

ANNEXE

ANNEXE

Introduite par l'arrêté du 7 mai 1997 fixant la liste des incapacités physiques incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ainsi que des affections susceptibles de donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée

Principe :

En règle générale, tant pour le groupe 1 que pour le groupe 2, le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tous les candidats ou conducteurs atteints d'une affection non mentionnée dans la présente liste, susceptible de constituer ou d'entraîner une incapacité fonctionnelle de nature à compromettre la sécurité routière lors de la conduite d'un véhicule à moteur. La décision est laissée à l'appréciation de la commission médicale après avis d'un spécialiste si nécessaire.

CLASSE I

CARDIOLOGIE

Les affections pouvant exposer tout candidat ou conducteur, à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire, à une défaillance de son système cardio-vasculaire, de nature à provoquer une altération subite des fonctions cérébrales, constituent un danger pour la sécurité routière.

NUMERO	AFFECTIONS	GROUPE 1 : LEGER (catégories A, B et E [B])	GROUPE 2 : LOURD (catégories C, D, E [C] et E [D])	OBSERVATIONS
1.1	Maladies coronaires :			
	*1.1.1 Angor	Incompatibilité en cas d'augmentation de la fréquence des crises	Incompatibilité même si les crises ont disparu au moment de l'examen (voir colonne observations).	
	1.1.2 Infarctus du myocarde		Incompatibilité (voir colonne observations).	
	1.1.3 Pontage coronaire	Compatibilité temporaire	Incompatibilité (voir colonne observations).	ECG et avis de spécialiste nécessaires. (*) Dans certains cas exceptionnels où une réadaptation suffisant à l'effort a été contrôlée par exploration fonctionnelle coronarienne, une compatibilité temporaire peut être envisagée. Les risques additionnels liés à la conduite de ce type de véhicules, en particulier par des professionnels, seront envisagés soigneusement.
1.2	Artériosclérose		Incompatibilité des localisations symptomatiques des artères carotides, vertébrales et de leurs branches	
1.3	Insuffisance cardiaque	Incompatibilité en cas de troubles fonctionnels graves		Avis du spécialiste et exploration fonctionnelle si nécessaire.

1.4	Hypertension artérielle	L'hypertension artérielle entraîne une restriction de la durée de validité du permis de conduire, voire une incompatibilité temporaire lorsque la tension est supérieure à 120 mm Hg pour la minima ou lorsqu'elle a donné lieu à des complications oculaires, vestibulaires, cardio-vasculaires. Des examens complémentaires sont indispensables et l'avis du spécialiste sera demandé suivant les résultats. Les médecins concluront à une incompatibilité si les signes cliniques et le bilan tensionnel ne sont pas améliorés par le traitement.		Avis du spécialiste si nécessaire.
1.5	Malformations cardio-vasculaires congénitales	Incompatibilité en cas de troubles fonctionnels graves		Avis du spécialiste nécessaire
1.6	Troubles du rythme	Avis du spécialiste selon les cas	En principe, incompatibilité de tous les troubles du rythme permanents ou paroxystiques, à l'exception des tachycardies sinusales, bradycardies sinusales, extrasystoles rares et isolées, blocs auriculo-ventriculaires du premier degré avec intervalle < 0.24 secondes ou, si avis favorable du spécialiste.	
1.7	Stimulateurs cardiaques	Le médecin devra tenir compte non seulement de l'état cardiaque et de la surveillance de la pile, mais aussi des autres atteintes vasculaires (pour le groupe lourd, voir colonne observations).		Avis du spécialiste si nécessaire pour les deux groupes. Pour le groupe lourd, les risques additionnels liés à la conduite de ce type de véhicules, en particulier par des professionnels, seront envisagés soigneusement.
1.8	Valvulopathies	Incompatibilité des cardiopathies valvulaires en cas de troubles fonctionnels graves.		Avis du spécialiste nécessaire.
1.9	Prothèses valvulaires			Avis du spécialiste nécessaire.
1.10	Anévrismes (aortiques et périphériques)		Incompatibilité	Avis du spécialiste nécessaire.
1.11	Défibrillateurs implantés	Le médecin devra tenir compte de l'état cardiaque, de la surveillance et du délai d'implantation de l'appareil, mais aussi des autres atteintes vasculaires (voir préambule et paragraphes ci-dessus).		Avis du spécialiste nécessaire.
		Compatibilité temporaire éventuelle en fonction des données ci-dessus.	Incompatibilité, sauf cas particuliers.	

