

# **1<sup>ère</sup> PARTIE : EVALUATION MEDICALE DES CAPACITES DES CONDUCTEURS**

## A] PROMOUVOIR LES CAPACITES, FAIRE RECULER L'INCAPACITE

### I / Considérations générales

L'évaluation médicale régulière des conducteurs, si l'on veut qu'elle bénéficie d'un net soutien social, doit s'inscrire dans une pratique médicale fondée sur des examens de médecine générale à visée préventive. Ils devront avoir pour finalité prioritaire **la promotion de la capacité à conduire et non l'exclusion**, même si, au final, certains malades devront arrêter de conduire du fait de pathologies majeures, dans leur propre intérêt et dans celui de la collectivité. L'arrêt de la conduite est déjà décidé de manière spontanée par beaucoup de conducteurs, notamment chez les personnes âgées, devant les risques qu'ils encourent et dans la mesure de la conscience qu'ils ont de leur maladie ou du civisme appliqué à la conduite automobile.

Le bilan médical du conducteur, qui vise à rechercher des incapacités pour en diminuer autant que faire se peut les conséquences en matière de sécurité routière, devra se traduire par un examen approfondi du patient, éventuellement complété par des investigations paracliniques courantes (analyse d'urine, contrôle de la vue, examens biologiques...) et/ou par des avis spécialisés. Il sera conclu par une fiche de liaison médico-administrative, préservant le secret professionnel. Un avis médical fonde d'ores et déjà la décision préfectorale de validation ou de revalidation du permis pour ceux des conducteurs qui sont à ce jour concernés par un tel type de suivi médical par un médecin agréé (permis EB et groupe lourd). La liste des incapacités et affections que le groupe de travail propose de retenir, en fonction des données retrouvées dans la littérature scientifique et internationale, a pour objectif de permettre aux médecins de disposer d'une actualisation de la référence médicale actuellement en vigueur. Elle ne pourra prendre effet qu'après validation par la commission permanente des incapacités physiques qui siège au ministère des transports, et qui a pour rôle d'établir cette liste, conformément à l'arrêté du 8 février 1999.

Dans cette optique, le groupe de travail a développé ses travaux à partir de **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* (Journal officiel du 29 mai 1997). **Ce texte concerne déjà tous les conducteurs, tous âges et toutes activités confondus, même s'il ne s'accompagne pas d'un examen médical régulier pour tous.** Il faut également souligner, même si de nombreux conducteurs l'ignorent, qu'il engage aujourd'hui leur responsabilité contractuelle envers leur compagnie d'assurance.

Cet arrêté a été élaboré en vertu de la directive cadre (91/439/CEE) du Conseil de l'Union Européenne du 29 juillet 1991 relative au permis de conduire, Annexe III *Normes minimales concernant l'aptitude physique et mentale à la conduite d'un véhicule à moteur* (Journal Officiel des Communautés européennes du 24 août 1991).

Le rapport traitera des propositions faites par les experts qui ont accepté de faire partie du groupe de travail malgré les contraintes de planning, qu'ils en soient remerciés, de même pour les services de la Direction Générale de la Santé (DGS) qui nous a accueillis.

Leur expertise médicale, ancienne dans le domaine des transports et de la conduite, complétée par la prise en compte des référentiels internationaux qui nous ont été transmis par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), qu'elle en soit également

remerciée, ont permis au groupe de respecter les délais impartis. Ces documents médicaux représentent une synthèse actualisée de la littérature médicale internationale sur les relations maladies - incapacités - handicaps et conduite. Leur consultation montre que dans de nombreux pays (Canada, Australie, Belgique, Angleterre...) des dispositifs existent déjà depuis des années. Ils confortent la justification de l'extension en France d'une évaluation médicale individuelle et généralisée de tous les conducteurs.

