour l'œil le meilleur et à 1/10 pour l'œil le moins bon.

Si 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. Vous pouvez demander un avis spécialisé 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 indiquant 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 le médecin agréé ou 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 lourds.

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.

Nos recommandations

• Bien évaluer l'acuité visuelle.

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 à discuter avec le patient et vous pouvez prendre un avis ophtalmologique le cas échéant.

LA QUESTION DU CHAMP VISUEL

Que dit la réglementation ?

- Pour les permis du groupe léger :
 - La conduite n'est possible que si le champ visuel binoculaire horizontal est égal ou supérieur à 120°, à 50° vers la gauche et

CLASSE II : APPAREIL OCULAIRE ET VISION

la droite et à 20° vers le haut et le bas. Aucun défaut ne doit être présent dans un rayon de 20° par rapport à l'axe central.

- 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 :
 - Le champ visuel binoculaire horizontal des deux yeux doit être égal ou supérieur à 160°, à 70° vers la gauche et la droite et à 30° vers le haut et le bas. Aucun défaut ne doit être présent dans un rayon de 30° par rapport à l'axe central.

Nos 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.

LA CAPACITÉ DE VISION NOCTURNE

Que dit la réglementation ?

- Pour les permis du groupe léger :
 - En cas d'absence de vision nocturne, l'avis d'un ophtalmologiste et celui de la commission médicale sont nécessaires. 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.

Nos recommandations

Ce type de trouble est difficile à détecter à l'interrogatoire. En cas de suspicion, prendre l'avis ophtalmologique est crucial, sachant que la restriction à la conduite de jour, stipulée dans l'arrêt, est difficile à mettre en œuvre au plan pratique.

FAUT-IL VOIR LES COULEURS POUR CONDUIRE ?

Que dit la réglementation ?

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

Nos recommandations

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

LES ANTÉCÉDENTS DE CHIRURGIE OCULAIRE

Que dit la réglementation ?

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

Nos recommandations

Vous devez informer le patient notamment dans deux cas.

- Si celui-ci souhaite passer un permis du groupe lourd et qu'il a un antécédent de ce type ;
- Si un patient titulaire d'un permis lourd est opéré des yeux.

LES TROUBLES DE LA MOBILITÉ

Que dit la réglementation ?

L'avis ophtalmologique est obligatoire.

- En cas de blépharospasmes acquis confirmé :
 - Incompatibilité avec la conduite pour tous les types de permis.
- En cas de diplopies permanentes ne répondant à aucune thérapeutique optique, médicamenteuse ou chirurgicale :
 - Contre-indication à la conduite pour tous les types de permis.
- En cas de strabismes ou hétérophories décompensées :
 - Compatibilité avec la conduite pour les groupes léger et lourd si l'acuité visuelle est suffisante.

LE NYSTAGMUS

Que dit la réglementation ?

- Pour les permis du groupe léger :
 - Compatibilité avec la conduite si les normes d'acuité visuelle sont atteintes après avis ophtalmologique.
- Pour les permis du groupe lourd :
 - Inaptitude si l'affection est confirmée.

Nos 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.

APRÈS LA CHIRURGIE RÉFRACTIVE

La technique utilisée détermine le temps d'attente nécessaire avant la reprise de la conduite de jour : de 2 jours (premier contrôle postopératoire) à 5-6 jours.

La reprise de la conduite de nuit requiert un temps d'attente plus important qui varie selon : le sexe, l'âge, le type d'amétropie et sa puissance. La sensibilité à l'éblouissement reste perturbée plus longtemps. Après la chirurgie, il est obligatoire de faire modifier le permis de conduire en supprimant la mention relative au port obligatoire de verres correcteurs.



Vous devez informer préalablement votre patient que ce type d'intervention n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale et ne permet pas la prescription d'un arrêt de travail.

CLASSE II : APPAREIL OCULAIRE ET VISION

LA CATARACTE

En cas de modification de la transparence du cristallin, la décision opératoire dépend de la diminution de l'acuité, du type d'activité et de la valeur fonctionnelle de la rétine et du nerf optique.

En conséquence, il n'est pas possible de fixer une valeur d'acuité pour décider d'une date opératoire. Il est important de bien communiquer sur ce point avec votre patient. La pose d'un implant ne contre indique pas la conduite. Toutefois, la plus grande prudence est de mise si la différence d'acuité entre les deux yeux est importante et qu'elle entraîne une mauvaise perception des distances. La pose d'implants multifocaux nécessite un temps d'adaptation plus long, mais autorise la conduite.

CLASSE III : ORL ET PNEUMOLOGIE

LA 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. Il n'y aura pas lieu de prévoir de validité temporaire si l'audition est stable dans le temps.

L'info en un clin d'œil

Troubles ORL et respiratoires : LES RISQUES AU VOLANT



**LA PERTE AUDITIVE,
LÉGÈRE À SÉVÈRE**

- Pas de contre-indication à la conduite sauf pour les formes sévères non appareillables chez un conducteur du groupe lourd



LES VERTIGES

- Ne pas conduire les 24 h suivant les troubles
- Endormissement sous certains traitements anti-vertigineux

MACSF

Que dit la réglementation ?

Une déficience auditive doit être évaluée de la façon suivante : voix chuchotée perçue ou non à 1 mètre, voix haute perçue ou non à 5 mètres, valeurs correspondant à 35 décibels. En cas de déficit notable, le patient devra être adressé à un médecin agréé qui 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 des rétroviseurs bilatéraux obligatoires le cas échéant...
- 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.

Nos recommandations

En cas de déficience auditive chez un patient conducteur, réalisez un 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.

• En cas de confirmation du déficit.

Faites réaliser un audiogramme avant de conseiller au patient de demander l'avis d'un médecin agréé (cet avis est impératif en cas de conduite du groupe lourd).

LES TROUBLES DE L'ÉQUILIBRE ET/OU 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 avant tout de retrouver la cause des troubles pour juger du risque de récurrence et proposer un traitement adapté (en tenant compte du risque d'effet sédatifs 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.

Que dit la réglementation ?

- En cas de vertige paroxystique bénin : un avis ORL est recommandé 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 d'un médecin agréé (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 d'un médecin agréé pour les conducteurs du groupe lourd.
- En cas d'instabilité chronique, une inaptitude pourra être prononcée par le médecin agréé en cas de confirmation de l'affection.

Nos 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.

CLASSE III : ORL ET PNEUMOLOGIE - LA DÉFICIENCE AUDITIVE

- **En cas de survenue d'un épisode de vertiges.**

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).

À 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.