CLASSE II**ŒIL ET VISION**

NUMERO	AFFECTIIONS	GROUPE 1 : LEGER (catégories A, B et E [B])	GROUPE 2 : LOURD (catégories C, D, E [C] et E [D])	OBSERVATIONS
2.1	Fonctions visuelles (testées s'il y a lieu avec correction optique)			
	2.1.1 Acuité visuelle en vision de loin	Incompatibilité si l'acuité est inférieure à 5/10 à l'épreuve d'acuité binoculaire en utilisant les deux yeux ensemble. Si un des deux yeux a une acuité visuelle nulle ou inférieure à 1/10, il y a incompatibilité si l'autre œil a une acuité visuelle inférieure à 6/10. Compatibilité temporaire dont la durée sera appréciée au cas par cas si l'acuité visuelle est limitée par rapport aux normes ci-dessus	Incompatibilité si l'acuité visuelle est inférieure à 8/10 pour l'œil le meilleur et 5/10 pour l'œil le moins bon. Si les valeurs de 8/10 et 5/10 sont atteintes par correction optique, il faut que l'acuité non corrigée de chaque œil atteigne 1/10, ou que la correction optique soit obtenue à l'aide de verres correcteurs d'une puissance ne dépassant pas + ou - 8 dioptries, ou à l'aide de lentilles cornéennes (vision non corrigée égale à 1/20). La correction doit être bien tolérée.	Pour les deux groupes, les acuités visuelles sont mesurées avec correction optique si elle existe déjà. Le certificat du médecin devra préciser l'obligation de correction optique. En cas de perte de vision d'un œil (- de 1/10), délai d'au moins 6 mois avant de délivrer ou renouveler le permis et obligation de rétroviseurs bilatéraux. Avis du spécialiste si nécessaire. Pour les deux groupes, avis spécialisé après toute intervention chirurgicale modifiant la réfraction oculaire.
	2.1.2 Champ visuel	Incompatibilité si le champ visuel binoculaire horizontal est inférieur à 120°. Incompatibilité de toute atteinte du champ visuel du bon œil si l'acuité d'un des deux yeux est nulle ou inférieure à 1/10.	Incompatibilité de toute altération pathologique du champ visuel binoculaire.	Avis du spécialiste en cas d'altération du champ visuel.
	2.1.3 Dyschromatopsie (vision des couleurs)	Les troubles de la vision des couleurs sont compatibles. Le candidat en sera averti, en particulier dans le groupe lourd, du fait des risques additionnels liés à la conduite de ce type de véhicules.		

2.2	Pathologie oculaire :			
	2.2.1 Aphalie bilatérale	Se reporter aux paragraphes 2.1.1 et 2.1.2.		Avis du spécialiste.
	2.2.2 Héméralopies	Incompatibilité des troubles de la vision nocturne.		Avis du spécialiste.
	2.2.3 Monophtalmies	Voir paragraphes 2.1.1 et 2.1.2.	Incompatibilité.	Avis du spécialiste.
	2.2.4 Nystagmus	Aptitude à apprécier en fonction de la sévérité du nystagmus. Voir paragraphes 2.1.1 et 2.1.2.	Incompatibilité.	Avis du spécialiste.
	2.2.5 Troubles de la mobilité : Blépharospasme incoercible Mobilité du globe oculaire	Incompatibilité. Incompatibilité des diplopies permanentes.		Avis du spécialiste. Avis du spécialiste. Les strabismes ou hétérophories non décompensées sont compatibles si l'acuité visuelle est suffisante.
	2.2.6 Hémianopsies	Incompatibilité des hémianopsies permanentes.		Avis du spécialiste (voir paragraphe 2.1.2).

CLASSE III**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE – PNEUMOLOGIE**

NUMERO	AFFECTIONS	GRUPE 1 : LEGER (catégories A, B et E [B])	GRUPE 2 : LOURD (catégories C, D, E [C] et E [D])	OBSERVATIONS
3.1	Bourdonnements	Voir chapitre 3.3.		
3.2	Otites	Voir chapitres 3.3 et 3.5.		
3.3	Déficiences auditives		La limite de référence est de 35 décibels jusqu'à 2 000 hertz (voix chuchotée au-delà de 1 mètre, voix haute à 5 mètres). Compatibilité temporaire à condition que le sujet soit ramené par prothèse ou intervention chirurgicale aux conditions normales de perception de la voix chuchotée à 1 mètre, voix haute à 5 mètres.	Avis du spécialiste. Pour les deux groupes, véhicule avec rétroviseurs bilatéraux (mention restrictive sur le permis).
3.4	Sourd profond	Voir colonne observations.	Incompatibilité.	Avis du spécialiste et examen psychiatrique si nécessaire pour dépister une éventuelle arriération mentale.
3.5	Vertiges	Incompatibilité de tous vertiges permanents ou paroxystiques.		Examens vestibulaire et neurologique et avis du spécialiste nécessaires.
3.6	Affections dyspnéiques	Incompatibilité des dyspnées laryngées chroniques s'accompagnant de tirage et de cornage. Compatibilité temporaire en l'absence de cyanose.	Incompatibilité.	Avis du spécialiste.
3.7	Asthme, emphysème, bronchite chronique			L'évolution et la gêne entraînées par ces affections dicteront la décision des médecins.

3.8	Paralysie des deux cordes vocales ou sténose laryngotrachéale	Se reporter au paragraphe 3.9.	
3.9	Port d'une canule trachéale ou d'une prothèse laryngée	Voir colonne observations.	Avis du spécialiste nécessaire. Pour le groupe lourd, les risques additionnels liés à la conduite de ce type de véhicule, en particulier par des professionnels, et la nécessité d'une voix intelligible par rééducation ou prothèse seront envisagées soigneusement.

