

B] PROBLEMES POSES PAR LES PATHOLOGIES INTERCURRENTES

(entre deux visites périodiques)

AVERTISSEMENT : Cette partie du rapport évoque un point fondamental, celui de la responsabilisation des conducteurs dans la gestion individuelle des conséquences de leurs incapacités médicales sur la conduite automobile.

Si le corps médical peut les aider, il ne peut se substituer aux conducteurs qui doivent, dûment éclairés par les médecins, assumer seuls la responsabilité de leurs actes au volant.

Il faudra, ultérieurement aux travaux de ce groupe, que soient apportées des réponses concrètes à ces questions, tant sur le plan de la responsabilité du médecin, que sur celle des usagers de la route.

Le présent rapport exclusivement médical et médico-administratif, où les juristes, les représentants des médecins... étaient absents, ne proposera qu'une esquisse de ses réflexions en la matière, ce qui implique que ce travail devra être ultérieurement complété.

I/ Responsabilisation des conducteurs suite à une affection médicale

1) Interruption de la conduite pour problème médical intercurrent

Tout conducteur présentant ou susceptible de présenter une affection médicale altérant sa capacité à la conduite, doit, sur les conseils et après avis formel du médecin traitant consulté (généraliste ou spécialiste), suspendre de son propre chef toute activité de ce type.

Cette obligation, opposable au patient, prend effet à l'initiative du dit médecin qui délivre un certificat médical en double exemplaire (modèle Cerfa, Tableau 8). Un exemplaire est remis au patient, un double gardé dans le dossier médical de ce dernier. Une tolérance de proximité pour un retour immédiat du malade à son domicile peut éventuellement être acceptée, si l'état médical du patient le permet.

La durée de cette suspension temporaire, déterminée en fonction de l'évolution clinique à partir de la liste des affections médicales, peut être prolongée par le même médecin traitant jusqu'à un maximum de 6 mois consécutifs ou cumulés sur une année, durée au-delà de laquelle l'avis d'un médecin agréé du niveau départemental est obligatoire pour que la situation administrative qui subordonne la reprise et la poursuite de la conduite puisse être régularisée.

En cas de contestation de l'avis du médecin traitant par le patient, l'autorité préfectorale peut être saisie par ce dernier. Cette saisine ne suspend pas l'avis médical. Une évaluation médicale est faite par le C.E.E.M.C.

2) Reprise de la conduite (groupes 1, léger et 2, lourd)

- **Pour les titulaires du permis du groupe léger :**

Dans la mesure où la suspension de la conduite définie au paragraphe précédent est d'une durée inférieure à 6 mois, la reprise de la conduite est autorisée sur simple avis du médecin traitant qui rédige un certificat médical. Un exemplaire est remis au patient, un double conservé au dossier médical.

Qu'il y ait ou non un arrêt médical de la conduite de moins de 6 mois, si le médecin traitant estime que l'état de santé de son patient justifie une modulation du permis ou un renforcement des visites médicales régulières de revalidation du permis, il note sur un certificat médical destiné au médecin généraliste agréé ses propositions. Elles sont indicatives. Un exemplaire

est remis au patient qui gère la suite de son dossier; un double est conservé dans le dossier du patient.

Au-delà de 6 mois de suspension ponctuelle de la conduite, la reprise de celle-ci est obligatoirement subordonnée à l'avis d'un médecin agréé formulée sur demande du patient. Le médecin statue sur la compatibilité des incapacités médicales avec la conduite, sur les éventuelles modulations du permis, ou sur la modulation de l'échéancier des visites médicales obligatoires, soit au niveau omnipraticien, soit au niveau départemental...

- **Pour les titulaires d'un permis du groupe lourd :**

- usage occasionnel ou artisan :

la reprise de la conduite, (quelle que soit la durée de la suspension déterminée par le médecin traitant en fonction de la liste des affections médicales), relève, sur saisine par le patient, de l'autorité préfectorale qui décide, au vu de l'avis d'un médecin du CEEMC, si une incapacité médicale grave le justifie, sinon d'un médecin généraliste agréé.

- pour les conducteurs salariés :

la reprise de la conduite, quelle que soit la durée de la suspension déterminée par le médecin traitant en fonction de la liste des affections médicales, relève, sur saisine par le patient, de l'autorité préfectorale qui diligente la procédure auprès d'un médecin du CEEMC, si une incapacité médicale grave le justifie. Le médecin du travail du conducteur professionnel est obligatoirement impliqué (visite préalable à la reprise effective du travail). De même, quand un cas est traité directement soit au niveau du centre régional, soit au niveau départemental, l'avis du médecin du travail est pris en compte. Ce dernier peut examiner le patient au cours d'une visite médicale de pré-reprise (Article R241-51 du Code du travail). La liaison entre les médecins agréés et le médecin du travail se fait par écrit et par l'intermédiaire du conducteur.

3) Modalités de responsabilisation des patients

- **En cas d'incapacité médicale intercurrente (entre deux visites médicales régulières) :**

Le texte réglementaire instaurant les modalités de mise en œuvre de la réforme (décret) devrait prévoir d'imposer au patient de s'abstenir de conduire jusqu'à nouvel ordre en cas d'incapacité médicale à la conduite, en raison du risque qu'il encourt et qu'il fait courir aux autres et ce, jusqu'à nouvel avis médical positif du médecin traitant ou d'un médecin agréé.

- **En cas d'incapacité médicale à la conduite :**

Le patient doit solliciter, dans les meilleurs délais, l'avis de son médecin traitant. Cet avis est formulé dans le cadre du colloque singulier et dans le respect du secret professionnel.