CONSEIL

Pensez à bien prendre en compte les risques d'effets sédatifs lors de la mise en place d'un traitement.

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. (Cf-CLASSE IV : PRATIQUES ADDICTIVES, NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE -p19)

LE PORT D'UNE CANULE TRACHÉALE

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.

Que dit la réglementation ?

En cas de pathologie respiratoire avec déficit potentiel ou avéré d'oxygénation, un avis pneumologique est recommandé pour tous les patients conducteurs. Il est obligatoire pour le groupe lourd.

Si une affection sévère est confirmée, l'inaptitude sera prononcée par le médecin agréé.

Nos recommandations

- **En cas d'affection dyspnéisante.**

Il vous 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.**

Il est recommandé de prendre un avis spécialisé (avec certificat remis au patient attestant de l'intérêt de l'oxygénothérapie pour

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.

CONSOMMATION RÉGULIÈRE OU DÉPENDANCE AUX DROGUES, MÉSUSAGE DE MÉDICAMENTS

Bien que le texte de l'arrêté 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.
 - Les produits stimulants : cocaïne, amphétamines.
 - Les produits psychodysléptiques : cannabis, LSD, autres hallucinogènes.
- Il n'y a pas de drogue inoffensive au volant.

- La teneur en THC des résines de cannabis a doublé en 10 ans (23 % en 2016) (source : OFDT).
- Le dépistage des drogues chez les conducteurs se systématise en cas d'accident corporel, et se développe à titre préventif, notamment grâce à l'usage de tests salivaires.

Que dit la réglementation ?

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 à des examens biologiques (détection ou dosage de produits) est possible.

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 lourds :
 - Il y a incompatibilité en cas de consommation de substances psychotropes. Ultérieurement, 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.
 - Une incompatibilité pour les catégories D, E (C), E (D) pourra être prononcée.

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

Nos 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, vous devez, autant que possible, remplir un rôle de prévention, en particulier auprès des jeunes.

- Grâce à la méthode de la HAS « Repérage précoce, Intervention Brève ».

5 minutes d'entretien suffisent pour sensibiliser les patients à l'intérêt de réduire ses consommations à risque.



Depuis les années 2000, de nouvelles problématiques apparaissent.

- Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en France. Parmi les 18-64 ans, 42 % l'ont déjà expérimenté et 11 % déclarent en avoir consommé au cours de l'année (source : OFDT). À 17 ans, près d'un jeune sur 2 a déjà expérimenté le cannabis (47,8 % en 2014).

CLASSE IV : PRATIQUES ADDICTIVES, NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE

Cet entretien doit avoir lieu idéalement au moins une fois par an, ou dans certaines situations particulières : grossesse, précarité, conduite de véhicules, échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.

- **Vous devez mettre sur un même plan médical les fumeurs de cannabis, les consommateurs chroniques de tranquillisants, les patients soumis à un traitement de substitution.**

Votre mission est de leur expliquer quels sont les risques pénaux sur la route, les inciter au sevrage avec une aide adaptée, et d'être particulièrement actifs vis-à-vis des conducteurs professionnels.

- **L'usage de tests de dépistage urinaire ou salivaire 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.

- **Certains médicaments, dont les traitements de substitution, sont susceptibles d'entraîner un dépistage positif en cas de contrôle.**

Il est important de conseiller au patient conducteur de conserver sa prescription avec lui afin qu'il puisse signaler son traitement thérapeutique aux forces de l'ordre.

ABUS D'ALCOOL OU USAGE NOCIF ET DÉPENDANCE

Consommées par près de 9 Français sur 10, les boissons alcoolisées ont un fort impact sur la capacité de conduite et le comportement au volant. Une alcoolémie illégale du conducteur est présente dans près d'un accident mortel sur trois en France.

LES EFFETS DE L'ALCOOL SUR L'INDIVIDU



LES EFFETS SUR LA CONDUITE

Voici quelques exemples de situations de conduite relatives à la consommation excessive d'alcool :

- Non détection d'un obstacle survenant latéralement (champ visuel rétréci).
- Perception erronée des distances (vision stéréoscopique modifiée).
- Freinage tardif (temps de réaction allongé).
- Sortie de route (faible résistance à la fatigue).
- Erreur de manœuvre (coordination des mouvements perturbée).
- Accroissement de la prise de risque (désinhibition).

Que dit la réglementation ?

Outre la législation interdisant de conduire avec un taux d'alcool dans le sang égal ou supérieur à 0,5 gramme par litre de sang (0,2 g dans le cas d'un conducteur en phase probatoire ou d'un conducteur de transport en commun), la réglementation concerne principalement les conducteurs

qui font l'objet d'un retrait ou d'une annulation de permis pour alcool au volant.

Les mêmes critères médicaux s'appliquent toutefois à tout conducteur ou candidat au permis de conduire se présentant devant un médecin agréé ou une commission médicale, quel que soit le motif de la visite.

- Pour tous :

- Incompatibilité pendant la période d'alcoolisation. Avant autorisation de reprise de la conduite, évaluation obligatoire par la commission médicale. Celle-ci prendra en compte les éléments cliniques et sociaux, et, si nécessaire, les éléments biologiques ainsi qu'un avis spécialisé.

- Pour les permis légers :

- À l'issue d'un premier examen justifié par ou objectivant un mésusage d'alcool, l'aptitude ne pourra être supérieure à un an afin d'évaluer les modifications du comportement d'alcoolisation. Les échéances peuvent être raccourcies, notamment en cas de récidive et/ou de mentions restrictives.

- Pour les permis lourds :

- À l'issue d'un premier examen justifié par ou objectivant un mésusage d'alcool, l'aptitude ne pourra être supérieure à six mois afin d'évaluer les modifications du comportement d'alcoolisation. Dans le cas de dépendance avec signes de dépendance physique, un avis d'aptitude est prononcé dès lors que l'état médical n'est pas compatible avec les exigences de la sécurité routière. Dans ce cas ou dans les cas de récidive, une fois que les conditions médicales, établies au vu des éléments médicaux présentés -lesquels comprennent obligatoirement un avis spécialisé- permettent de prononcer un avis d'aptitude médicale à la conduite, la situation sera réévaluée tous les six mois pendant les trois premières années au moins. Ultérieurement, la périodicité des examens sera à l'appréciation de la commission médicale. Les risques additionnels liés aux conditions de travail seront envisagés avec la plus extrême prudence.

Nos 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

ABUS D'ALCOOL OU USAGE NOCIF ET DÉPENDANCE

une dépendance chez un patient sans antécédents de sanction.