CLASSE IV**NEUROLOGIE – PSYCHIATRIE**

NUMERO	AFFECTIONS	GRUPE 1 : LEGER (catégories A, B et E [B])	GRUPE 2 : LOURD (catégories C, D, E [C] et E [D])	OBSERVATIONS
4.1	Alcoolisme	La plus grande vigilance est recommandée, étant donné l'importance et la gravité du problème en matière de sécurité routière.		
	4.1.1 Alcoolisme occasionnel	Compatibilité temporaire pendant une période probatoire de 1 an.		Examen clinique et vérifications biologiques.
	4.1.2 Dépendance alcoolique	Incompatibilité jusqu'à normalisation des signes cliniques et biologiques. Compatibilité temporaire après désintoxication.		
4.2	Analphabétisme	Se reporter au paragraphe 4.3		Incapacité d'apprendre à lire par insuffisance psychique.
4.3	Arriération mentale			Avis du spécialiste qui jugera selon les cas.
4.4	Les épilepsies (et autres perturbations brutales de l'état de conscience)	Elles sont en principe une contre-indication à la conduite de tout véhicule. Cependant, compatibilité temporaire éventuelle en fonction des données ci-contre (voir colonne observations).	Incompatibilité.	Avis du spécialiste qui jugera de la réalité de l'affection, de sa forme clinique, du traitement suivi et des résultats thérapeutiques.
4.5	Drogues et médicaments	Les troubles du comportement seront appréciés par les médecins de la commission médicale.		En cas de doute, avis du spécialiste, après prise en charge et soins en milieu spécialisé. Recours possible à des examens biologiques ou des dosages de produits.
	4.5.1 Abus et pharmacodépendance	Incompatibilité en cas d'état de dépendance vis-à-vis des substances à action psychotrope ou en cas d'abus de telles substances.		

	4.5.2 Consommation régulière	Incompatibilité en cas de consommation régulière de substances psychotropes, quelle qu'en soit la forme, susceptibles de compromettre l'aptitude à conduire sans danger, si la quantité absorbée est telle qu'elle exerce une influence néfaste sur la conduite. Il en est de même pour tout autre médicament ou association de médicaments qui exerce une influence sur l'aptitude à la conduite. Pour le groupe lourd, les risques additionnels liés à la conduite de ce type de véhicule, en particulier par des professionnels, seront envisagés soigneusement.		
4.6	Psychose aiguë et chronique	Incompatibilité en cas de manifestations cliniques. Compatibilité temporaire éventuelle en cas de rémission confirmée par des examens régulièrement renouvelés.		Avis du spécialiste nécessaire qui s'appuiera sur les indications du médecin traitant. Tout trouble mental ayant entraîné une hospitalisation d'office nécessite l'avis d'un psychiatre agréé, autre que celui qui a soigné le sujet, préalablement à la comparution de l'intéressé devant la commission primaire départementale.
4.7	Traumatisme crânien	Dans tous les cas, le problème posé est celui des séquelles neuro-psychiques.		Avis du spécialiste qui tiendra compte de l'importance des lésions, des signes cliniques, des différents examens paracliniques et du traitement envisagé.
4.8	Troubles psychologiques, troubles comportementaux, troubles de la sénescence	Les troubles neurologiques, comportementaux ou les troubles de la sénescence, dus à des affections, des opérations du système nerveux central ou périphérique, extériorisés par des signes moteurs sensitifs, sensoriels, trophiques, perturbant l'équilibre et la coordination, seront envisagés en fonction des possibilités fonctionnelles.		Avis du spécialiste si nécessaire.
4.9	Pathologie du sommeil et troubles de la vigilance (apnée du sommeil, narcolepsie, hypersomnie idiopathique, etc...)	Elles sont en principe une contre-indication à la conduite de tout véhicule.		Avis du spécialiste nécessaire.
		Compatibilité temporaire éventuelle : l'état de vigilance, le suivi médical et les résultats thérapeutiques seront appréciés par la commission médicale.	Incompatibilité, sauf cas très particulier, où le suivi et le bilan médical de contrôle confirment une amélioration certaine : compatibilité temporaire. Voir colonne observations (*)	(*) Dans un tel cas, les risques additionnels liés à la conduite de véhicules du groupe lourd, en particulier par des professionnels, seraient envisagés avec la plus extrême précaution.

APPAREIL LOCOMOTEUR

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

Pour le permis A, dans les cas exceptionnels où l'aptitude médicale peut être envisagée, l'avis de l'inspecteur du permis de conduire et de la sécurité routière sera recueilli lors d'un test pratique préalable à l'examen ou à la régularisation du permis de conduire (il sera contacté avant toute décision d'aménagement) : l'efficacité des appareils de prothèse et l'aménagement du véhicule conseillés par les médecins sont appréciés et vérifiés par l'expert technique. Il s'assurera qu'avec ces dispositifs l'épreuve de contrôle des aptitudes et des comportements confirme que la conduite n'est pas dangereuse. Une concertation entre les médecins et celui-ci, préalable à toutes les décisions d'aménagement dans les cas difficiles (voire en cas d'avis divergents), sera envisagée si nécessaire conformément à la réglementation en vigueur.

