

2^{ème} PARTIE : MODALITES D'ORGANISATION DU DEPISTAGE MEDICAL

A] ORGANISATION DU DEPISTAGE MEDICAL PERIODIQUE

I/ Préambule

1) Définition des actes

Avant de déterminer les modalités d'implication du corps médical en matière de sécurité routière, il est nécessaire de comprendre qu'en dehors des actes de soins, deux types d'actes médicaux peuvent et doivent être différenciés :

- les actes d'éducation sanitaire et de prévention médicale,
- les actes d'évaluation médicale des capacités à la conduite.

• **Les actes d'éducation sanitaire et de prévention médicale :**

Ils vont s'inscrire dans le contexte de la promotion des capacités médicales à la conduite. Ils concernent l'ensemble de l'appréhension, dans une optique de soins, des incapacités médicales listées plus haut : lutte contre ces dernières par les traitements appropriés disponibles, afin de limiter les handicaps susceptibles d'entraver la capacité de conduire. Le fondement de cette approche, comme de la suivante, se trouve dans la conscience que l'on a (et dans la justification médicale et scientifique que la littérature médicale apporte) que la liaison entre des incapacités et des accidents peut s'analyser en terme de danger inéluctable et en terme de risque (cf. p.14). Conduire est un acte de « sécurité » qui implique, même pour un conducteur bien portant, une confrontation avec des situations à risques multiples, plus ou moins maîtrisables et maîtrisées par celui-ci.

Dès lors, la question posée au médecin est de savoir comment optimiser les capacités à la conduite des patients, en faisant reculer l'interdit, autant que faire ce peut, et quand en dernier ressort interdire la conduite.

• **Les actes d'évaluation médicale des capacités à la conduite :**

Ils visent à échéance régulière à détecter non une aptitude médicale (car le médecin n'a pas la maîtrise de la connaissance de l'environnement du conducteur qu'il examine), mais des **capacités/incapacités médicales**, ce qui diffère notablement, celles-ci étant analysées dans un cabinet médical, dans un contexte plus absolu que relatif. Un des enjeux sociaux, particulièrement en cas d'incapacité, impliquera, avant décision définitive, et sauf évidence médicale, de compléter la recherche des affections médicales, en les resituant dans la **perspective des capacités réelles du conducteur en situation de conduite**, tout en tenant compte du contexte réglementaire dont le caractère strict devra être assoupli (cf. p 62-63).

La modulation du caractère intangible de cette norme médicale devrait être rendue réglementairement possible, notamment pour les sujets « border line », afin d'éviter des situations de désocialisation par perte d'emploi ou perte d'autonomie. Deux questions se posent :

- Faut-il subordonner, sauf évidence médicale, la formulation d'une incapacité médicale définitive à la réalisation d'un test d'évaluation de la conduite ? Dans tous les cas problématiques, sauf incapacité médicale évidente, ce sera oui.
- Faut-il ouvrir la possibilité de déroger, dans des centres d'expertise et d'évaluation médicale à la conduite pour les sujets « borderline », aux incapacités susmentionnées ? Il est proposé que soient étudiées les modalités réglementaires et

pratiques d'une extension de ce qui est actuellement réglementairement possible pour la classe V de l'arrêté du 7 Mai 1997.

Pour faciliter la détermination de ces dérogations, il faudrait que soient développées ce qui, actuellement, existe par exemple pour les cérébro-lésés dans certains départements : des structures départementales, pluridisciplinaires et agréées d'évaluation et d'expertise. Elles pourraient avoir la possibilité de proposer de maintenir, sous certaines conditions médicales et de vérification des capacités à conduire (test de conduite), des autorisations de conduire, alors même que tous les critères exigés ne seraient pas totalement remplis.

Cette possibilité est indispensable pour que soit bien accepté l'élargissement du contrôle médical des conducteurs. L'analyse de leur capacité médicale doit se faire aux niveaux individuel (approche « soins ») et collectif (approche « santé publique »). Au-delà de l'intérêt direct du patient, l'étude de la sécurité du conducteur doit aussi intégrer celui de la collectivité. Cette seconde approche sera d'autant plus facilement acceptée que les conditions de formulation des incapacités médicales seront mieux cadrées et assouplies. La modulation de l'autorisation de conduire, qui n'existe pas encore aujourd'hui, ira dans le même sens (cf. p. 63).

2) Contexte déontologique

Le Code de déontologie médicale impose de distinguer les soins curatifs et la prévention médicale du contrôle médical, afin que tout patient sache clairement la situation clinique dans laquelle il est face à son médecin.

Si le médecin de soins est concerné par la prévention médicale, celle-ci doit rester, autant que faire se peut, éloignée de toute démarche assimilable, par le patient, à un contrôle, hormis les pathologies les plus incapacitantes pour lesquelles une déclaration obligatoire à l'autorité préfectorale serait retenue dans le futur (cf. p.68). Pour des raisons démographiques et de volume des examens médicaux, le médecin traitant devrait, tout en respectant le principe ci-dessus, pouvoir délivrer, comme les médecins libéraux agréés, des avis sur la capacité médicale à la conduite aux patients qui le demandent.

Ce premier niveau des praticiens traitants, dans la mesure où ils accepteraient d'être concernés par l'établissement de ces avis, permettrait de renforcer numériquement les effectifs des médecins agréés, en charge des examens périodiques. Leur rôle s'arrêterait au constat des capacités. Les incapacités relèveraient des centres départementaux agréés d'évaluation et d'expertise (CEEMC / cf. Tableau n° 2, p.52).