- **La méthode de la HAS.**

« Repérage précoce, Intervention Brève » permet, en 5 minutes d'entretien de sensibiliser les patients à l'intérêt de réduire ses consommations à risque. Cet entretien doit avoir lieu idéalement au moins une fois par an, ou dans certaines situations particulières : grossesse, précarité, conduite de véhicules, échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.

- **Les questionnaires type DETA-CAGE et 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 jours, 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 souvent 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.

Pratique

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.

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. Il est souvent difficile de dépasser ce cadre et d'influer sur le patient en tant que sujet à risque pour les autres risques, 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 individuellement pour le patient, mais facteurs de risque potentiel pour les autres par leurs effets sur la vigilance ou le comportement.

Une information précise du patient sur les effets des médicaments s'avère en conséquence nécessaire, ce d'autant plus que la liste des médicaments présentant des risques pour la conduite a été récemment étendue.

MÉDICAMENTS ET CONDUITE : LES NOUVELLES PROBLÉMATIQUES

- 18 % des 18-75 ans déclarent avoir pris au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois (10 % ont consommé un anxiolytique au cours de l'année, 6 % un hypnotique, 6 % un antidépresseur, 0,7 % un régulateur de l'humeur et 0,9 % un neuroleptique). (Source OFDT)
- 3,3 % des accidents mortels de la route seraient attribuables à une prise de médicaments. (Étude CESIR-A, 2010)
- Depuis un arrêté du ministère de la Santé de 2017, tous les tranquillisants et anxiolytiques de la famille des benzodiazépines se sont vus attribuer un pictogramme rouge (niveau 3).

LA CONFIANCE, LA COMPÉTENCE ET LES CONNAISSANCES AU SERVICE DU PATIENT

Le médecin peut être amené à faire prendre conscience à son patient de ses facteurs de risques liés à la consommation de médicaments et de psychotropes.

Cette approche ne doit pas se faire d'une manière paternaliste ou moralisatrice, et 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, tout en prenant en compte les problèmes médicaux spécifiques à chaque patient (âge, troubles visuels ou neurologiques, troubles du sommeil, etc.).

Cela concerne les patients âgés (souvent consommateurs de plusieurs médicaments à potentiel sédatif), mais aussi les patients conducteurs professionnels pour lesquels on doit adopter des stratégies thérapeutiques spécifiques.

S'APPUYER SUR LA CLASSIFICATION DES EFFETS SECONDAIRES

Dans ce domaine, la mise en place, sur une initiative de l'association Prévention Routière reprise par l'AFSSAPS, d'un dispositif de gradation des effets secondaires des médicaments sur la capacité de conduite au moyen de pictogrammes spécifiques est une innovation majeure susceptible d'aider le médecin, le pharmacien et le patient à mieux

L'info en un clin d'œil

Les 3 catégories de médicaments SELON LEURS EFFETS SECONDAIRES

NIVEAU 1 PRUDENCE	NIVEAU 2 GRANDE PRUDENCE	NIVEAU 3 DANGER : NE PAS CONDUIRE
 Lire la notice avant de conduire Risques pour la conduite faible et dépend largement de l'individu. La prise du médicament ne remet généralement pas en cause la conduite mais elle nécessite que le patient soit sensibilisé aux risques avant de prendre le volant (inciter le patient à lire la notice).	 Ne pas conduire sans l'avis d'un médecin Les effets secondaires et leur impact sur la conduite concernent tous les patients sans exception. La prise du médicament peut donc remettre en cause la capacité de conduire et nécessite l'avis d'un professionnel de la santé.	 Demander l'avis d'un médecin avant la reprise de la conduite Les effets du médicament sur l'organisme rendent la conduite dangereuse et elle est formellement déconseillée. Compte tenu d'un éventuel effet résiduel, il est conseillé au médecin d'indiquer à son patient dans quel délai il pourra à nouveau conduire.

association PRÉVENTION ROUTIÈRE

MACSF

prendre en compte les effets secondaires de certains médicaments et à établir un dialogue utile entre eux.

Vous devez vous tenir prêt à expliquer au patient les conséquences de cette gradation et à lui donner des conseils adaptés.

MÉDICAMENTS ET CONDUITE

Que dit la réglementation ?

Concernant les médicaments susceptibles d'altérer la capacité de conduite ou le comportement des conducteurs (cf. chapitre « Troubles du sommeil »).

- La consommation, quand la nature du produit ou la quantité absorbée entraînent un risque pour la conduite, est incompatible avec l'aptitude à conduire.
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.

Nos 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 entraînent une prescription inutilement prolongée de médicaments psychotropes, avec des phénomènes de dépendance.

- **Vous pourrez proposer un sevrage dans certains cas, et limiter, le cas échéant, la durée de l'aptitude.**
Vous devrez apprécier la nécessité du traitement, le bénéfice sur l'aptitude à la conduite, et les effets secondaires potentiels.
- **Vous devrez également vous assurer que le traitement choisi est le moins susceptible d'entraîner des effets secondaires au sein de la classe thérapeutique concernée.**
L'avis du spécialiste pourra être demandé.
- **Enfin, vous devrez être d'autant plus attentif à évaluer l'impact des traitements sédatifs chez les patients âgés et chez ceux soumis à plusieurs traitements concomitants et délivrer 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 autorisent 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.

Les affections pouvant exposer un candidat ou conducteur 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.



La reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive fait l'objet de recommandations de bonne pratique labellisées par la HAS (Haute Autorité de Santé).

EN CAS DE TROUBLES NEUROLOGIQUES, COMPORTEMENTAUX ET COGNITIFS

Que dit la 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 termes de possibilités fonctionnelles.

EN CAS DE TROUBLES PERMANENTS DE LA COORDINATION, DE LA FORCE ET DU CONTRÔLE MUSCULAIRE

Que dit la réglementation ?

La conduite de tout type de véhicules est contre-indiquée avant avis d'un médecin agréé. Un avis spécialisé, un bilan d'évaluation des capacités cognitives et comportementales et un test de conduite sont nécessaires 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.

EN CAS DE TROUBLES COGNITIFS ET PSYCHIQUES

Que dit la réglementation ?

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.

APRÈS UN TRAUMATISME CRÂNIEN

Que dit la réglementation ?

La possibilité de conduire dépend des 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.

APRÈS UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Que dit la réglementation ?

- 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 d'un médecin agréé sont obligatoires pour reprendre la conduite d'un véhicule du groupe lourd. Une aptitude temporaire pourra alors être prononcée en tenant compte avec une 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 un médecin agréé, 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.

EN CAS DE PSYCHOSE AIGÜE ET CHRONIQUE.