#### **PAYS DANS LESQUELS UN CONTROLE DE LA VUE DES CONDUCTEURS EXISTAIT EN 1994**

- ® dans l'Union Européenne, sur 12 pays membres (Allemagne, Belgique, Danemark, Irlande, Espagne, France, Hollande, Grande Bretagne, Grèce, Italie, Luxembourg, Portugal)
  - tous font contrôler la vue des candidats au permis de conduire
  - 4 sur 12 font un contrôle périodique (Es, I, Gr, L)
  - 8 sur 12 font contrôler les personnes âgées (Ir, GB, H, P, et les 4 périodiques)
  
- ® hors Union Européenne, sur 8 pays (Autriche, Finlande, Norvège, Suède, Suisse, Australie, Japon...)
  - 7 pays sur 8 font contrôler la vue des candidats; 1 ne fait rien (Norvège)
  - 1 sur 8 impose un contrôle périodique (Japon)
  - 4 sur 8 font contrôler les personnes âgées (Finlande, Norvège, Suisse et Japon)
  
- ® au Canada, sur 12 provinces :
  - toutes font contrôler la vue des candidats,
  - 2 sur 12 font contrôler les personnes âgées.
  
- ® Conclusion : en 1994,
  - les candidats bénéficient d'un contrôle de la vue dans la quasi-totalité des pays,
  - les contrôles périodiques sont très peu pratiqués (6 sur 32 Pays, Etats, Province)
  - les personnes âgées sont contrôlées dans 14 pays sur 32 mais dans 66 % des pays de l' Union Européenne.

*Source : groupe de travail sur l'examen médical de la vue des conducteurs, 1994*

Conduire est une activité qui est souvent dangereuse, et ce d'autant plus que les capacités médicales peuvent être dégradées, soit de manière physiologique tout au long de la vie, soit de manière intercurrente par la maladie ou l'accident.

C'est aussi « une activité de sécurité » susceptible d'entraîner pour soi-même et pour les autres (passagers et usagers de la route) un risque d'accident. Une appréhension incorrecte des situations rencontrées peut aboutir, occasionnellement, à l'accident par « défaut de maîtrise du véhicule ».

Le plus souvent, la route n'est dangereuse que dans la mesure de l'usage que l'on en fait. La probabilité d'émergence d'un dommage matériel ou surtout humain impose de mettre en œuvre toutes les actions qui sont susceptibles de contribuer à la maîtrise des risques routiers. La multitude et la complexité de ces derniers, que révèlent les analyses accidentologiques, imposent d'y appréhender de manière plus réaliste la place que le conducteur a, en cas de problème de santé. Même si ceux-ci, d'après la littérature scientifique, ont une part de responsabilité relativement faible (6 % des accidents mortels de la route auraient une cause médicale). De même, la dimension médicale de l'addiction à l'alcool, qui est à l'origine de 10 à 15 % des accidents mortels de la route et de 30 à 35 % des accidents routiers, doit être reconsidérée dans une optique de prévention médicale mieux affirmée. L'appréhension de ces addictions ne doit plus être quasi-exclusivement répressive. Dès lors, les médecins doivent retrouver toute leur

place dans ce domaine, la généralisation de l'évaluation des capacités médicales des conducteurs devrait y contribuer. L'ampleur du problème humain impose de ne rien écarter en matière de prévention routière.

Identifier les dangers, évaluer les risques et les maîtriser, tel est l'enchaînement logique à suivre en matière d'accidentologie. De même, il faut avoir présent à l'esprit que la pathologie peut être potentiellement dangereuse car susceptible d'entraîner un risque d'altération des capacités médicales du conducteur. Seules certaines pathologies sont potentiellement incapacitantes, comme celles listées sur un plan réglementaire au niveau international et européen. Dès lors, il apparaît logique d'en définir une liste pour la France, même si celle-ci ne permettra jamais de traiter de manière exhaustive toutes les situations médicales incapacitantes. L'incidence du comportement individuel interférant sur la capacité de conduite, un besoin d'expertise médicale spécifique en découle, la généralisation des examens médicaux des conducteurs permettra d'y répondre.

Ces considérations conduisent à souligner également que le conducteur doit disposer de tous ses moyens. Il faut donc que l'on mette en œuvre tous les moyens disponibles pour l'aider à préserver sa capacité médicale de conduite. L'intervention du médecin est un « moyen » incontournable, même si ce n'est qu'un « moyen » parmi d'autres.