3) Les protocoles (cf. p.43)

II/ Organisation du dépistage médical périodique

1) Hypothèses discutées en groupe

Deux hypothèses sur la place des médecins généralistes, éventuellement traitants, et des médecins agréés ont été analysées par le groupe de travail :

- **1ère hypothèse :**

- Les **médecins généralistes, éventuellement traitants**, ne sont impliqués que dans la prévention de manière générale et globale pour tous leurs patients, sans implications réglementaires dans la recherche des contre-indications médicales à la conduite, sauf pour ceux de leurs patients présentant des pathologies intercurrentes les rendant inaptes à la conduite, transitoirement ou définitivement.
- En dehors de cette situation « d'urgence » liée à des problèmes médicaux intercurrents, le contrôle médical régulier des conducteurs relève exclusivement des **médecins agréés omnipraticiens** pour les examens de première instance (aidés par des spécialistes agréés ou non agréés, pour les cas médicaux spécifiques qui se présentent). Ces médecins agréés restent comme aujourd'hui habilités à formuler des avis sans restriction. Ils ne forment pas d'avis d'incapacité médicale à la conduite. Cette dernière formulation relève des commissions médicales départementales primaires, telles qu'elles sont constituées aujourd'hui, mais plus exclusivement installées en préfectures (création de centres agréés d'évaluation et d'expertise médicale des conducteurs – cf. Tableau n° 2, p.52). Des agréments dans cette optique pourraient aussi être donnés à des consultations en clinique privée ou en hôpital public. Il existe en France de nombreux centres de consultations, dans et hors CHU, polycliniques, centres de diagnostic, consultations de pathologie professionnelle... Ils pourraient servir de support à de telles activités. Les modalités d'implication de ces consultations, qui ont des possibilités d'investigations complémentaires, devraient être étudiées. D'autant qu'elles apparaissent, sur un plan médical, plus opérationnelles que ne le sont, dans la situation actuelle, les commissions médicales départementales primaires siégeant en préfecture.

- **2ème hypothèse :**

Les **médecins traitants**, dans le contexte de leur exercice libéral, pourraient être impliqués dans l'évaluation des capacités médicales des conducteurs, pour les candidats (groupe léger), éventuellement aussi tout au long de la vie et pour les personnes âgées.

Concernant ces visites médicales périodiques que devraient passer tous les conducteurs, le médecin traitant, à la demande des patients qui le consultent à cet effet (candidat au permis groupe léger ou renouvellement du même type de permis de conduire), produit un certificat de capacité médicale à la conduite. Son rôle est similaire à celui des omnipraticiens agréés libéraux d'aujourd'hui mais se limite à l'examen des conducteurs du groupe léger.

2) Les niveaux d'intervention médicale

L'évaluation médicale de la capacité des conducteurs pourrait être repensée, en différenciant ce qui relève du niveau de l'omnipraticien, du niveau départemental, du niveau expert régional et du niveau national. Ce que font actuellement la commission médicale départementale primaire et la commission médicale départementale d'appel relèverait à l'avenir de centres départementaux d'évaluation et d'expertise médicale des conducteurs, agréés par les préfectures (cahier des charges...). Ces centres, situés au sein d'un réseau de consultations spécialisées, permettraient de répondre aux besoins d'avis spécifiques indispensables à la gestion des cas difficiles, liés à l'existence d'affections incompatibles avec la conduite.

Le statut de tels centres pourrait, comme pour les services interentreprises de médecine du travail, être révisé par la loi de 1901.

Avant de définir le rôle des différents praticiens qui pourraient être impliqués, nous analyserons les différents niveaux d'intervention du corps médical.

A l'issue des réflexions du groupe de travail, il apparaît opportun, tout en soulignant l'importance d'un **travail en réseau**, de distinguer à l'avenir non plus 3 mais 4 niveaux :

- l'omnipraticien,
- le centre départemental,
- le centre régional,
- et l'administration centrale (niveau national).

Tableau n° 2 : organigramme de l'organisation médicale du dépistage

Niveaux	Médecins	Permis	Certificat médical délivré
Niveau omnipraticien	médecin généraliste	permis léger	Candidats et renouvellement contrôle de la capacité médicale et port de verres correcteurs ¹
	médecin généraliste agréé	tous permis	Candidats et renouvellement comme actuellement ¹
	médecin du travail	tous permis	Dans le cadre des visites réglementaires de médecine du travail ²
Niveau départemental³ : Centre d'évaluation et d'expertise médicale agréé par la préfecture [CEEMC] (statut hospitalier, associatif)	1 ^{ère} instance Niveau évaluation ⁵	tous permis	Toutes conditions d'examen ⁴
	2 ^{ème} instance Niveau expertise ⁶	tous permis	Contestation du niveau omnipraticien et départemental 1 ^{ère} instance
Niveau régional : Centre Expert Spécialisé [CES]	CHU ou autres structures spécialisées	tous permis	Expertise et dérogations
Niveau national :	idem au texte de 1999	tous permis	Ouvrir la capacité de dérogation qu'a la Commission Nationale d'Examen (CNE) à l'ensemble des classes médicales listées

¹ : analyses des capacités médicales seulement

² : professionnels de la route et salariés utilisant leur permis pour usage professionnel

³ : l'incapacité médicale à la conduite doit être validée par le niveau départemental, avant décision préfectorale

⁴ : périodique et en cas de maladie intercurrente ; capacité/incapacité

⁵ : anciennes commissions médicales départementales primaires

⁶ : anciennes commissions médicales départementales d'appel

- **L'omnipraticien :**

Il correspond aux médecins généralistes, qui interviendraient à la demande spécifique des patients qu'ils suivent, aux médecins généralistes agréés (réforme 2001) et aux médecins de pratique omnipraticienne de prévention (spécialistes de médecine du travail, médecins scolaires...). Pour ces derniers praticiens (particulièrement pour les médecins du travail), une analyse réglementaire est nécessaire compte tenu du statut professionnel de ceux-ci : outre leur point de vue, leur implication impose l'avis du Ministère du Travail.