Que dit la réglementation ?

- En cas de manifestations cliniques pouvant interférer avec la conduite automobile, celle-ci est contre-indiquée. Un avis d'un médecin agréé 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 d'un psychiatre agréé (autre que celui qui soigne le sujet), préalablement au passage de l'intéressé devant un médecin agréé.
- 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 tonnes.

EN CAS D'ANALPHABÉTISME

Que dit la réglementation ?

- 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.

CONSEIL

Nos recommandations générales en cas d'affections neuro-psychiatriques

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 termes de réadaptation, d'ergonomie et de réapprentissage de 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.

TROUBLES DU SOMMEIL

Un sommeil de bonne qualité est essentiel pour une bonne vigilance et une attention soutenue lors de la conduite. Plus le temps de conduite quotidien est important (conducteurs professionnels, groupe lourd) plus la qualité du sommeil est nécessaire. C'est pourquoi il est important d'interroger systématiquement vos patients sur leur sommeil et de dépister les troubles du sommeil et de la vigilance sévères qui sont responsables d'un pourcentage élevé d'accidents mortels sur le réseau autoroutier et routier.

La somnolence excessive et l'insomnie sévère sont relevées comme des causes d'inaptitude à la conduite.

LA SOMNOLENCE EXCESSIVE

Elle peut être d'origine médicale. La cause la plus fréquente est le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) qui s'accompagne d'un sommeil non récupérateur et d'une somnolence souvent sévère dans la journée.

Une inaptitude temporaire à la conduite est conseillée aux conducteurs professionnels présentant un SAS. Dès lors que le traitement, le plus souvent par pression positive continue, est mis en place, la restauration d'un bon éveil peut être vérifiée par le test de maintien d'éveil (TME). Ce test est réalisé en centre du sommeil. Il est recommandé strictement pour les conducteurs professionnels et conseillé pour les conducteurs de véhicules personnels traités par PPC.

D'autres patients présentent également des hypersomnies d'origine centrale qui méritent une prise en charge dans les réseaux des centres d'hypersomnies rares.

Mais la somnolence excessive peut-être aussi liée à une privation de sommeil d'origine professionnelle (travail de nuit ou posté) ou personnelle ; à la prise de nombreux médicaments (cf. chapitre *Médicaments et conduite*) et aggravée par la prise d'alcool ou de toxiques.

CONSEIL

Il est recommandé d'interroger les patients sur leurs antécédents d'endormissement au volant, d'accidents ou de presque accidents liés à la somnolence. S'être déjà endormi au volant augmente par 10 le risque de s'endormir à nouveau.

Que dit la réglementation ?

Concernant la somnolence excessive d'origine comportementale, organique, psychiatrique ou iatrogène (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, un test électroencéphalographique de maintien de l'éveil TME devra être réalisé en complément.

L'aptitude pourra être donnée pour une période de trois ans pour les permis légers, et de un an pour les permis lourds.

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.

Concernant la conduite nocturne, l'avis spécialisé est nécessaire pour les permis du groupe lourd avant son autorisation éventuelle. Pour ces permis, les risques additionnels liés aux conditions de travail sont à envisager avec une extrême prudence.

L'INSOMNIE SÉVÈRE

L'insomnie est définie par la présence de troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, éveils nocturnes répétés, réveil trop précoce) au moins trois fois par semaine depuis au moins trois mois avec des conséquences dans la journée qui suit. Près de 20 % des français souffrent d'insomnie et 10 % prennent un traitement régulièrement pour dormir.

Il est donc recommandé d'interroger les personnes présentant une insomnie pour savoir s'ils ont des périodes de somnolence dans la journée.

Cette somnolence peut être liée soit à l'insuffisance du sommeil, soit à l'effet résiduel de traitements hypnotiques.

Certains traitements présentés comme anodins (antihistaminiques vendus sans prescription) ont une demi-vie longue qui altère durablement la vigilance.

En cas d'insomnie chronique (plus de 6 mois), il est recommandé d'adresser les patients à un spécialiste du sommeil.

Que dit la réglementation ?

Concernant l'insomnie d'origine comportementale, organique, psychiatrique ou iatrogène entraînant une somnolence excessive (4.3.2).

TROUBLES DU SOMMEIL

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).

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 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 trois ans pour les permis légers, et de un an pour les permis lourds, sous réserve d'un suivi spécialisé.

Concernant la conduite nocturne, l'avis spécialisé reste nécessaire pour une éventuelle autorisation des conducteurs du groupe lourd, qui présentent des risques additionnels liés aux conditions de travail à envisager avec une extrême prudence.

4 CONSEILS POUR **LES RÈGLES D'OR**

ÉVITER DE S'ENDORMIR AU VOLANT

Conduire reposé


- Un adulte a besoin de 7 à 8 heures de sommeil en moyenne. Il est important de dormir son compte avant de prendre la route

Faire une pause toutes les 2 heures


- 15 à 20 minutes
- marcher, s'hydrater, passer le volant à un autre conducteur (si possible)

Adapter son alimentation


- Manger léger (éviter les repas lourds), s'hydrater régulièrement toutes les 2 heures

S'arrêter au premier signe de baisse de vigilance


- Bâillement, paupières lourdes, raideur de la nuque, etc.



ÉPILEPSIE

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

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

Que dit la réglementation ?

- Permis 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.
- Après une période de 5 ans sans crise, la délivrance d'un permis de conduire peut être donnée sans limitation de durée.
- Le traitement anti-épileptique est compatible avec la conduite.
- Après une crise d'épilepsie provoquée par un facteur causal identifiable et peu susceptible de se reproduire au volant, le conducteur peut être déclaré apte à la conduite au cas par cas et après avis d'un neurologue.
- Après une première crise non provoquée ou une crise unique, le candidat peut être déclaré apte après une période de six mois sans aucune crise, à condition qu'un examen médical approprié soit effectué.

Les conducteurs dont les indicateurs pronostiques sont bons peuvent être autorisés à conduire plus tôt, c'est-à-dire avant l'expiration de cette période de six mois, après un avis médical approprié.

- Permis du groupe lourd :

- Une surveillance médicale accrue est exigée.
- Le traitement antiépileptique est incompatible avec la conduite.
- L'EEG et le bilan neurologique doivent être normaux.
- Sans suivre le moindre traitement antiépileptique, le conducteur ne doit plus avoir eu de crises pendant dix ans.

Les conducteurs dont les indicateurs pronostiques sont bons peuvent être autorisés à conduire plus tôt, c'est-à-dire avant l'expiration de cette période de dix ans, après un avis médical approprié. Cela s'applique aussi à certains cas d'épilepsie dite « juvénile ».

modalités de traitement.