Compte tenu des données médicales scientifiques et des performances de la France en matière de sécurité routière, le groupe de travail estime qu'il faut, non seulement agir sur tous les facteurs d'accidents techniquement accessibles (politique de lutte contre les zones routières à risque, recherches en accidentologie...), mais également introduire des possibilités de modulation médicale du permis, en complément des adaptations techniques des véhicules existant déjà aujourd'hui. ***Le droit de conduire, s'il est intangiblement lié au droit de circuler et à la liberté individuelle de le faire, doit cependant trouver ses limites, là où commence l'insécurité pour les autres, ce qui n'empêche pas que l'action médicale soit menée sans excès.***

Une altération des capacités médicales de conduite peut trouver son origine dans un état physiologique dégradé ou dans un état pathologique non ou insuffisamment appréhendé par le conducteur (non-observance des préconisations médicales...). Plutôt que la sanction de l'inaptitude médicale, il faut proposer aux patients aide et assistance.

Entre maladie et accident, il n'y a pas de relation épidémiologique simple. Chacun sait, en effet, que l'épidémiologie n'a pas pour objet d'apporter des preuves formelles, mais d'évaluer, entre autres, à un niveau collectif, des dangers inéluctables et des risques. Elle aborde la santé par des méthodes statistiques d'analyse de groupe pas toujours extrapolables au niveau d'un individu isolé, ce qui est une difficulté pour la promotion de la prévention médicale, dans le cadre du colloque médecin-patient. Il en découle que les patients restent souvent difficiles à convaincre: « les risques, c'est pour les autres... » ; « les risques, ce sont les autres ». Ce mode de pensée constitue un obstacle majeur à la nécessaire prise de conscience de l'implication personnelle de chaque conducteur dans la gestion des relations santé - sécurité routière, dans son intérêt et dans celui de la collectivité. Dans ce contexte, le corps médical, à côté de son rôle habituel, doit voir son engagement renforcé dans la diffusion de messages de sécurité adaptés.

## **II/ Rationnel**

Sans estimer nécessaire de reprendre dans le présent rapport toutes les études scientifiques qui valident l'utilité d'un volet médical, dans une politique globale de sécurité routière, le groupe tient cependant à souligner les points suivants :

**1®** La multiplicité et la complexité des facteurs rencontrés en accidentologie routière, et en particulier l'existence de nombreuses données qualitatives (le comportement en est une), contraignent les analystes à quantifier des variables qualitatives, ce qui conduit à certaines difficultés d'appréciation, notamment dans l'interprétation des relations entre les incapacités médicales et la conduite. En être conscient n'implique cependant pas l'abstention médicale, car la relation maladie-accident n'en est pas moins avérée, comme en attestent de multiples études.

**2®** L'analyse des conséquences des pathologies sur les capacités de conduite doit se faire en distinguant le danger inéluctable (ex. : syncope au volant) et le risque (ex. : altération des capacités neuro-sensorielles). Ainsi, une perte brutale de conscience au volant provoquera inéluctablement un accident. Par contre, une incapacité subaiguë ou chronique, d'apparition lente et progressive, permettra le développement de stratégies de compensation. La maladie qui explique une telle incapacité s'analysera donc comme un risque. Encore faut-il que celui-ci soit évalué et que des compensations adaptées et efficaces soient mises en œuvre et/ou proposées. Chez tel conducteur, ou dans telle situation, le risque ne contribuera pas toujours à provoquer un accident, par contre pour un autre, dans une situation similaire, il n'en sera pas de même. Ceci justifie pleinement, pour les experts réunis, la vérification régulière des capacités individuelles de conduite, comme élément d'une politique globale de sécurité routière, fondée sur des approches individualisées et sur la promotion des capacités individuelles.

**3®** Au-delà de la formation du conducteur à la conduite, les analyses accidentologiques démontrent **qu'entre la maladie et l'accident le filtre du comportement individuel et l'aléa de l'environnement routier interviennent et gênent les analyses**. Dès lors, il faudrait améliorer les recherches en multipliant les études multifactorielles (calcul des fractions attribuables), visant à mieux évaluer ce qui relève :

- du comportement du conducteur en bonne santé,
- de ses capacités/ incapacités médicales à conduire,
- de l'environnement routier.

Le groupe de travail propose, dans cette optique, de promouvoir les recherches sur le terrain : développement des enquêtes (REAGIR...), centralisation des informations, implication des médecins dans les analyses accidentologiques (examen médical de « sécurité routière » du conducteur, au décours immédiat de tout accident grave). Ceci se fait déjà pour les pratiques addictives, ce qui a contribué à mieux évaluer les conséquences de ces dernières pratiques sur la sécurité routière.