Le groupe propose aussi, dans la suite de la réforme 2001, de ne plus limiter aux seuls médecins libéraux, exerçant en cabinet de ville, la possibilité d'être agréés. Des médecins salariés dans des consultations publiques ou privées pourraient également l'être.

Il est aussi proposé que puissent être examinés, dans les centres d'examen départementaux, les conducteurs relevant du niveau omnipraticien.

N.B. : Que ce soit pour les médecins généralistes ou pour les médecins du travail, les avis de leurs représentants n'ont pas été recueillis, le groupe de travail n'ayant qu'une mission médicale et médico-administrative.

- **Le niveau départemental : Centre d'Evaluation et d'Expertise Médicale des Conducteurs (CEEMC)**

→ 1) *Niveau évaluation* : équivalent de l'actuelle Commission Médicale Départementale Primaire, il regroupe les omnipraticiens agréés, dans le contexte d'un réseau de soins. Ces omnipraticiens agréés seraient à même d'évaluer, au sein d'un réseau de spécialistes, les patients porteurs d'incapacités médicales, qui leur seraient adressés par leurs confrères du niveau omnipraticien.

Ils traitent, comme c'est le cas actuellement : de certains cas médicaux difficiles, des visites médicales périodiques pour les conducteurs ayant des pathologies évolutives, des conducteurs infractionnistes, et sont habilités à formuler des avis d'incapacité.

→ 2) *Niveau expertise* : équivalent de l'actuelle Commission Médicale Départementale d'Appel, il traite les contestations comme actuellement : co-responsabilité d'un omnipraticien agréé et d'un spécialiste agréé.

Ces deux secteurs du CEEMC seraient installés hors des locaux de la Préfecture, par exemple en centre hospitalier public ou en clinique. Ils fonctionneraient en réseaux et auraient une habilitation préfectorale.

- **Le niveau régional : CHU ou autres structures spécialisées (Centre Expert Spécialisé ou CES)**

Il en existe déjà aujourd'hui dans certaines régions. Ils fonctionnent en réseaux, occasionnellement avec les consultations de pathologie professionnelle, compte tenu de la nécessité d'avoir, à côté de l'approche spécialisée, une approche omnipraticienne. Existente ainsi des centres d'expertise médicale dédiés aux pathologies du sommeil, à la gestion des patients polytraumatisés...A partir de ces expériences, de telles structures pourraient servir d'exemple à la constitution de CES en CHU ou dans d'autres structures de soins spécialisés.

N.B. : - il ne s'agit pas de créer des structures administratives spécifiques mais d'organiser les réseaux sur la base des ressources existantes.

- ces structures devraient être impliquées dans le fonctionnement des Plans Départementaux de Sécurité Routière (PDSR).

- **Le niveau national (Centre National d'Examen - CNE) :**

Le centre expert régional, pour les cas les plus difficiles, se verrait charger de la préparation et de la transmission des dossiers des patients qui nécessiteraient des autorisations de conduite dérogatoires à la liste des affections. Ce nouveau rôle du CNE ne fait qu'étendre ses possibilités actuelles de dérogations pour la classe V (appareil locomoteur).

3) Modalités d'implication des omnipraticiens

- **Différents omnipraticiens concernés :**

A côté des praticiens libéraux agréés ou non mais volontaires pour examiner les conducteurs (réforme de juin 2001), il apparaît souhaitable que puissent aussi être impliqués :

- les médecins du travail pour les professionnels de la route et les salariés utilisant leur véhicule pour raisons professionnelles,
- les médecins des centres de bilan de santé de la Sécurité sociale,
- les médecins de santé scolaire ou des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé des étudiants.

Les modalités d'implication de ces différents praticiens doivent être mises à l'étude pour en déterminer la faisabilité réglementaire, l'incidence économique et financière, ainsi que les implications que cela aurait pour leurs employeurs (utilisation de temps médical spécifique ...) ou l'organisme au sein duquel ils travaillent. Sur un plan technique, leur capacité d'omnipraticien de la prévention les prédispose à être rapidement opérationnel. Certains, comme les médecins du travail, sont déjà rompus et formés à ce type d'examens médicaux pour les salariés (conduite professionnelle). Les autres (médecins scolaires, médecins de centre de santé...) devraient être formés de manière plus spécifique.

La piste des médecins déjà agréés pour l'examen des fonctionnaires (régime spécifique de Sécurité sociale) pourrait aussi être creusée. Ils sont nombreux (15 000 dont 3 000 fréquemment sollicités) et bien répartis sur l'ensemble du territoire. Ils sont de longue date sensibilisés à un type d'examen assez proche pour les patients travaillant dans le secteur public (aptitude à l'entrée dans la fonction publique...). Après une formation spécifique, ils pourraient répondre, à côté de leurs confrères, à la forte demande d'examens qu'impliquera à moyen terme la généralisation du dispositif aux 36 millions de conducteurs (polyagrément).

- **Les besoins de formation :**

L'extension du nombre de médecins agréés s'accompagnera d'un nouveau besoin de formation. Ceci imposera, pour être réalisé dans un délai raisonnable, de mobiliser et de développer les structures de formation médicale et universitaire existantes. Ces dernières interviennent déjà sur ce thème dans quelques universités. Pour répondre aux besoins, il faudrait étendre le dispositif. Dans ce contexte pourraient être sollicités, dans un cadre universitaire ou dans celui de la formation médicale continue, les médecins eux même et les universitaires, qui enseignent déjà dans le domaine médical de la sécurité routière ou dans celui de la médecine du travail. Ces derniers ont déjà en charge la formation des médecins du travail et appréhendent dans leur cours cette dimension spécifique de l'évaluation de la capacité médicale des conducteurs professionnels à la conduite.