Celui-ci :

- le conseille sur la durée nécessaire de suspension de la conduite mais ne formule pas d'avis en dehors du colloque singulier, sauf anosognosie (cf.p.69).
- et, selon les cas, le renvoie soit vers un médecin agréé pour la détermination de la capacité médicale à la conduite (le patient reste maître du transfert de l'étude médicale de son cas, mais doit le faire) soit vers le médecin du travail pour les actifs, soit vers un centre départemental d'évaluation et d'expertise médicale, ceci en cas de suspicion de réserves à la conduite de véhicules ne relevant pas d'un médecin généraliste agréé. Quelle que soit l'option, un certificat médical est remis au patient par son médecin traitant, un double est gardé par le praticien pour archivage au dossier médical.

II/ Faut-il instaurer un système de déclaration obligatoire à l'autorité préfectorale ?

1) Secret professionnel du médecin (secret médical) et examen du conducteur par le médecin agréé

- **Dans le contexte d'un examen médical périodique :**

→ Communication entre praticiens (spécialistes et généralistes) traitants et agréés :
Elle doit se faire, comme aujourd'hui, uniquement par écrit et par l'intermédiaire du patient. Ce dernier, après avoir accepté le principe de la transmission de l'information à un médecin tiers, prend connaissance du contenu du courrier rédigé par le médecin consulté et y fait figurer son paraphe, attestant qu'il accepte, après en avoir pris connaissance et avoir eu toutes les explications et informations souhaitées, de transmettre personnellement ce courrier au médecin agréé. Il en est de même pour le médecin du travail.

→ Refus de coopération du conducteur examiné par le médecin agréé :
Lorsqu'au décours d'un examen médical, le médecin agréé constate une pathologie non connue du conducteur, ou non explicitement notée dans la déclaration médicale sur l'honneur et que ce dernier refuse de suivre les préconisations du médecin (examens complémentaires, demande d'avis des médecins du patient, demande d'avis spécialisés auprès d'un (ou de plusieurs) spécialiste(s) agréé(s) pour l'examen des conducteurs ou non...), le médecin agréé constate le refus du conducteur mais est dans l'incapacité de conclure. Il ne peut pas émettre d'avis médical. Il en informe l'administration préfectorale conformément à ce que prévoit la réforme de juin 2001.

→ Refus de coopération du professionnel de la route examiné par le médecin du travail :
Le médecin du travail émet alors un avis d'inaptitude au travail dans le contexte déterminé par le Code du travail.

- **En cas d'anosognosie ou de refus d'accepter une incapacité transitoire à la conduite :**
En cas d'incapacité constatée dans un contexte d'anosognosie, le médecin traitant, s'il l'estime opportun, cherche une solution avec la famille qui prend en charge la saisine de l'autorité préfectorale (courrier d'un membre de la famille au préfet). En cas d'impossibilité d'implication familiale, le médecin traitant, dans le contexte actuel de la législation, ne peut, ni ne doit rien faire, en raison du « caractère absolu » du secret médical.

2) Proposition de dérogation partielle au secret professionnel du médecin

Une levée partielle du secret médical (sous forme de déclaration obligatoire du médecin à l'autorité préfectorale) devrait être mise à l'étude sur un plan juridique, social et réglementaire pour traiter des cas de refus de traitement ou des pathologies susceptibles de provoquer par exemple des pertes brutales de connaissance, en cas de pathologie visuelle gravissime (taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % selon le barème COTOREP- Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel), ainsi qu'en cas d'anosognosie ou de refus du patient d'accepter de suspendre une activité de conduite qui serait dangereuse pour lui ou la collectivité. Elle impliquerait d'étendre, sous conditions, ce qui existe actuellement pour les

malades psychiatriques qui sont hospitalisés d'office (loi du 27 juin 1990 citée dans l'arrêté du 8 février 1999).

Cette dérogation pourrait être fondée sur les 4 motifs suivants qui devraient être conjointement présents :

- chaque fois qu'il existe un danger réel et immédiat pour autrui,
- si le danger peut être diminué par la saisine officielle de l'autorité administrative compétente,
- si les informations dévoilées restent limitées au strict nécessaire,
- et si la rupture du secret médical laisse espérer une réelle atténuation du risque.

Cette dernière suggestion s'inspire de ce qui a été mis en place en Australie. Ce problème a également été solutionné de façon comparable dans d'autres pays : Canada, Angleterre, Belgique,... Même si elle semble éloignée de nos modes de pensées pour être facilement acceptable par le corps médical et la Société Française dans son ensemble, cette levée partielle du secret professionnel du médecin a été évoquée lors des travaux du groupe. Il propose qu'une réflexion élargie, non plus seulement médicale, mais aussi juridique, sociale,... soit poursuivie (colloques débats,...) de manière à ce que l'on puisse ouvertement réfléchir sur ce sujet avec l'ensemble des professionnels et des acteurs concernés : associations de patients et de victimes de la route.

Ce point apparaît très important, tant pour les professionnels de la santé que pour la collectivité nationale. Les situations cliniques, où des problèmes d'incapacité transitoire à la conduite du fait d'intercurrences médicales sont rencontrés, ne sont en effet pas exceptionnelles. Le médecin, confronté à la difficile convergence du respect intangible du secret médical et des objectifs de santé publique, se trouve ici devant un conflit d'intérêts non encore solutionné à ce jour. Ce type de situations, où le patient reste réfractaire à la détermination médicale de son propre intérêt, comme de celui des autres, impose que des solutions législatives et réglementaires soient trouvées dans le contexte de la généralisation des examens médicaux réguliers à tous les conducteurs.