**4®** Le groupe de travail rappelle qu'une nouvelle politique de santé publique, appliquée à la sécurité routière, doit faire plus nettement converger : soins, prévention médicale, éducation sanitaire et hygiène de la conduite. Mais il faut aussi appréhender le conducteur dans sa dimension personnelle et dans le contexte collectif et environnemental de la conduite, en distinguant plus clairement ce qui relève de l'action médicale de ce qui n'en relève pas.

La divergence dans le respect du Code de la route, entre l'interprétation qu'en font certains comparativement à d'autres, doit faire comprendre que ***les comportements de prudence des personnes âgées au volant ne devraient plus pouvoir être mis « sous pression » par le comportement de certains conducteurs ignorants des autres et irrespectueux des règles de base du Code de la route***. Il est en effet parfois difficile, pour ceux qui observent les règles, de résister aux pressions de ceux qui s'estiment au-dessus de celles-ci. Ce problème ne se traitera pas par une analyse des capacités/incapacités médicales.

\*       \*  
\*  
\*

## LA REALITE DES STATISTIQUES DE LA SECURITE ROUTIERE

En France, [11 %]\* des responsables d'accidents mortels ont plus de [70]\* ans. La fréquence des accidents rapportée à la distance parcourue est le double de celle des sujets d'âge moyen.

Mais l'augmentation du risque au kilomètre parcouru est compensée par la réduction de l'exposition au risque : les personnes âgées parcourent de moins en moins de kilomètres avec l'avance en âge et adaptent leur conduite en prenant de moins en moins de risque mesuré.

### **AUX ETATS UNIS, ON OBSERVE UNE SITUATION SIMILAIRE A CELLE DE LA FRANCE.**

Dans ce pays, en l'an 2000, 25 % des conducteurs ont plus de 55 ans. Les blessures par accidents de voiture sont la seconde cause d'accident après les chutes chez les personnes de 75 ans et plus.

Le taux de mortalité par accident corporel est 3 fois plus élevé chez le sujet âgé (en France 2,2 % de 35 ans à 49 ans, 6 % au-delà de 65 ans).

Cette constatation d'un surcroît de mortalité est d'autant plus significative que la violence des chocs subis par les personnes âgées est en moyenne plus faible que dans les accidents impliquant des personnes plus jeunes.

### **TYPES D'ACCIDENT**

Les types d'accident dans lesquels sont impliquées les personnes âgées diffèrent par rapport à ceux des sujets jeunes; l'analyse descriptive de leurs circonstances de survenue montre :

- qu'ils sont plus fréquents aux intersections et à vitesse réduite ;
- qu'ils impliquent cinq fois plus que chez les sujets jeunes, deux ou plusieurs véhicules ;
- qu'ils mettent moins souvent en cause l'alcool que les accidents survenant chez les jeunes conducteurs ;
- qu'il existe plus souvent des défauts d'observation des règlements de conduite : refus de priorité à droite, changement de direction sans clignotant, passage interdit...

Par contre, les conducteurs âgés sont sous-représentés dans les accidents impliquant une violation des règles de prudence : excès de vitesse; non-respect de la distance de sécurité entre les véhicules. 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.

Problématiques proposées aux médecins des commissions médicales primaires dans le cadre de leur formation.

R. GONTHIER, J.B. BOUZIGUES, J.C. BERTRAND.

La revue de Gériatrie 1997 ;22 :353-58

\* Accident de la circulation : proportion des victimes âgées / ensemble

	Piétons		Voitures		Dont Conducteurs	
	Tués	Blessés	Tués	Blessés	Tués	Blessés
70 – 74 ans	66	267	201	2178	139	1314
75 – 79 ans	81	326	237	1759	168	1096
80 ans et +	131	405	170	1143	102	650
Tous les âges	793	3532	5006	92961	3512	59338
%	36	28	12	5	11	5

Office National des Statistiques Routières, année 2000.