- Permis du groupe lourd :

Malgré l'évolution spectaculaire des traitements anti-épileptiques (dont l'efficacité permet de supprimer les crises chez la plupart des patients), la réglementation des permis de conduire, bien qu'assouplie par l'arrêté du 30/08/2010, est restée très restrictive pour le groupe lourd.

Il est donc nécessaire, avant toute décision hâtive et presque définitive du médecin agréé ou de la commission médicale, d'explorer soigneusement et avec un spécialiste de l'épilepsie au travail (centres de référence régionaux), toutes les possibilités qu'offre une lecture soignée de la réglementation (survenue de deux crises ou plus en moins de 5 ans, bons indicateurs pronostiques, antécédents d'épilepsie dite « juvénile », crise d'épilepsie provoquée par un facteur causal identifiable qui est peu susceptible de se reproduire au volant).

Dans un certain nombre de cas, un dossier bien argumenté permet de restituer une aptitude à la conduite même pour le groupe lourd.

ÉPILEPSIE ET CONDUITE

LES RÈGLES D'OR

4 CONSEILS POUR UNE CONDUITE PLUS SÛRE

Prendre son traitement à heure fixe

Éviter toute consommation d'alcool

Veiller à avoir des cycles de sommeil réguliers avant de conduire

Avoir avec soi sa prescription (ou un document précisant le traitement)

ASSOCIATION PRÉVENTION ROUTIÈRE

MACSF



Concernant les permis de conduire, la définition réglementaire de l'épilepsie repose sur la survenue de deux crises ou plus en moins de 5 ans.

Nos recommandations

- **Tout patient conducteur chez qui est découvert une épilepsie ou un antécédent d'épilepsie doit faire l'objet d'un avis spécialisé tenant compte de l'activité de conduite.**

Ce bilan doit comporter un EEG avec test de stimulation et une imagerie selon nécessité. Les enjeux, en termes de traitement, doivent être clairement expliqués au patient. Son aptitude à la conduite doit être validée par un médecin agréé ou par la commission médicale. Le médecin traitant doit préparer un courrier remis au patient avec les résultats des examens récents, l'avis du neurologue et les

CLASSE V : L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Les atteintes de l'appareil locomoteur entraînent des limitations de la capacité de conduite 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 au guidon. 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 un médecin agréé 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.

Que dit la réglementation ?

L'évaluation des incapacités physiques doit reposer essentiellement sur des observations 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, notamment en situation d'urgence. Si nécessaire, un test pratique sera, effectué.

- Pour les permis A1, A2, A et les permis du groupe lourd :

- L'aptitude médicale ne peut être envisagée que dans des cas exceptionnels, après avis d'un médecin agréé et avis de l'inspecteur du permis de conduire et de la sécurité routière. Ils seront recueillis lors d'un test pratique préalable à l'examen, ou à la régularisation du permis de conduire avant toute décision d'aménagement.

L'efficacité des appareils de prothèse et l'aménagement du véhicule conseillé 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 le médecin agréé et celui-ci, préalable à toutes les décisions d'aménagement est parfois nécessaire dans les cas difficiles (voire 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.

En cas d'atteinte des doigts, ou des mains

Que dit la réglementation ?

- Pour les permis A1, A2 et 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 d'un médecin agréé.

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 les permis B1, 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

Que dit la réglementation ?

En cas de limitation importante ou complète, un avis spécialisé est nécessaire pour les permis A1, A2 et A (motos).

Amputation de la main, l'avant-bras ou du bras

Que dit la réglementation ?

Elle entraîne l'inaptitude aux permis A1, A2 et A (motos) dans la grande majorité des cas, et aux permis du groupe lourd dans tous les cas.

Elle autorise la conduite avec les permis B1, B et EB, sous réserve d'aménagements éventuels du véhicule.

Raideurs des membres supérieurs

Que dit la 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.



L'embrayage automatique ou le changement de vitesse automatique, lorsqu'ils constituent la seule adaptation nécessaire, ne sont pas considérés comme des aménagements et autorisent l'attribution d'un permis B1 et B avec mention restrictive : « embrayage adapté » et/ou « changement de vitesse adapté » (codes 10 et/ou 15).

HANDICAP DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Que dit la réglementation ?

Le médecin agréé 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.

CLASSE V : L'APPAREIL LOCOMOTEUR

HANDICAP DES MEMBRES INFÉRIEURS

Que dit la réglementation ?

L'aptitude à la conduite est décidée par un médecin agréé.

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

Que dit la 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

Que dit la réglementation ?

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

À gauche : la conduite avec permis des groupes légers ou lourds est possible avec la mention restrictive « embrayage automatique ».

À 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

Que dit la 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.

À gauche : la conduite est généralement possible avec mention « embrayage automatique » pour les permis B1, B et EB. Cette mention est nécessaire pour les permis lourds si la flexion du genou est inférieure à 70° ou si le genou est instable.

À droite : la conduite est généralement possible avec aménagement du véhicule pour les permis B1, B et EB. 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.

En cas de lésions multiples des membres

Que dit la 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 du médecin agréé.
- 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 B1, B et EB et pour les permis du groupe lourd, l'association de diverses lésions uni ou bilatérales sera laissée à l'appréciation du médecin agréé.
- En cas de nécessité d'aménagement du véhicule, l'avis spécialisé et la vérification des capacités du conducteur par l'expert technique sont obligatoires.

En cas d'atteinte du rachis

Que dit la 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.



Nos recommandations générales

Avant de soumettre le cas du patient à un médecin agréé, vous devez, en tant que médecin traitant, proposer au patient de :

- consulter un orthopédiste pour apprécier la fonctionnalité des membres ;
- prendre l'avis d'un moniteur d'auto-école pour analyser les capacités restantes.

Vous pourrez donner les informations utiles au patient en vous appuyant sur la réglementation.

PATHOLOGIES MÉTABOLIQUES ET TRANSPLANTATIONS

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

Que dit la réglementation (6-1, 6-2, 6-3) ?

- Insuffisance rénale traitée par épuration extra rénale :
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. Avis spécialisé, si nécessaire.
- Pour les conducteurs du groupe lourd :
La 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 sont à envisager avec une extrême prudence.
- Transplantation d'organe, implants artificiels :
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.
 - En l'absence d'incidence sur la conduite (ex. greffe de rein, de foie, etc.) : il n'est pas nécessaire de demander un examen auprès d'un médecin agréé.
 - En cas de greffe ayant une incidence sur la capacité à conduire : la décision est laissée à l'appréciation du médecin agréé.