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

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

NUMERO	AFFECTIONS	GROUPE 1 : LEGER (catégorie A)	GROUPE 1 : LEGER (catégories B et E [B])	GROUPE 2 : LOURD (catégories C, D, E [C] et E [D])
5.1	Membres supérieurs :	La commission tiendra compte de la valeur fonctionnelle du membre supérieur dans son ensemble. 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.		
	5.1.1 Doigts, mains	Incompatibilité de 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.	Compatibilité si la pince est fonctionnelle, avec opposition efficace.	Compatibilité si la pince est fonctionnelle, bilatérale avec opposition efficace. La force musculaire de préhension doit être sensiblement équivalente à celle d'une main normale.
		Dans certains cas de réadaptation exceptionnelle, l'aptitude à la conduite est laissée à l'appréciation de la commission médicale. La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap, de l'appareillage et de l'adaptation fonctionnelle. <i>Avis du spécialiste et voir préambule.</i>		
	5.1.2 Pronosupination	L'absence ou la diminution notable de la fonction de pronosupination nécessitent, si nécessaire, l'avis du spécialiste.		
	5.1.3 Amputation main, avant-bras, bras	Incompatibilité (voir paragraphe 5.1.1).	Compatibilité sous réserve d'aménagement du véhicule.	Incompatibilité.

	5.1.4 Raideurs des membres supérieurs	Avis du spécialiste si nécessaire, en cas de lésions fixées des nerfs, des os, des articulations, des tendons ou des muscles entraînant une diminution importante de la fonction.	Avis du spécialiste si nécessaire, en cas de lésions fixées des nerfs, des os, des articulations, des tendons ou des muscles entraînant une diminution de la fonction.	Incompatibilité des lésions fixées des nerfs, des os, des articulations, des tendons ou des muscles entraînant une diminution importante de la fonction.
		Les ankyloses, les arthrodèses du coude et de l'épaule non douloureuses en position de fonction pour la conduite automobile sont compatibles.		
5.2	Membres inférieurs :			
	5.2.1 Amputation jambe	L'aptitude à la conduite est laissée à l'appréciation de la commission médicale (voir « préambule »). La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage. Avis du spécialiste et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.	La nécessité d'un aménagement sera envisagée en fonction du handicap, de son évolutivité, de la qualité du moignon et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage. L'embrayage automatique, lorsqu'il constitue la seule adaptation nécessaire, n'est pas un aménagement et autorise l'attribution d'un permis B, mention restrictive « embrayage automatique ».	<u>A gauche</u> : compatibilité : « embrayage automatique ». <u>A droite</u> : compatibilité avec aménagements.
	5.2.2 Amputation cuisse	L'aptitude à la conduite est laissée à l'appréciation de la commission médicale (voir « préambule »). La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage. Avis du spécialiste et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.	<u>A gauche</u> : compatibilité permis B, mention restrictive « embrayage automatique ». <u>A droite</u> : compatibilité permis avec aménagement.	<u>A gauche</u> : compatibilité : « embrayage automatique ». <u>A droite</u> : incompatibilité.

	5.2.3 Ankylose, raideur du genou	L'aptitude à la conduite est laissée à l'appréciation de la commission médicale (voir « préambule »). La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage. Avis du spécialiste et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.	Si l'attitude vicieuse est importante : <u>A gauche</u> : compatibilité permis B avec embrayage automatique. <u>A droite</u> : compatibilité avec aménagement.	<u>A gauche</u> : compatibilité « embrayage automatique » si la flexion du genou est inférieure à 70° ou si le genou est instable. <u>A droite</u> : compatibilité avec aménagements si la flexion du genou est inférieure à 70° ou si le genou est instable.
	5.2.4 Ankylose, raideur de la hanche	L'aptitude à la conduite est laissée à l'appréciation de la commission médicale (voir « préambule »). La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage. Avis du spécialiste et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.	Si l'attitude vicieuse est importante : <u>A gauche</u> : compatibilité permis B avec embrayage automatique. <u>A droite</u> : compatibilité avec aménagement.	Incompatibilité en cas de douleurs ou d'attitude vicieuse importante.
	5.2.5 Lésions multiples des membres	L'aptitude à la conduite est laissée à l'appréciation de la commission médicale (voir « préambule »). La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage. Avis du spécialiste et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.	L'association de diverses lésion uni ou bilatérales sera laissée à l'appréciation des commissions médicales. Avis du spécialiste et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.	
5.3	Rachis	Les mouvements de rotation doivent être conservés de manière satisfaisante (pour le groupe léger : obligation de rétroviseurs bilatéraux si nécessaire). En cas de lésion neurologique associée, outre l'atteinte motrice des membres, la stabilité du tronc et l'équilibre du bassin seront soigneusement évalués (compatibilité avec aménagements).		