\*       \*  
\*

Une meilleure distinction entre ce qui est médical et ce qui ne l'est pas devrait permettre à l'avenir de relativiser les craintes, non théoriques mais limitées, d'exclusion des « inaptés », qui pourrait accompagner la généralisation d'un suivi médical régulier des conducteurs. Le groupe de travail insiste sur le fait que ce n'est pas en écartant un tel suivi que la sécurité routière progressera. C'est au contraire par son instauration que les médecins, les patients et la collectivité, dûment sensibilisés par cette nouvelle approche de la santé au volant, comprendront mieux l'utilité :

- d'une meilleure prise en compte des interrelations maladie – incapacité –handicap - conduite;
- de la nécessaire bonne observance des traitements, soit pour la maîtrise évolutive d'une maladie chronique, soit du fait de l'incidence qu'ils peuvent avoir sur la conduite, par exemple en terme de vigilance ;
- de l'avantage du dépistage des troubles neurosensoriels et cognitifs interférant avec la capacité de conduite,

tout ceci dans le contexte de la promotion du respect des règles de conduite.

**5®** « *La conduite d'un véhicule nécessite de la part du conducteur un niveau de conscience, d'attention et de réaction suffisant pour lui permettre d'apprécier les conditions routières, et de réagir en conséquence. Le conducteur doit pouvoir exécuter rapidement et avec précision les mouvements complexes pour conduire son véhicule sans danger, spécialement par mauvais temps ou en cas de circulation dense* » (H.VESPIGNANI). Rappelons que les pathologies ophtalmologiques, neurosensorielles... affectent la qualité de la nécessaire prise d'informations pour une conduite plus sûre. L'analyse de la littérature médicale montre que les pathologies retentissant sur l'état de vigilance, particulièrement celles qui le font de manière brutale provoquant syncopes ou pertes de connaissance, qu'elles soient d'origine métabolique, neurologique, cardiologique..., peuvent survenir à tout moment et dégrader les capacités de conduite, surajoutant leurs effets aux dégradations physiologiques liées à l'âge.

**6®** Au delà de la prise en compte de la pathologie, il est nécessaire de mieux appréhender les facteurs influençant les capacités physiologiques du conducteur. La grande majorité des facteurs listés ci-dessous réfère à la capacité médicale physiologique, à la pathologie, et à l'environnement. Ils ne peuvent être évalués, dépistés ou traités que dans la mesure de leur prise en compte spécifique, notamment à travers un examen médical ciblé. Dès lors, il convient de les rechercher le plus précocement possible, de les traiter et/ou de les corriger par les moyens les mieux adaptés. **La précocité du dépistage est garante de la préservation ultérieure des capacités, comme tout médecin le sait, et non forcément d'exclusion ;** c'est ce que montrent dans de nombreux domaines les études de santé publique.

**7®** Compte tenu de tout ceci, l'examen médical d'évaluation du conducteur devra comporter deux axes :

- a/ un axe médical : bilan des capacités et des actions thérapeutiques en faveur de la réduction des incapacités,
- b/ un axe spécifique d'éducation sanitaire : le médecin devra évoquer avec son patient les consignes pratiques qu'implique la situation médicale rencontrée (durée de conduite, intensité des efforts physiques possibles, organisation du temps de conduite, effet des médicaments...).

**FACTEURS SUSCEPTIBLES DE MODIFIER  
L'APTITUDE A LA CONDUITE DES PERSONNES AGEES**

**Modifications de la vue avec l'âge :**

- Réduction progressive du champ visuel.
- Baisse de l'acuité visuelle dynamique.
- Baisse de la résistance à l'éblouissement.
- Augmentation du temps d'adaptation à l'éblouissement.
- Baisse de l'acuité visuelle nocturne.
- Augmentation du temps d'adaptation au noir.

**Autres changements liés à l'avance en âge :**

- Baisse de l'acuité auditive.
- Changement des muscles squelettiques (baisse en force, souplesse, coordination et dextérité).

**Déficiences chroniques courantes :**

- Cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge, rétinopathie diabétique, maladies de la cornée.
- Presbycusie.
- Maladies articulaires.
- Démence, accident vasculaire cérébral, syndrome extrapyramidal.
- Autres maladies chroniques.
- Effets secondaires des médicaments.

**Facteurs liés au comportement :**

- Connaissance de la conduite et habitudes.
- Utilisation de la ceinture ou des autres consignes de sécurité.
- Utilisation de l'alcool ou de médicament.