- **omnipraticien généraliste :**

Consulté dans le contexte de la récente réorganisation du contrôle médical des conducteurs (2001 et 2003), les médecins généralistes libéraux ont accepté le principe que ceux d'entre eux qui seraient agréés pour l'examen des capacités médicales à la conduite, interviendraient uniquement dans un contexte « positif », celui de la signature d'un certificat de non contre-indication médicale à la conduite pour les candidats et lors du renouvellement régulier des permis de conduire du groupe léger et du groupe lourd.

Il apparaît raisonnable de proposer d'élargir cette habilitation à tous les médecins généralistes libéraux qui le souhaiteraient. Ils pourraient examiner les conducteurs (candidats, tout au long de la vie et personnes âgées), sans être obligatoirement agréés pour ce type d'examen. Ce qui permettrait de répondre à la demande que ne manquera pas d'entraîner la généralisation des examens médicaux. Ils délivreraient les certificats de capacité médicale à la conduite, à ceux de leurs patients qui le souhaiteraient.

Cet élargissement du dispositif aux médecins généralistes non agréés ne concernerait que les permis du groupe léger (A, A1, B, B1, EB).

En dehors de la réserve du port de verres correcteurs qu'ils pourraient valider dans le contexte d'un examen visuel de dépistage (cf. Tableau n° 1), les autres modulations du permis devront relever :

→ *des médecins généralistes agréés* dans le cadre de la réforme 2001,

→ *et des centres d'évaluation et d'expertise médicale agréés.*

N.B. : L'afflux de demandes d'examens médicaux, que ne manquera pas de générer cette réforme devrait ainsi pouvoir être absorbée sans trop de difficultés par le système de soins (sur financement spécifique par le patient, hors Sécurité sociale).

Tous les médecins traitants sont en effet concernés au quotidien lors de la prise en charge des pathologies, plus particulièrement pour les traitements qui peuvent influencer sur la vigilance.

La prochaine loi de Santé publique, qui devrait instaurer une nouvelle forme de consultation : « la consultation périodique offerte aux assurés sociaux en tant que nouveau mode de médecine préventive », pourrait, à terme, servir de support à la réforme dans la mesure où les médecins généralistes, sans être agréés, accepteraient d'examiner les conducteurs du groupe léger.

- **omnipraticien de prévention :**

➤ *médecin du travail :*

❖ Rôle :

En complément de la médecine de soins, la médecine du travail pourrait être impliquée dans l'évaluation des capacités médicales à la conduite de tous les professionnels de la route, voire, de manière plus large, de tous les salariés qui utilisent leur permis pour un usage professionnel et/ou pour les trajets domicile/travail.

Les médecins du travail, du fait de leur formation spécialisée et de leur implication déjà effective dans le contrôle des aptitudes/inaptitudes des conducteurs professionnels lors des visites réglementaires de médecine du travail, seraient considérés comme remplissant les

critères nécessaires à l'agrément des médecins généralistes et, de facto, seraient agréés pour la délivrance des certificats de capacité médicale à la conduite des salariés qu'ils suivent en médecine du travail.

Le médecin du travail examine les conducteurs (groupes lourd et léger) dans le contexte des visites réglementaires prévues par le Code du travail. Il renouvelle à échéance (ou participe à son renouvellement suite à une pathologie intercurrente), le certificat médical nécessaire à la revalidation du permis (visites médicales de reprise du travail obligatoires et préalables à la reprise effective du travail pour les professionnels du groupe lourd, définis à l'article 2 p.42). En dehors des conséquences de l'avis du médecin du travail relatives à l'adaptation des conditions de travail qui se gèrent à l'intérieur de l'entreprise, le patient assure personnellement avec la préfecture les suites administratives qu'implique le changement éventuel de son permis. A la suite de l'avis du médecin du travail, le salarié peut être examiné ou non au niveau du CEEMC. Il peut faire appel auprès de ce centre de cet avis.

Le traitement des contestations d'aptitude/inaptitude médicales défini par le Code du travail est à distinguer des contestations relatives à la conduite.

Le rôle du médecin du travail, sur ce point spécifique, serait le même que celui des actuels médecins agréés, et les certificats ainsi délivrés seraient traités de manière identique à ceux actuellement faits par ces médecins agréés en commission médicale départementale primaire. La formulation définitive des incapacités médicales à la conduite ne serait cependant prononcée officiellement (par exemple sur pièces) qu'au niveau départemental (cf. Tableau n° 2, p.52).

❖ Conditions réglementaires particulières d'intervention du médecin du travail (secteur public - secteur privé) :

→ *Pour les salariés en activité, professionnels de la route ou utilisant leur véhicule pour le travail :*

A l'issue d'une visite médicale réglementaire, ils peuvent obtenir, chaque fois que de besoin, de leur médecin du travail le certificat médical nécessaire à la revalidation de leur permis ; le médecin du travail doit répondre à la demande :

- s'ils sont professionnels de la route,
- s'ils utilisent leur véhicule pour une raison professionnelle,
- s'ils utilisent leur véhicule pour se rendre sur leur lieu de travail.

Le certificat nécessaire à la validation du permis relève du médecin du travail dans les mêmes conditions que pour le médecin généraliste agréé, exerçant au niveau départemental (capacité/incapacité). L'étude des cas d'incapacité à la conduite est conjointement réalisée avec les spécialistes agréés. Il en est de même en ce qui concerne l'intervention du CEEMC pour les adaptations et les dérogations à la conduite (cf. p 62).

Si une dérogation à l'application de la liste des affections incompatibles avec la conduite est délivrée par la Commission Nationale d'Examen pour un professionnel de la route (au vu d'un dossier préparé au niveau régional), le médecin du travail concerné est obligatoirement impliqué dans l'analyse de ce cas, dans la mesure où le professionnel est en activité. Il est également associé dans les mêmes conditions aux décisions qui peuvent être prises au niveau départemental, particulièrement pour les chauffeurs du groupe lourd ayant une affection médicale incompatible avec la conduite (co-expertise).