CLASSE VI**DIVERS**

NUMERO	AFFECTIONS	GRUPE 1 : LEGER (catégories A, B et E [B])	GRUPE 2 : LOURD (catégories C, D, E [C] et E [D])	OBSERVATIONS
6.1	Insuffisance rénale		Incompatibilité si les constantes biologiques sont modifiées de façon permanente avec complication. Compatibilité temporaire si les constantes biologiques sont modérément perturbées sans complication.	Avis du spécialiste.
6.2	Epuration rénale	Compatibilité temporaire.		Avis du spécialiste. Pour le groupe lourd, les risques additionnels liés à la conduite de ce type de véhicules, en particulier par des professionnels, seront envisagées soigneusement.
6.3	Diabète :			
	6.3.1 Non insulino-dépendant	Cf. paragraphes 1.4 et 2.1		
	6.3.2 Insulino-dépendant	Compatibilité temporaire.		Avis du spécialiste selon les cas.
6.4	Transplantation d'organe, implants artificiels	Le permis de conduire 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 l'aptitude à la conduite). Cette décision est laissée à l'appréciation de la commission médicale.	Incompatibilité. Toutefois, dans certains cas particuliers, une compatibilité temporaire pourra être envisagée après avis du spécialiste.	

BIBLIOGRAPHIE

1.	Symposium Conduite et âge Maison de Jean Monet Mars 2003 P. LUTZLER, C. CORBE, B. ARNOULD, C. GABAUDE, R. GENICOT, R. MOULIAS, D. VASCHALDE.
2.	Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs between 900 injured drivers and 900 control subjects : results of a French collaborative study. Mura P., Kintz P., Ludes B., Gaulier J.M., Marquet P., Martin-Dupont S., Vincent F., Kaddour A., Gouille J.P., Nouveau J., Moulsmas M., Tilhet-Coartet S., Pourrat O.. Forensic Sci Int. 2003 Apr 23 ; 133 (1-2):79-85.
3.	Antidepressants and driver impairment : empirical evidence from a standard on-the-road test. Ramaekers J.G. J Clin Psychiatry. 2003 ; 64(1)20-29. Review.
4.	Consommation et insécurité routière in Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance Expertise collective INSERM. pp. 129-170. 1 vol. Edition INSERM. Paris 2003.
5.	For medical practitioner At a glance guide to the current medical standard of fitness to drive Driver medical group DVLA Swansea 01-2003
6.	Interview sur les dispositifs prises par le CISR de décembre 2002 B. CHATIN Bulletin de l'Ordre des Médecins N° 2 février 2003
7.	Epilepsies, aspects juridiques, médico-sociaux, santé publique. Hors série n° 1 juillet 2002 - Revue de la Ligue Française contre l'Epilepsie. H. VESPIGNANI, J. BEAUSSARD, C.SALLOU, B. GUEGUEN, J. ROGER, L. LEVRAT, X. DUCROCQ.
8.	L'utilisation de l'âge comme critère d'évaluation de l'aptitude à conduire des personnes âgées. M. TUOKKO, F.HUNTER Canada 2002
9.	Influence de l'âge sur le fonctionnement cognitif en relation avec la conduite automobile au départ d'une évaluation neuropsychologique R. DE RAEDT, I PONJAERT, KRISTOFFERSEN, CARA-Belgique
10.	Assessing fitness to drive Cars-motorcycles – light trucks Australia 2ème Edition 2001
11.	Ageing and transport Mobility needs and safety issues O.E.C.D Highlights -2001
12.	Les seniors au volant La Prévention Routière et GCU ABEILLE 2001
13.	The role of cocaine in fatal crashes : first results of the Quebec drug study. Dussault C., Brault M., Lemire A.M., Bouchard J. Annu Proc Assoc Adv Automot Med. 2001; 45 : 125-137.
14.	Consommation de cannabis et circulation routière in Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? Expertise collective INSERM. pp 201-214. 1 vol. INSERM Ed. Paris 2001.
15.	Effets de l'alcool sur le système nerveux Expertise collective INSERM. pp. 101-118. 1 vol. INSERM Ed. Paris 2001
16.	Permis de conduire - Etat des lieux 8 ^{ème} congrès Francophone de l'Association Francophone des Droits de l'Homme Agé R.GONTHIER ROUEN-JUIN 2001
17.	Le scandale de l'insécurité routière. A qui profite le crime ? J. COLLARD, J.F. LACAN Albin Michel 2001
18.	Conduite automobile et handicap Ed by ENJALBERT, FATTAL, THEVENON Masson, Paris, Collection Rencontres en rééducation, 2000, n° 15, 206 pp.