**Facteurs liés à l'environnement :**

- Type de véhicule et maintenance.
- Type de routes (panneaux, éclairages...)

*La Revue du Praticien – Médecine générale  
R.GONTHIER – 1995*

**8®** Si la prise en compte spécifique de ces facteurs et de ces axes de travail, dans un contexte médical, apparaît indispensable à la maîtrise des risques mesurés par le conducteur, il convient également de remettre en perspective cette action dans sa dimension sociale. Le corps médical est aujourd'hui fréquemment remis en cause par le développement de la judiciarisation des relations sociales. Par ailleurs, dans le cadre de la prise en charge des malades, le médecin a vu son devoir d'information fortement renforcé (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades).

Ces deux éléments, associés à un prochain renforcement de l'information concernant l'effet des médicaments sur la vigilance, ne manqueront pas d'avoir des conséquences au quotidien, particulièrement en cas d'accident. En effet, les patients ne risquent-ils pas de tenter de s'exonérer de leur responsabilité personnelle, dans un tel contexte, en alléguant l'absence ou l'insuffisance de l'information médicale? Il convient dès lors que cette « nouvelle » dimension dans la relation au patient, notamment en cas de pathologie intercurrente entre deux visites d'évaluation des capacités médicales à la conduite, soit à l'avenir plus clairement envisagée. Il est en effet nécessaire et prudent - compte tenu que ce sont 36 millions de nos concitoyens qui sont titulaires d'un permis, rejoints chaque année par près de 800.000 nouveaux conducteurs - que ces éléments soient appréhendés par les médecins, dans le contexte des soins. Ceci devra se traduire par une information du malade, comprise par ce dernier, chaque fois que de besoin :

c'est à dire lorsqu'un patient présente une pathologie ou prend un traitement pouvant interférer avec la capacité de conduite. Une telle démarche bénéfique en matière de « **prévention de l'incrimination** » du médecin par le malade en cas d'accident, impose aussi de réfléchir à la responsabilisation directe des malades, face à l'observance des conseils d'interruption de la conduite que pourraient leur prodiguer leurs médecins. Ce point à lui seul imposera une réflexion approfondie et sera repris dans la deuxième partie du rapport (cf. p. 66).

## **RESPONSABILISER LE CONDUCTEUR ATTEINT DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE**

### **Les 10 commandements**

- ◆ Etre vigilant vis-à-vis des signes prémonitoires.
- ◆ Connaître les symptômes de sa maladie et s'arrêter dès l'apparition de signes précurseurs.
- ◆ Ne jamais changer sa roue ou pousser son véhicule soi-même.
- ◆ Porter sur soi une fiche mentionnant sa pathologie et un éventuel traitement (anticoagulant).
- ◆ Porter sa ceinture de sécurité car il n'existe aucune dérogation au port de la ceinture.
- ◆ Déconseiller la conduite en période post-prandiale.
- ◆ Eviter les périodes de circulation difficile (trafic dense et grands départs) et se fixer des étapes pour s'accorder des temps de repos.
- ◆ Eviter la vitesse, l'alcool, la fatigue, le stress.
- ◆ Ne pas conduire après la première prise d'un nouveau médicament
- ◆ Eviter de conduire seul et privilégier la conduite alternée

*Le cœur au volant, les maladies cardiovasculaires et la sécurité au volant*

*Evaluation du risque cardiovasculaire au volant*

*Fiches Techniques - 2003*

*Pr. Daniel THOMAS, Hôpital La Pitié Salpêtrière.*

## **B] AFFECTIONS MEDICALES POUVANT ALTERER LES CAPACITES A LA CONDUITE AUTOMOBILE :**

### **I/ Listes des affections médicales potentiellement dangereuses, car susceptibles de dégrader les capacités médicales à la conduite.**

Il convient conformément aux conditions de délivrance du permis de distinguer deux catégories de conducteurs : les conducteurs des catégories A, A1, B, B1, EB (groupe I, léger) et les conducteurs des catégories C, D, EC et ED (groupe II, lourd). Le permis EB (caravanes...) est déjà assujéti aujourd'hui à un renouvellement tous les 5 ans.