CONSEIL

Nos recommandations générales

Pour l'insuffisance rénale sur EER, conseillez 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.

CLASSE VI : LE 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 hypoglycémiant 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, à titre personnel comme 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.

Que dit la réglementation ?

- En cas de diabète traité par médicaments pour le diabète.
Avis médical régulier, adapté à chaque cas, dont l'intervalle ne doit toutefois pas excéder 5 ans. Le médecin agréé par la préfecture sera particulièrement vigilant dans l'évaluation du risque hypoglycémique. Se référer également à la réglementation sur les fonctions visuelles.
- En cas de diabète traité par médicaments susceptibles de provoquer une hypoglycémie.
Un candidat ou un conducteur souffrant de diabète et suivant un traitement médicamenteux susceptible de provoquer une hypoglycémie doit prouver qu'il comprend le risque d'hypoglycémie et qu'il maîtrise ce risque de manière adéquate. Le permis de conduire ne sera ni maintenu, délivré ou renouvelé pour un candidat ou un conducteur pas suffisamment conscient des risques liés à l'hypoglycémie.
Le permis de conduire peut être maintenu, délivré ou renouvelé dans des cas exceptionnels à condition que ce maintien, cette délivrance ou ce renouvellement soit dûment justifié par un avis spécialisé et subordonné à un suivi médical régulier attestant que le sujet est toujours capable de conduire un véhicule dans des conditions compatibles avec les impératifs de sécurité routière. Un avis d'aptitude, limité à 5 ans maximum, peut être rendu, selon avis spécialisé.
- En cas de diabète avec hypoglycémie sévère récurrente.
On définit les cas d'« hypoglycémie sévère » par la nécessité d'assistance d'une tierce personne, et les cas d'« hypoglycémie récurrente » par la survenue d'une deuxième hypoglycémie sévère au cours d'une période de douze mois.
Le permis de conduire ne sera ni maintenu, délivré ou renouvelé pour un candidat ou un conducteur souffrant d'hypoglycémie sévère

récurrente, à moins que ce maintien, cette délivrance ou ce renouvellement ne soit soutenu par un avis spécialisé et un suivi médical régulier.

- En cas d'hypoglycémie sévère récurrente survenant durant les heures de veille, le permis de conduire ne sera ni maintenu, délivré ou renouvelé avant que trois mois ne se soient écoulés depuis la dernière crise.

Le permis de conduire peut être maintenu, délivré ou renouvelé dans des cas exceptionnels à condition que ce maintien, cette délivrance ou ce renouvellement soit dûment justifié par un avis spécialisé et subordonné à un suivi médical régulier attestant que le sujet est toujours capable de conduire un véhicule dans des conditions compatibles avec les impératifs de sécurité routière.

Nos recommandations

En cas de découverte d'un diabète chez un patient conducteur, vous devez, en tant que médecin traitant :

- 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 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 de 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.

• La conduite est dans tous les cas à déconseiller :

- 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 ($HbA1c \geq 12$ ou ≥ 10 avec des glycémies < 4 mmol/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.

CLASSE VI : LE DIABÈTE

En cas de permis lourd, le patient devra, le cas échéant, être adressé à un médecin agréé ou à la commission médicale.

• Les conseils à adresser à vos patients.

- 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 rétinienues.
- 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 4 mmol/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).
- Pour les patients qui ont eu des épisodes sévères d'hypoglycémie dans l'année, des hypoglycémies imprévisibles ou à répétition, une baisse récente de leur Hb A1c jusqu'à des valeurs normales : les informer 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). Informer également le patient en cas de changement des modalités d'insulinothérapie.

- Pour les patients traités par insuline, conducteurs du groupe lourd ou pour les conducteurs du groupe léger effectuant des trajets longs, il faut 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) ;
- contrôler la glycémie une heure avant le départ, puis toutes les 4 heures ;
- s'arrêter si la glycémie est ≤ 6 mmol/l et tant qu'elle n'est pas revenue à cette valeur.

DIABÈTE & CONDUITE

Les **RÈGLES D'OR**

Contrôler sa glycémie avant et pendant le voyage  Contrôler sa glycémie : - 1 heure avant un long trajet - toutes les 4 heures pendant le trajet Le taux de glycémie doit toujours être supérieur ou égal à 6 mmol/l.	Toujours avoir de quoi se resucrer  Penser à stocker dans votre véhicule des morceaux de sucre, biscuits, boissons sucrées en prévision d'un éventuel épisode d'hypoglycémie	S'arrêter au moindre symptôme d'hypoglycémie  Transpiration, tremblements, etc. Attendre au moins 45 min avant de reprendre le volant en cas de traitement d'une hypoglycémie légère à modérée (2,5 à 4 mmol/l)
--	--	--




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 par inconfort. 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.



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 d'un médecin agréé par la préfecture.

Ceux-ci 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 du patient posent un problème manifeste d'inadaptation au port de la ceinture, celui-ci doit être adressé à un médecin agréé qui, dans ce cas, pourra donner une dispense.

Vous devez donc expliquer à votre patient que de telles dispenses ne sont plus données à titre durable.

CONSEIL

Nos recommandations pour limiter la gêne du port de la ceinture

- Un bon réglage de la ceinture permettant un passage correct sur l'épaule pour la partie diagonale, et au-dessous de la crête iliaque pour la partie basse, permet généralement d'atténuer cette gêne. La fixation de la ceinture sur le montant du véhicule est d'ailleurs souvent réglable en hauteur.
- Pour les patients réellement gênés par le contact physique de la ceinture, de petits clips peuvent être placés sur la ceinture. Ces clips ne sont toutefois pas conformes à la réglementation et peuvent gêner le bon fonctionnement de la ceinture en cas d'accident.



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. Vous pouvez pourtant lui être utile à plusieurs niveaux.

- Vous pouvez l'informer sur la nécessité de répondre aux normes d'aptitude (par exemple pour la vision), ou vis-à-vis de pathologies pouvant nécessiter l'avis d'un médecin agréé comme un diabète, ou une comitialité.
- Vous pouvez l'aider à préparer un éventuel passage devant le médecin agréé en recueillant les examens utiles à cette fin. De cette manière, vous lui permettrez de ne pas retarder inutilement le passage de son permis (ou son admission en conduite accompagnée qui obéit aux mêmes critères).
- Vous pouvez également profiter de cette circonstance, en cas de comportements à risque suspectés ou connus, 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, qu'ils soient conducteurs de véhicules légers (commerciaux, taxis, etc.) ou de véhicules lourds. Si vous apprenez que l'un de vos patients souhaite passer un permis du groupe lourd, vous pouvez discuter avec lui de ses éventuels problèmes d'aptitude et l'aider à préparer son dossier médical avant qu'il passe l'examen devant un médecin agréé.