19.	Détermination de l'aptitude médicale à conduire Guide du Médecin 6ème- Edition Association Médicale Canadienne - 2000
20.	L'âge n'est pas une contre indication à la conduite. L.H UGONOT-DIENER Quotidien Med.2000 n° 6783
21.	Conduite automobile et vieillissement Rôle du médecin généraliste M.C. BERTHELOT, A. BRINKANE, P.MARZE, A. ANDRIAN Le Concours médical 22/04/2000
22.	Sécurité routière un enjeu de santé publique Bulletin de l'Ordre des Médecins N° 6 juin 2000
23.	Progressive hypoglycemia's impact on driving simulation performance (Occurrence, awareness, and correction). Cox DJ, Gonder-Frederick LA, Kovatchev BP, Julian DM, Clarke WL. Diabetes Care 2000 ; 23 :163-170.
24.	Démence et conduite automobile Bulletin du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Ville de Paris n° 76 Septembre 2000
25.	Le rôle du médecin dans la prévention des accidents de la route L. ARBUS Le Concours Médical 28.10.2000
26.	Safe mobility for older people note book US Department of Transportation – April 1999
27.	Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile sous la direction de P. Mura. 1 vol. Elsevier Ed. Paris 1999
28.	Annulation du permis de conduire Les Documents de Travail du Sénat -législation comparés n° LC54 mai 1999.
29.	Trois cas d'accidents graves de la circulation provoqués par des patients déments J.L. DEVOIZE, J.C PIN, J.L. MARCOMBES , C. PRAT Revue de neurologie : 1999-155 : 5, 393-394
30.	Hypoglycemia in adults . M. Virally, P.J. Guillausseau. Diabet. Metab. 1999 ; 25 : 477-490.
31.	La prévention des accidents de la route est-elle affaire de culture, de formation ou de dissuasion ? Colloque du 50 ^{ème} anniversaire La Prévention Routière 1999.
32.	Prevalence of drugs of abuse in urine of drivers involved in road accidents in France : a collaborative study. Marquet P., Delpla P.A., Kerguelen S., Bremond J., Facy F., Garnier M., Guery B., Lhermitte M., Mathe D., Pelissier A.L., Renaudeau C., Vest P., Seguela J.P. J. Forensic Sci. 1998 ; 43(4) : 806-811.
33.	Alcohol is the main factor in excess traffic accident fatalities in France Reynaud M., Lebreton P., Gilot B., Vervialle F., Falissard B.. Alcohol Clin Exp Res. 2002;26(12): 1833-1839.
34.	Conduite automobile, vigilance et médicaments. Lagier. G. 1 vol. Ed. SR. Saulx les chartreux. 1998.
35.	Conduite et alcool Dally S.. 1 vol. Ed SR Saulx les chartreux. 1998
36.	Vision et Trafic Colloque co-organisé par l'Association pour l'Aide aux Recherches Intéressant la Santé au Travail et l'Association Nationale de l'Amélioration de la Vue 1998 G. BOURDEAU , P. CATILINA, C. CORBE , A DOMONT, S. BOUBEE , J. LECHVITON Actes publiés Collection Santé-Travail-Environnement - IMST Paris 6
37.	Responsabilité , secret médical et problèmes éthiques du médecin face à la conduite automobile des personnes âgées, prévention des accidents M.A. FOURY - Mémoire du Dommage Corporel – LYON 1998

38.	Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. Barbone F., McMahon A.D., Davey P.G., Morris A.D., Reid I.C., McDevitt D.G., MacDonald T.M. <i>Lancet</i> . 1998;352:1331-1336.
39.	Capacités visuo-attentionnelles des conducteurs âgés C. GABAUDE <i>Ann. Med. Trafic</i> 1998
40.	Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. <i>Lancet</i> 1998 ; 352 : 837-53.
41.	30 % des décès par accident de la route du sujet âgé seraient liés à la maladie d'Alzheimer Analyse d'un article publié dans the Lancet 1997 - J.F. CHERMAN <i>Revue du Praticien –médecine générale</i> -1998
42.	Etude Epidémiologique des causes d'inaptitude à la conduite des chauffeurs professionnels IPRIAC 1997
43.	The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Hypoglycemia in the Diabetes and Control Trial <i>Diabetes</i> 1997 ; 46 : 271-86.
44.	Problématique proposée aux médecins des commissions médicales primaires dans le cadre de leur formation. R.GONTHIER, J.B. BOUZIGUES, J.C. BERTRAND. <i>La Revue de Gériatrie</i> , 1997 ; 22 : 353-58
45.	Conduite automobile et vieillissement C. PENIN <i>Le Concours Médical</i> 22-11-1997
46.	Le contrôle de l'aptitude à la conduite pour les plus de 70 ans est-il justifié ? V.LEMAIRE, C. GOT <i>Le Concours Médical</i> 23/031996
47.	Sécurité routière, drogues licites et illicites et médicaments <i>Livre blanc. Rapport officiel</i> . 1 vol. Doc Française.1996
48.	Personnes âgées et conduite automobile <i>Le Revue du Praticien – Médecine générale</i> Tome 9- N° 312 9 octobre 1995
49.	Presbytie, capacité visuelle et conduite automobile A DOMONT , Y MESLIER, P CATILINA <i>Le Concours Médical</i> 29.10.1994
50.	Le vieil homme et l'auto JP. MARTIN , A. LOUIS-GUSTAVE <i>5^{ème} Symposium International de la Presbytie</i> 1995
51.	Conduite professionnelle : rôle du médecin du travail et du médecin traitant A DOMONT , H. BOUCHET <i>La Gazette Médicale</i> 1993
52.	Le conducteur âgé V. LEMAIRE et C.GOT <i>Concours Médical</i> - 1992
53.	Facteurs des risques cardiovasculaires chez les conducteurs de poids lourds et de transports en commun A.DOMONT , J. PROTEAU <i>Archives des Maladies Professionnelles</i> 1991, Ed MASSON
54.	The effect of epilepsy or diabetes mellitus on the risk of automobile accidents P. HANSOTIA , SK. BROSTE <i>New Engl J Med</i> 1991
55.	Etude de la charge de travail des chauffeurs livreurs A. DOMONT, J. PROTEAU <i>Archives des Maladies Professionnelles</i> 1990. Ed MASSON