→ Dans toutes les autres éventualités :

Les salariés ont le choix du médecin agréé ou du travail. Le médecin du travail peut éventuellement se récuser. Il est habilité à formuler des aptitudes médicales et des inaptitudes au poste de travail, mais n'est pas habilité à formuler d'avis d'incapacité à la conduite pour ces derniers salariés. L'incapacité relève du niveau départemental.

N.B. : Des modifications de plusieurs textes sont à prévoir pour rendre possible l'implication du médecin du travail.

➤ les autres omnipraticiens de prévention

Ce sont :

→ les médecins des services de santé scolaire ou universitaire : ils pourraient être impliqués dans l'examen médical des candidats dès 16 ans, pour ceux qui recourent à la conduite accompagnée, et après 18 ans pour les autres.

→ les médecins pratiquant des bilans de santé au titre de la Sécurité sociale : ils pourraient être également impliqués pour les examens tout au long de la vie. La nature des examens médicaux, qu'ils réalisent déjà, devrait permettre d'envisager cette extension, sans alourdir de manière excessive leur charge de travail.

III/ ASPECTS MEDICO-ADMINISTRATIFS

1) Durée du permis limitée dans le temps

Elle est déterminée, outre les situations d'examen déjà obligatoires aujourd'hui (infractionnistes...), en fonction :

- soit d'un *planning de visites médicales* à organiser tout au long de la vie,
- soit de *problèmes médicaux intercurrents* : en cas de modification des capacités médicales à la conduite, entre deux visites périodiques. Le patient a la responsabilité de faire valider son permis de conduire.

2) Echancier des visites médicales périodiques (tout au long de la vie)

- **groupe léger :**

A, A1, B, B1 :

- lors du passage du permis,
- tous les 10 ans jusqu'à 60 ans,
- tous les 5 ans de 61 à 74 ans,
- tous les 2 ans au-delà de 75 ans.

le permis EB est actuellement soumis à un renouvellement périodique tous les 5 ans et le reste. A l'issue de la visite médicale biennale, les permis B et EB sont renouvelés conjointement. Au-delà de 75 ans, le EB doit être renouvelé tous les ans.

- **groupe lourd**

(article 2 modifié, cf.p.42) *dont usage privé du permis lourd:*

- lors du passage du permis,
- tous les 5 ans jusqu'à 60 ans,
- tous les 2 ans jusqu'à 75 ans (et non 76 ans comme aujourd'hui)
- tous les ans au-delà de 75 ans.

N.B. : La prorogation d'un permis du groupe lourd valide aussi les permis du groupe léger.

3) Analyse démographique succincte de l'activité induite

- **nombres de consultations médicales induites**

Sur la base des effectifs de population déterminés selon l'échéancier de visite et du pourcentage estimé des titulaires de permis en pleine charge, la réforme impliquera la réalisation au minimum de 4,4 millions de consultations par an (sans compter ni les visites tous les 5 ans des professionnels : 25-35-45-55 ans, qui représentent environ 2,2 millions de consultations/ an, ni les infractionnistes : environ 450 000/an), cf. tableau n° 3.

Dans le cadre d'une montée en charge progressive, la première phase serait limitée à l'examen des candidats et des personnes de 75 ans et plus (cf. tableau n° 4). C'est environ 1,16 millions de consultations qui seraient à réaliser chaque année (les intercurrentes sont traitées dans le cadre de l'activité de soins). Par rapport à l'activité actuelle de consultations de médecine générale de ville, qui s'élève à 189 millions/an (cf. tableau n° 5), l'activité induite par l'évaluation médicale des conducteurs représente une augmentation d'activité de 0,6 % pour la 1^{ère} phase et de 2,4 % en pleine charge (cf. tableau n° 6).

Même si l'application de la réforme se fait en deux étapes, il apparaît indispensable que le décret qui cadrera cette réforme instaure d'emblée l'ensemble du dispositif. Un échéancier précisera les dates d'application de la première et de la deuxième phase.

- **clé d'explication des coûts médicaux :**

La visite médicale périodique est à la charge du conducteur (tarif actuel 24,40 € fixé par le Ministère des Transports (La CSMF demande qu'il soit passé à 28 €). Les examens spécialisés, déjà réalisés dans le cadre du suivi médical des patients en médecine de soins, sont produits par ces derniers lors des visites périodiques et ne génèrent pas obligatoirement de surcoût. Certains examens paracliniques particuliers pourraient découler des protocoles d'exams médicaux, ces derniers n'étant pas encore définitivement élaborés, il apparaît difficile d'aller plus loin dans l'évaluation des coûts engendrés.

Les actes biologiques, pour évaluation des capacités à la conduite dans le contexte des pratiques addictives, restent à la charge des patients. Ces examens ne peuvent pas être à la charge de la Sécurité sociale, car ils sont prescrits par les médecins agréés.

L'examen lié à un acte de soins n'est pas dissociable du financement de celui-ci, de même pour les bilans diagnostiques des pathologies découvertes lors des visites médicales périodiques.

TABLEAU n° 3 : Analyse démographique succincte
N.B. : tableau rédigé sur la base de 800 000 nouveaux permis par an

Echéancier	% titulaires du permis [estimation INSEE réf. 44]	Population française par tranches d'âge (INSEE B.M.S. n° 1, 2002)	Nombre approximatif d'examens annuels pour permis léger
1 ^{ère} visite du candidat : 20 ans	70 %	808 233	566000
2 ^{ème} visite : 30 ans	90 %	866 162	780000
40	87 %	861 618	750000
50	80 %	826 073	661000
60	80 %	488 006	390000
65	70 %	531 522	370 000
70	60 %	525 508	315 000
75	45 %	452 815	200 000
>75-89	25 %	2,2 millions	400 000
AU TOTAL (en pleine charge)		7,6 millions *	4,43 millions de consultations/an*

* pour le permis lourd, il convient de rajouter, car cela ne figure pas sur ce tableau, les visites poids lourds à 5 ans (25-35-45-55 ans) sur la base de 550 000 visites médicales annuelles permis poids lourds : 2,2 millions de consultations annuelles; de même pour les infractionnistes (environ 450 000 consultations par an).