Il est préférable également, dans tous les cas, tenir compte de la situation de conduite de vos 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, vous devez clairement en informer votre patient et lui conseiller de débiter le traitement en dehors d'une journée de travail.

Vous pouvez aussi conseiller au patient de s'abstenir de conduire quelques jours, au besoin dans le cadre d'un arrêt de travail.

Lors de la survenue d'événements médicaux, il est important d'informer votre patient des conséquences en termes d'aptitude à la conduite (chirurgie oculaire, incident cardiaque, malaise, pathologie du sommeil).

Il vous faut 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 afin de mieux conseiller son patient.

Le dialogue peut également s'instaurer avec le médecin du travail dans certains cas (limitation de la conduite, d'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, vous pouvez à leur demande avoir à les assister préalablement à un examen médical devant un médecin agréé ou devant la commission médicale et, par la suite, en fonction du suivi médical demandé par l'administration ou la justice.

L'EXAMEN MÉDICAL DE L'APTITUDE À LA CONDUITE

Cet examen est obligatoire pour récupérer son permis de conduire à la suite d'une invalidation, d'une suspension ou d'une annulation.

Pour des sanctions de 6 mois ou plus, ce contrôle doit être complété d'un examen psychotechnique.

Il est réalisé par un médecin agréé par la préfecture si l'invalidation, la suspension ou l'annulation du permis de conduire, n'est pas liée à une infraction au Code de la route imputable à la consommation d'alcool ou de stupéfiants.

Vous devez évaluer le type de consommation (occasionnelle, sociale, festive, « alimentaire »), rechercher des signes de dépendance ou de consommation excessive ou inadaptée.

CONSEIL

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

La question pratique

Qui réalise l'examen médical d'aptitude à la conduite ?



**MÉDECIN AGRÉÉ
PAR LA PRÉFECTURE**

En cas d'invalidation, suspension ou annulation du permis non liée à une infraction imputable à la consommation d'alcool ou de stupéfiants



**COMMISSION MÉDICALE
DES PERMIS**

En cas d'invalidation, suspension ou annulation du permis consécutive à une infraction imputable à la consommation d'alcool ou de stupéfiants
OU
En cas de saisine d'un médecin agréé par la préfecture et ne siégeant pas en commission médicale

Association Neutron Routière 

- 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 téléphonique 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.

SI LA SANCTION SUIT UNE INFRACTION IMPUTABLE À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Dans les situations où l'alcool est impliqué dans l'infraction, il est utile que vous preniez en charge le patient en amont du passage en commission médicale de manière à faciliter 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 qu'aucune recette, bonbon ou tisane, ne fait baisser l'alcoolémie et que celle-ci ne décroît que de 0,10 à 0,15 g/heure).

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

SI LA SANCTION SUIT UNE INFRACTION IMPUTABLE À LA CONSOMMATION DE DROGUES

Dans le cas de retrait ou d'annulation lié(e) 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.



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

SI LA SANCTION SUIT UNE INFRACTION LIÉE À D'AUTRES FACTEURS

Dans les cas où ni l'alcool ni les drogues ne sont en cause, votre rôle est plus restreint mais vous pouvez aider votre patient à préparer son examen médical devant un médecin agréé.

Dans tous les cas de retrait ou d'annulation du permis, votre patient conducteur peut se voir demander des examens biologiques ou un avis spécialisé par le médecin agréé ou la commission médicale du permis de conduire. De même les tests psychotechniques sont obligatoires en cas de suspension d'une durée supérieure ou égale à 6 mois et en cas d'annulation de votre permis de conduire. En accompagnant votre patient dans ses démarches vous pourrez ainsi favoriser la restitution de son aptitude à la conduite.

Même si le patient est soumis à un examen médical d'aptitude à la conduite pour un retrait ou une annulation de permis, il est souvent utile que vous rédigiez un courrier, remis au patient à l'attention de la commission médicale. Vous y joindrez les résultats d'examens complémentaires utiles ainsi que les avis spécialisés demandés, surtout si le patient est porteur d'une pathologie pouvant entraîner des conséquences au volant (diabète, comitialité, cardiopathie).



Attention, ce courrier ne doit pas être adressé directement à la commission, afin de respecter les dispositions liées au secret professionnel.

LE MÉDECIN ET LE CONDUCTEUR ÂGÉ

Les personnes âgées de 65 ans et plus constituent quasiment 20 % de la population française. Plus nombreux et plus mobiles, les seniors prennent une part de plus en plus importante dans la circulation routière.

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 commun 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 que l'on peut les prescrire sans crainte à des patients âgés, alors que, 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.

La sauvegarde de l'autonomie de déplacement reste un enjeu essentiel.

CONSEIL

Les conducteurs âgés 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.

Que dit la réglementation ?

Aucune réglementation spécifique n'existe en ce qui concerne les conducteurs âgés ou plus couramment nommés « seniors ».

Si la réglementation ne prévoit aucun examen médical du permis de conduire lié à l'âge, vous pouvez aider utilement votre patient conducteur âgé à préserver sa capacité de conduite :

- Veillez à une prise en charge rapide des pathologies afin de préserver au mieux la capacité de conduire de votre patient
- Prescrivez les médicaments les moins sédatifs possibles
- Recommandez des horaires adaptés en reportant, par exemple, certaines prises au soir quand c'est possible.
- Procédez à quelques examens simples en lien avec l'aptitude à la conduite.

Apprécier l'aptitude à la conduite

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

Toutefois, sept gestes spécifiques couvrant l'essentiel des critères de base de l'aptitude à la conduite (en première intention) peuvent être pratiqués en complément.

ÉVALUER L'APTITUDE À LA CONDUITE DES SENIORS

LES RÈGLES D'OR

LES 4 GESTES CLINIQUES :

Mesure de l'acuité visuelle

De loin, corrigée ou non

Vérification du champ visuel

Au doigt

Perception de la voix chuchotée à 3 mètres

Équilibre debout les yeux fermés

LES 3 QUESTIONNAIRES :

L'échelle simplifiée de Mc Nair

Dépistage des troubles de mémoire

L'échelle d'Epworth

Au volant, pour analyser et évaluer les capacités restantes

Le "Minimal Mental Score"

Dépistage des troubles cognitifs

LE MÉDECIN ET LE CONDUCTEUR ÂGÉ

EN CAS DE PATHOLOGIE INVALIDANTE

Quand vous constatez une pathologie invalidante pour la conduite, vous devez évaluer les possibilités de correction (visuelle, auditive, adaptation du véhicule) et conseiller à votre patient de consulter un médecin agréé le cas échéant.