56.	Aptitude à la conduite automobile professionnelle A.DOMONT, J. PROTEAU Journées Franco-Britanniques de Médecine du Travail <i>Archives des Maladies Professionnelles</i> 1986. Ed MASSON
57.	Etude du profil cardiaque en situation d'apprentissage de la conduite A.DOMONT, J. PROTEAU <i>Archives des Maladies Professionnelles</i> 1983. Ed MASSON
58.	Affection cérébro -vasculaires des conducteurs vieillissants en liaison avec la Sécurité Routière Z . CANIC <i>Ann.Med Accidents Trafic</i> 1980
59.	Mini Mental State : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGH PR.. <i>J Psychiatr Res</i> 1975 ; 12 : 189 - 98.
60.	Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer THOMAS-ANTERION C, LAURENT B. <i>Rev Prat</i> 1998 ; 48 : 1884 - 89.
61.	Le dépistage des déficits cognitifs débutants : la difficulté ne provient pas du manque d'outils. CLEMENT JP. <i>Psycho Neuro Psychiatrie Vieillesse</i> 2003 ; 1 : 57 - 62.
62.	Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. LAWTON MP, BRODY EM. <i>Gerontologist</i> 1969 ; 9 : 179 - 86.
63.	Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly BARBERGER-GATEAU P, COMMENGER D, GAGNON M ET AL. community dwellers. <i>J Am Geriatr Soc</i> 1992 ; 40 : 1129 - 34.
64.	Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ANAES. <i>Presse Med</i> 2001 ; 30 : 537 - 39.
65.	Four instrumental activities of daily living score as a predictor of one-year incident dementia BARBERGER-GATEAU P, DARTIGUES JF, LETENNEUR L. <i>Age - Ageing</i> 1993 ; 22 : 457 - 63.
66.	Le Mini Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. DEROUESNE C, POITRENEAU O, HUGONOT L, KALAFAT M ET AL <i>Presse Med</i> 1999 ; 28 : 1141 - 48.
67.	One-leg balance in an important predictor of injurious falls in older persons. VELLAS B, WAYNE SJ, ROMERO L. <i>J Am Geriatr Soc</i> 1997 ; 45 : 735 - 38.
68.	Balance in elderly patients : the get up and go test MATHIAS S, NAYAK US, ISAACS B. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> 1986 ; 67 : 387 - 89.
69.	Posture et vieillissement. Données fondamentales actuelles et principes de prise en charge MOUREY F, CAMUS A, PFITZENMEYER P. <i>Presse Med</i> 2000 ; 29 : 340 - 44
70.	The timed "Up and Go", a test of basic functional mobility for frail elderly persons PODSIADO D, RICHARDSON S. <i>J Am Geriatr Soc</i> 1991 ; 39 : 142 - 48.
71.	Preventing falls in elderly persons. TINETTI MF. - <i>N Engl J Med</i> 2003 ; 348 : 42 - 49
72.	Evaluation des chutes chez les personnes âgées en médecine ambulatoire DESCAMPS C, BOSSON JL, COUTURIER P, CASSET JC <i>Revue Gériatrie</i> 1995 ; 20 : 302 - 7.

SOURCES D'INFORMATIONS DE L'ANAES

Bases de données bibliographiques:

- Medline (National Library of Medicine, USA)
- Mots-clés utilisés pour la recherche (1993-2003) : *Automobile driver examination* ou (*Physical fitness and Automobile driving*)
- BDSP (Banque de Données en Santé publique, Rennes)
- Mots-clé utilisé pour la recherche (limitée au français) : *Sécurité routière*
- AMPS (Assessment of Motor and Process Skills at Colorado University)

Site Internet référents consultés :