TABLEAU n° 4 : Evaluation chiffrée de la montée en charge en 2 étapes

1 ^{ère} étape : Personnes âgées (à partir de 75 ans) et candidats	1,16 millions (M)
2 ^{ème} étape : Visites pendant la vie active (5 examens : 30, 40, 50, 60, 65) + Candidats, 70 ans, 75 ans, >75 ans-89 ans = Ensemble de la population	2,95 M + 1,48 M = 4,43 M

TABLEAU n° 5 : Quelques données chiffrées sur les activités de consultations de soins/an

Nombre total de consultations	420 M	dont Généralistes : Spécialistes :	294 M (70 %) 126 M (30 %)
=	=		
En ville	270 M	dont Généralistes : Spécialistes :	189 M 81 M
+	+		
à l'hôpital	150 M	dont Généralistes : Spécialistes	105 M 45 M

TABLEAU n° 6 : Activité induite par la généralisation des visites médicales (permis léger)

Phase	Nombre de consultations	% de l'activité de consultations de médecine générale
1^{ère} phase (candidats et personnes âgées)	1,16 M	+ 0,6 %
2^{ème} phase (totalité des conducteurs)	4,43 M*	+ 2,4 %

* dont une partie notable pourrait être prise en charge en médecine du travail dans le contexte des visites médicales périodiques(cf. omnipraticiens de prévention)..

4) Déclaration médicale sur l'honneur

L'évaluation médicale systématique et généralisée des conducteurs serait déclenchée à leur initiative, dans le semestre qui précède la date anniversaire d'échéance. Une **déclaration médicale sur l'honneur** (cf. tableau n° 7) serait remplie par le candidat au moment de l'inscription dans une école de conduite et par tout conducteur à chaque renouvellement de son permis.

**TABLEAU n° 7 : déclaration* du conducteur sur l'honneur (modèle CERFA)
pour l'obtention du certificat de capacité médicale à la conduite**

TYPE DE VISITE (cocher la case correspondante) :		
candidat	visite selon échéancier	demande de visite pour problème médical survenu depuis la visite obligatoire précédente
IDENTITE :		
PERMIS, ETC :		
QUESTIONNAIRE MEDICAL (par exemple modèle belge)		
CONCLUSION DU DECLARANT (cocher la case correspondante) :		
je n'ai pas de contre-indication	je ne sais pas	j'ai une contre- indication
Fait à _____, le _____ Signature du déclarant qui reproduit de sa main une phrase engageant sa responsabilité**		

* Toute fausse déclaration priverait d'effet l'avis du médecin et le permis de conduire de validité.

** Je, soussigné, déclare sur l'honneur avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés.

Tous les conducteurs, candidats ou titulaires du permis, doivent établir ce type de déclaration :

- qu'ils se procurent auprès de l'administration (en mairie ou en préfecture) ou qui leur est fournie par l'auto-école (candidats),
- pour le remplissage de laquelle une aide médicale est possible (médecin traitant généraliste ou spécialiste).

Le candidat ou le conducteur peut :

- soit se faire aider par son médecin traitant (généraliste et/ou spécialistes en cas de polyopathie) pour remplir la déclaration. Cet acte (ces actes) est (sont) intégré(s) à la prise en charge du patient au titre des soins. **Le(s) médecin(s) consulté(s) ne cosigne(nt) pas la déclaration** du patient qui est seul responsable de son contenu (il peut aussi être pris en charge au titre de la consultation périodique de santé publique- loi de Santé Publique 2003).
- soit remplir seul la déclaration avant de consulter un médecin agréé s'il ne se sait pas porteur d'une (ou de plusieurs) affection(s) listée(s) ou s'il souhaite un examen médical par un médecin agréé. Ceci vaut sauf pour les cas où la visite médicale auprès d'un médecin agréé est obligatoire.

Le candidat (lors de la visite passée auprès de son médecin généraliste, du médecin agréé, ou de l'omnipraticien de prévention) remet au praticien choisi la déclaration médicale sur l'honneur après l'avoir signée. Cette déclaration est archivée dans son dossier médical. Le médecin généraliste ainsi consulté établit alors un certificat, sur lequel figure le rappel réglementaire (cf. p. 61 et p. 66) relatif à la responsabilisation du patient.

N.B. : *Le candidat peut demander l'aide de son médecin traitant pour remplir la déclaration médicale mais le médecin traitant ne cosigne pas cette déclaration, qui reste de l'unique responsabilité du patient.*

→ *Pour les conducteurs qui pourraient relever d'une visite médicale de santé publique auprès de leur (ou d'un) médecin généraliste :*

Ce dernier pourrait inscrire l'évaluation de la capacité médicale à la conduite dans ce contexte. Il pourrait, à l'issue de cette consultation, rédiger le certificat médical. S'il s'agit du médecin traitant du conducteur, il devrait pouvoir garder, comme c'est le cas aujourd'hui, la possibilité de refuser la signature d'un tel certificat. Il en informerait le patient et le réorienterait, soit vers un généraliste agréé, soit vers le centre départemental, ceci, indépendamment de la constatation d'une incapacité médicale.

→ *Pour ce qui est de la mise en place de l'examen médical des personnes âgées :*

Les visites médicales suivent le même cadrage que proposé ci-dessus.