Si la pathologie n'apparaît pas compensable, vous devez 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, et dans le respect du secret professionnel.

CONSEIL

Attention, le médecin n'est pas pour autant délié du secret médical vis à vis des tiers et n'a donc pas le droit de signaler le patient aux autorités ou aux assurances.

Nous vous recommandons de prendre toute mesure utile pour pouvoir, le cas échéant, établir la preuve que vous avez clairement informé votre patient.

CONSEIL

Nos recommandations générales pour les conducteurs âgés

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 ;
- éviter les trajets de nuit ;
- ne pas être seul à bord pour de longs trajets ;
- prévoir l'itinéraire avant le départ ;
- 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 l'association Prévention Routière et d'autres organismes.

EN CAS DE DÉMENCE SÉNILE

Dès lors que le diagnostic de démence sénile de type Alzheimer est établi, vous devez informer votre patient qu'il a l'obligation de se présenter auprès d'un médecin agréé du permis de conduire, s'il souhaite continuer à conduire.

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

Attention, si l'entourage d'un conducteur peut signaler au préfet du département un cas patent d'inaptitude à la conduite, en tant que médecin vous restez vous-même soumis au secret professionnel.

Le médecin agréé demandera fréquemment un audit de conduite auprès d'une auto-école spécialisée.

AVANT DE DÉLIVRER UN CERTIFICAT MÉDICAL

Depuis peu, des 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.

FEMME ENCEINTE ET ENFANTS À BORD

La femme enceinte peut conduire, mais il est recommandé, à l'approche du terme de la grossesse ou en cas de risque d'accouchement prématuré, 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.



- Groupe 1

Les enfants de 9 à 18 kg doivent être maintenus dans un siège baquet (fixé généralement sur un siège arrière à l'aide de la ceinture du véhicule ou à l'aide des points d'ancrage Isofix).

L'enfant fait face à la route et est attaché dans son siège grâce à un harnais.

- Groupe II [15 à 25 kg] et Groupe III [22 à 36 kg]

Les enfants doivent être installés dans un réhausseur permettant d'utiliser la ceinture de sécurité du véhicule.

Il est interdit de transporter des enfants de moins de dix ans aux places avant de tous les véhicules [sauf pour les sièges « dos à la route » avec l'airbag passager désactivé ou s'il n'y a pas de place arrière disponible dans le véhicule].



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 0/0+

Les bébés, jusqu'à 10 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 » ou par les points d'ancrage Isofix 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 et fixé par des sangles aux points d'ancrage des ceintures de sécurité. **L'enfant est lui-même attaché dans le lit.**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

• Textes législatifs

www.legifrance.gouv.fr

- Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite
- Arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.
- Arrêté du 18 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005.
- Arrêté du 13 mars 2017 modifiant l'arrêté du 8 août 2008 pris pour l'application de l'article R. 5121-139 du code de la santé publique et relatif à l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments et produits.
- Arrêté du 16 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 modifié

• Dossiers spécialisés

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2686>

Dossier « Permis de conduire et contrôle médical pour raisons de santé », Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre).

http://www.securite-routiere.gouv.fr/content/download/37092/354293/version/1/file/BrochureSR_ConduiteEtSante2017_bd.pdf

Brochure « Pour une conduite adaptée à sa santé / Médecins : quel est votre rôle ? », Délégation à la Sécurité Routière (Ministère de l'Intérieur), Direction générale de la santé et Conseil National de l'Ordre des Médecins.

http://www.lebureaudecom.fr/securiteroutiere/cp_emailing21_mars2017.html

La Sécurité routière, la Direction générale de la Santé et l'Ordre national des pharmaciens lancent une campagne d'information sur les risques liés à la prise de médicaments sur la conduite de véhicules.

<http://www.securite-routiere.gouv.fr/permis-de-conduire/handicap-et-permis/les-handicaps-susceptibles-d-entrainer-une-inaptitude-a-la-conduite>

Dossier « Handicap et permis », Délégation à la Sécurité Routière (Ministère de l'Intérieur).

https://ec.europa.eu/transport/road_safety/users/eldery-drivers_fr

Dossier « Conducteurs âgés », Commission Européenne.

• Europe : Projets « Fitness to drive » financés par la commission européenne

https://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/projects/sorted-by-domains_en#0801262487ebf8fd

Royaume-Uni : Driver and Vehicle Licensing Agency

<https://www.gov.uk/government/publications/assessing-fitness-to-drive-a-guide-for-medical-professionals>

USA: National Highway Traffic Safety Administration

<https://one.nhtsa.gov/Driving-Safety>

Australie : Australasian road transport and traffic agencies

<http://www.austroads.com.au/drivers-vehicles/assessing-fitness-to-drive>

Nouvelle-Zélande : New Zealand Transport Agency

<https://www.nzta.govt.nz/resources/medical-aspects/>

• Autres références

medecins.inserr.fr/sante-conduite

Extranet Santé & Conduite de l'Institut national de sécurité routière et de recherche.

<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Actualisation-de-la-liste-des-medicaments-du-systeme-nerveux-central-pouvant-alterer-la-conduite-automobile-Point-d-information>

Point d'information de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte

Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, Haute Autorité de Santé.

<http://www.ifsttar.fr/ressources-en-ligne/lactualite-ifsttar/toute-lactualite/fil-info/article/reprise-de-la-conduite-automobile-apres-une-lesion-cerebrale-acquise-non-evolutive/>

Reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive. Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la HAS.

Cette brochure a été rédigée sous l'égide du Centre d'études et de recherches en médecine du trafic, avec l'aide de médecins de commissions médicales des permis de conduire, de spécialistes agréés auprès de ces commissions, et d'experts français et étrangers réputés pour leur compétence et leur expérience dans ce domaine.

La coordination a été assurée par Charles Mercier-Guyon et Christophe Ramond.

Membres du Conseil Médical de l'association Prévention Routière : Damien LEGER (Président), Jean-Pierre AQUINO, Jean-François CAILLARD, feu Maurice CARA, Jacques-Pierre CHEVALERAUD, Marcel GARNIER, Michel MALLARET Charles MERCIER-GUYON, Jean MURAT, Alain PATEL, Dominique PENNEAU-FONTBONNE, René-Claude TOUZARD.

ÉDITION AVRIL 2018

Conception et réalisation : avec des mots