- Ministère de l'Équipement www.equipement.gouv.fr
- Le Sénat www.senat.fr
- La documentation Française www.ladocumentationfrancaise.fr
- L'observatoire Interministériel de la Sécurité Routière www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr
- Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité www.inrets.fr
- Conseil des Communautés Européennes <http://europa.eu.int>
- Institut Belge de la Sécurité Routière www.ibsr.be
- Association Médicale Canadienne www.cma.ca
- Australian Driver Licensing Authorities www.austroads.com.au
- Driver and Vehicle Licensing Agency www.dvla.gov.uk
- American Medical Association www.ama-assn.org

Guides étrangers identifiés :

- Association Médicale Canadienne (Canada)

Détermination de l'aptitude médicale à conduire. Guide du médecin ; 6^{ème} édition 2000

- Australian Driver Licensing Authorities (Australie)

Assessing fitness to drive. 2nd ed. 2001

- Driver and Vehicle Licensing Agency (Grande-Bretagne)

At a glance guide to the current medical standards of fitness to drive. 2003

- American Medical association

The physician's guide to assessing and counselling older drivers. Mars 2003

- Organisation for Economic Co-operation and Development. Ageing and transport; Mobility needs and safety issues. OCDE 2001

Une recherche spécifique a été effectuée pour la documentation italienne

**LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL ET
EXPERTS CONSULTES**

Madame Marie-Hélène ABADIE	Présidente du Syndicat Autonome des Orthoptistes
Dr Laurent ASTIN	Médecine du travail, Paris
Dr Bernard BASSET	DGS - Sous-directeur Santé et Société
Monsieur Stéphane BEUZON	ANAES, chef de projet de l'Evaluation des technologie
Mme Véronique BONY	DGS - Sous-direction Santé et Société Adjointe au chef de bureau des pratiques addictives
Dr Paule BRUSSET	Médecine du travail/SOFRAMENTA
Pr Loïc CAPRON	Médecine interne, cardiologie, Hôtel-Dieu, Paris
Mme Catherine CHABAS	INPES
Dr Boris CHATIN	Conseil National de l'Ordre des Médecins
Pr Alex COBLENTZ	Médecine du travail des transports, Faculté de Médecine, Paris
Dr Jean-Marc COHEN	Oto-rhino-laryngologie
Dr Jean-Claude COLONNA	Médecine du travail/AFTIM
Dr Dominique COULONDRE	Médecin inspecteur du travail, Ministère chargé des Transports
Dr Patrice CRISTOFINI	Médecine du travail/AFTIM
Pr Sylvain DALLY	Médecine interne, toxicologie, Hôpital Fernand Widal, Paris
Dr Noël-Christian DAVID	Médecine du travail – Médecin Aéronautique Responsable du Centre Saint-Jacques
Dr Michel DEPINON	INPES
Pr Alain DOMONT	Pathologie professionnelle - Santé au travail Hôpital Corentin Celton, Issy-les-Moulineaux
Dr Jacques FESSARD	Neuropsychogériatrie, Clamart
Dr Pierre FILLON	Ophtalmologie, Le Mans
Monsieur Alain GERBEL	Président de la Fédération Nationale des Opticiens de France
Pr Régis GONTHIER	Médecine interne / gérontologie, Hôpital de la Charité - CHU de Saint-Étienne
Dr Gérard GRILLET	Médecine générale, Paris Secrétaire Général du Conseil de l'Ordre des Médecins
Dr Gérard GRILLET	Médecine générale, Paris
Dr Fabien GUEZ	Cardiologie, Paris
Pr Pierre-Jean GUILLAUSSEAU	Médecine interne - Endocrinologie, Hôpital Lariboisière, Paris
Dr Hélène HUGUES-BEJUI	Médecin - AREDOC
Madame Nicole JEANROT	Présidente du syndicat des orthoptistes de France
Dr Brigitte LANTZ	Néphrologie, Hôpital Necker, Paris
Pr Philippe LECHAT	Pharmacologie, Hôpital de La Pitié-Salpêtrière, Paris
Dr Olivier MIDDLETON	MILDT

Dr Pierre MOUTERDE	Direction de la sécurité et de la circulation, bureau des examens du permis de conduire : Médecin expert
Dr Pierre PHILIP	Neurophysiologiste, Clinique du sommeil Hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux
Pr Patrice QUENEAU	Médecine interne (influence des médicaments sur la conduite), CHU de Saint Etienne
Dr Jean-Bernard ROTTIER	Ophtalmologie, Le Mans
Pr Jean-Paul ROMANET	Ophtalmologie, CHU de Grenoble
Monsieur Henry P. SAULNIER	Président de l'Union des Opticiens
Dr Jean-Luc SEEGMULLER	Ophtalmologie (Président du Syndicat National des Ophtalmologistes de France)
Dr Michel TOUPET	Oto-rhino-laryngologie, Paris
Monsieur Joël VALMAIN	Direction de la Sécurité et de la Circulation Routière, bureau des Examens du permis de conduire : Gestion du titre
Pr Hervé VESPIGNANI	Neurologie, Hôpital Central de Nancy
Dr Vincent WEHBI	Médecin chef du service d'Inspection du travail, Ministère chargé des Transports
Dr Xavier ZANLONGHI	Ophtalmologie, Clinique Sourdille, Nantes