Le médecin généraliste non agréé, lorsqu'il est le médecin traitant, peut délivrer, à ceux de ses patients qui le souhaitent, et qui sont titulaires d'un permis du groupe léger (A, A1, B, B1, EB), le certificat de capacité médicale à la conduite (candidat et renouvellement). Dès lors, le praticien doit archiver la déclaration médicale remplie et signée par le patient dans le dossier médical spécifique, qu'il a dû établir (conformément au code de déontologie) dans ce contexte.

→ *Pour les visites régulières tout au long de la vie :*

Ces conducteurs, munis de la déclaration médicale sur l'honneur, dûment remplie et signée, la remettent au médecin qu'ils auront choisi de consulter pour obtenir leur certificat médical.

® *Pour les chauffeurs professionnels en activité :*

Les professionnels de la route en activité (cf. article 2, p. 42) passent la visite médicale auprès de leur médecin du travail (cf. p. 55).

Comme pour les autres catégories de conducteurs, la déclaration médicale peut être, préalablement à la visite, remplie par ces derniers avec l'aide du médecin choisi (médecin traitant ou médecin généraliste consulté spécifiquement dans ce but).

Seuls un médecin agréé ou un médecin du travail sont habilités à établir le certificat de capacité médicale à la conduite des conducteurs professionnels, mis à part les centres départementaux, régionaux,...

Ce document est ensuite adressé par le conducteur à l'administration préfectorale, qui établit le permis.

5) Nature des avis médicaux

- **Modification de l'échéancier des visites médicales obligatoires :**

La modulation de la durée de validité du permis conduisant, soit à rapprocher les échéances de visites médicales, soit à proposer l'adaptation des conditions d'autorisation de conduire (permis limité..) [nonobstant celles liées aux conditions du travail qui relèvent du médecin du travail], restent comme aujourd'hui du domaine des médecins agréés, exerçant au centre départemental le plus proche du domicile du patient. Pour les professionnels de la route, le médecin du travail a également force de proposition. Le traitement des désaccords entre le conducteur et le médecin du travail relève d'une saisine de l'Inspection Médicale des Transports Terrestres. Elle est solutionnée avec le CEEMC.

- **La modulation du permis :**

En sus des actuelles modulations des intervalles de visites et des propositions d'adaptation des véhicules, de nouvelles possibilités réglementaires, comme il en existe dans d'autres pays, pourraient être ouvertes:

- de restrictions géographiques de déplacement ;
- de restrictions à la conduite diurne uniquement ;
- de restrictions de conduite déterminées en fonction des nécessités essentielles de la vie courante et hors voies rapides (personnes âgées, incapacités fortement invalidantes...).

Le groupe considère que l'introduction de ces possibilités représente un progrès important par rapport à l'existant, particulièrement pour les personnes âgées ou en cas de pathologies graves et invalidantes.

- **Renvoi du patient devant le centre départemental :**

Lorsque le médecin généraliste, agréé ou non, ou l'omnipraticien de prévention, ou encore le médecin du travail, estime que le patient relève du CEEMC, ce dernier doit prendre contact spontanément avec le centre le plus proche de son domicile afin d'y être examiné (*les médecins rédigent un courrier destiné au médecin du centre. Ils le remettent au patient, qui le transmet*).

- **Incapacité permanente à la conduite pour raisons médicales :**

→ Cas général :

L'incapacité permanente à la conduite, quel que soit le type de permis, est subordonnée à un examen du conducteur au CEEMC ou au CES. Il en est de même pour l'autorisation de conduite limitée aux nécessités essentielles de la vie courante.

Les médecins examinateurs peuvent recourir notamment dans le présent contexte(mais aussi chaque fois que de besoin pour le niveau omnipraticien) à :

- des avis médicaux complémentaires, qui peuvent être recueillis auprès des spécialistes (traitants ou non)et des généralistes traitant les conducteurs examinés,
- des évaluations psycho-cliniques (qui entrent dans le cadre de l'examen clinique),
- des examens psycho-techniques (actuellement seule une annulation du permis de conduire permet au médecin agréé de recourir à un tel examen),
- des tests de conduite : une incapacité définitive ou temporaire prolongée ne peut, sauf évidences médicales, être prononcée par le CEEMC qu'après réalisation d'un test de conduite, en particulier pour les personnes âgées.

→ Cas particulier des personnes âgées :

L'objectif du dispositif n'est pas d'éliminer sur critère d'incapacité mais de valoriser sur un plan médical (adaptation du véhicule ou modulation du permis) les capacités de conduite : par exemple, la restriction géographique prévaudrait, sauf cas médical rédhibitoire, sur l'incapacité globale et générale, en particulier pour les personnes âgées.

Il convient de rappeler que chez ces dernières : « Tout se passe comme si les accidents survenaient à la faveur des situations de conduite qui exigent une décision rapide avec des capacités de jugement quasi-instantanées » (R. Gonthier). Cependant, le risque de désocialisation des personnes âgées, qui peut être liée à une éventuelle incapacité médicale à la conduite, doit rendre très prudent lors de la formulation des interdictions de conduite définitives. Pour ces deux raisons principales et avant de prononcer une incapacité définitive, une commission départementale d'évaluation spécifique siège.

Elle examine et statue sur les cas qui lui sont soumis :

- soit spontanément,
- soit sur avis d'un médecin traitant spécialiste ou généraliste,
- soit sur avis du médecin généraliste agréé.

Cette commission d'appel spéciale, réunit deux gériatres agréés (ou à défaut un omnipraticien et un gériatre agréé). Elle décide, après expertise médicale du conducteur, éventuellement complétée par un test de conduite, de limiter la vitesse d'utilisation du véhicule et le champ de validité du permis à **un usage de proximité, hors voie rapide, pour permettre à la personne concernée de faire face « aux nécessités essentielles de la vie courante » telles qu'elles sont définies par la jurisprudence des accidents de trajet.**

L'incapacité médicale, qui conduirait à **l'arrêt définitif de la conduite, pourrait ouvrir droit à une aide sociale adaptée** qui viserait à compenser le handicap, lié à l'arrêt de la conduite.

De manière plus générale, les incapacités, avant d'être définitives, sauf évidences médicales, devraient, préalablement à leur formulation, et à chaque fois que de besoin, faire proposer au patient un contrôle « en situation » de sa capacité technique à la conduite. Ce test de conduite pourrait, à l'initiative du patient, dûment conseillé par une auto-école agréée en charge de ce type d'examen, être accompagné de leçons de conduite (remise à niveau). A défaut des tests sur simulateur pourraient être proposés mais ils présentent un risque de biais non négligeable liés au manque éventuel d'expérience dans l'utilisation de tels outils par les personnes testées.

- **Proposition de dérogations aux affections médicales incompatibles avec la conduite :**

Compte tenu de la réglementation européenne, il est aujourd'hui quasi-impossible de déroger à l'arrêté de 1997 fixant les incapacités physiques. Cette situation est gênante particulièrement pour les sujets « borderline » et peut occasionnellement provoquer, du fait de l'interdiction de conduire qu'elle peut entraîner, des conséquences sociales graves (chômage chez les conducteurs professionnels, désocialisation des personnes âgées, aggravation des conséquences des handicaps...). Il conviendrait d'étendre à toutes les pathologies listées ce que la réglementation actuelle prévoit : saisine de l'échelon national, quelle que soit la classe d'affection, comme ceci se fait actuellement pour les patients présentant une incapacité au titre de la classe V. Ce nouveau dispositif exigerait que la commission départementale niveau expert (cf. Tableau n° 2), après avoir documenté (en liaison ou non selon les besoins) avec le CES le dossier médical du patient, transmette, pour avis, à la CPIP (Commission Permanente des Incapacités Physiques) la demande de dérogation.

Cette évolution implique :

- de faire contrôler la réalité de cette impossibilité sur un plan légal national et européen,
- et de chercher des solutions réglementaires au niveau national comme à l'échelon européen ,afin de solutionner cette difficulté.

Une telle évolution permettrait de mieux tenir compte des capacités d'adaptation comportementale des conducteurs. Elle apparaît comme un élément majeur pour l'acceptabilité sociale de la réforme.

Le niveau expert départemental serait habilité à traiter, en relation avec le niveau expert régional, des cas difficiles à soumettre au niveau national pour les autorisations de conduite qui nécessiteraient une dérogation à la réglementation. Il n'aurait cependant pas la possibilité de formuler des avis dérogatoires. Ceux-ci relèveraient exclusivement du niveau national.

- **Contestation des avis :**

Le niveau expert départemental statue sur les appels relatifs aux contestations des avis médicaux formulés aux autres niveaux ,avec une adaptation spécifique pour l'intervention du médecin du travail, si celle-ci devait être finalement retenue.

6) Nature des certificats médicaux relevant des omnipraticiens

- **Généralistes agréés ou non :**

→ en dehors de toute pathologie ou devant une pathologie stable et connue :

- le médecin généraliste non agréé : est habilité à délivrer des certificats pour les titulaires du permis B seulement et contrôle le besoin de port de verres correcteurs.
- Le médecin généraliste agréé : en plus du rôle évoqué pour le généraliste non agréé , est habilité à statuer comme actuellement pour tous les permis : sur le port d'un appareil de prothèse, sur les adaptations de véhicule (cf. préambule de la classe V). Il pourrait être envisagé d'élargir son rôle en lui donnant la possibilité de proposer des modulations de la périodicité des visites ou du permis. Par contre, l'incapacité resterait du domaine du niveau départemental sauf avis contraire des représentants des médecins.

→ en cas de pathologie découverte lors de l'examen périodique :

- si l'évaluation de la capacité médicale est possible d'emblée, au vu des examens et avis médicaux (du généraliste traitant, d'un spécialiste...) ou s'il apparaît envisageable au médecin agréé (en fonction d'un avis spécialisé) de formuler son avis, il traite le cas lui-même.
- Dans le cas contraire, le patient est ré-adressé au centre départemental comme prévu par la réforme de juin 2001. Les avis spécialisés sont selon les cas recueillis (à défaut de spécialistes traitants) auprès d'un spécialiste agréé ou non.

S'ils sont sollicités pour établir un certificat, les spécialistes traitants, du fait de leur champ d'intervention limité à un organe, veillent à intégrer à leur examen, selon le contenu qu'ils y mettent, l'exigence d'un examen omnipraticien. En cas de spécialisation pour une pathologie, comme par exemple en diabétologie,..., le cadre global de l'examen de ce type de praticien (sauf avis contraire de ce dernier) dispense de ce complément d'examen par un omnipraticien, dans la mesure où toutes les exigences de l'examen général (protocole) sont remplies.

- Omnipraticiens de prévention

(cf. p. 55)

7) Nature des certificats médicaux relevant du niveau départemental ou régional :

Ils restent comme aujourd'hui rédigés sur le même modèle que les certificats médicaux délivrés par les omnipraticiens. Ils sont autant que de besoin complétés par des rapports d'expertise.

TABLEAU n° 8 : Certificat médical de capacité/incapacités à la conduite

Le modèle CERFA n° 11245.02 (actuellement en vigueur) établi en application de l'article R 127 du Code de la Route doit être modifié :

® pour introduire

**une rubrique où figure le résultat de la visite médicale effectuée par le médecin généraliste du patient s'il n'est pas agréé, ou par celui d'un omnipraticien de prévention ;*

**de même pour les autres modifications qui pourraient être nécessaires au décours des concertations avec les usagers, les représentants des médecins, etc...*

® pour y faire figurer la clause d'invalidation du certificat médical en cas de fausse déclaration et/ou d'apparition, entre deux visites médicales régulières, d'une incapacité ou d'une modification de la capacité de conduite impliquant une modulation du permis ou une interdiction de conduire.