Le groupe de travail propose de retenir les affections suivantes en gardant les mêmes classes que dans l'arrêté du 7 mai 1997 :

- Classe I : pathologie cardio-vasculaire
- Classe II : œil et vision
- Classe III : oto-rhino-laryngologie / pneumologie
- Classe IV : neurologie / psychiatrie
- Classe V : appareil locomoteur
- Classe VI : pathologie métabolique et transplantation

#### **ELEMENTS D'EXPLICATION DES MODULATIONS DE LA DUREE DE CONDUITE**

→ **Interruption transitoire de conduite** : elle relève dans le cadre du colloque singulier de l'intervention de tout médecin de soins (ou du travail pour les actifs) auprès de son patient pour gérer les incapacités médicales intercurrentes entre deux visites médicales obligatoires. Leur délai (inférieur à 6mois) est très inférieur aux délais administratifs que nécessite la mobilisation officielle des services préfectoraux en charge de la gestion des permis de conduire.

→ **Compatibilité/Incompatibilité** : elle relève, pour le groupe léger occasionnellement et pour le groupe lourd systématiquement, des médecins agréés (omnipraticiens ou spécialistes). Ces avis fondent la décision de l'autorité préfectorale.

→ **Les transports de matières dangereuses**, qui ne sont pas distinguées dans l'arrêté, relèvent des mêmes interdictions que le permis D.

**LISTES DES AFFECTIONS MEDICALES POTENTIELLEMENT DANGEREUSES,  
CAR SUSCEPTIBLES DE DEGRADER LES CAPACITES MEDICALES A LA CONDUITE  
ET POUVANT IMPOSER UNE INTERRUPTION DE LA CONDUITE OU  
DONNER LIEU A LA DELIVRANCE DE PERMIS DE CONDUIRE MODULE**

**Principe :**

En règle générale, tant pour le groupe I que pour le groupe II, 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. Les médecins agréés pourront, s'ils le jugent prudent pour la sécurité routière, exclure la catégorie D de l'avis de capacité relatif au groupe lourd. Avant chaque examen médical par un médecin agréé, le conducteur est tenu de remplir et de signer une déclaration sur l'honneur décrivant loyalement ses antécédents médicaux, une éventuelle pathologie en cours et les traitements pris régulièrement. Au vu de cette déclaration et après bilan médical, le certificat médical est délivré par un médecin habilité.

***AVERTISSEMENT : Les modifications proposées ci-dessous intègrent l'hypothèse de la gestion de l'évaluation de la capacité médicale des conducteurs dans le contexte des visites médicales régulières obligatoires qui vont être instaurées et dans celui des maladies intercurrentes (survenant entre deux visites médicales obligatoires). Cette gestion implique, outre les médecins agréés, les médecins traitants généralistes ou spécialistes, ainsi que les omnipraticiens de prévention (médecins du travail...).***

## CLASSE I : PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

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 cardiovasculaire de nature à provoquer une altération subite des fonctions cérébrales constituent un danger pour la sécurité routière.

La reprise de la conduite après tout évènement cardiaque aigu et les renouvellements réguliers qui s'ensuivent imposent un avis préalable du spécialiste avant autorisation de la conduite par le médecin généraliste agréé.

Les risques additionnels liés à la conduite du groupe lourd et aux conditions de travail (cf. art. 2) seront envisagés avec la plus extrême prudence.

Affections	Groupe léger*	Groupe lourd*	Observations
1.1 : Coronaro- pathies	1.1.1 : Infarctus aigu du myocarde et/ou angine de poitrine instable	Interruption transitoire de 1 mois puis reprise après avis du cardiologue.	Interruption transitoire de 2 mois minimum. Reprise de la conduite sous réserve d'un suivi semestriel par un cardiologue : compatibilité temporaire semestrielle jusqu'à 2 ans, puis compatibilité annuelle. Incompatibilité de tout syndrome coronarien non stabilisé.
	1.1.2 : Coronaropathie asymptomatique et angine de poitrine stable	Compatibilité	Avis cardiologique
	1.1.3 : Angioplastie	Interruption transitoire de la conduite 15 jours. Reprise de la conduite sur avis du cardiologue.	cf.1.1.1 et 1.1.2
	1.1.4 : Pontage coronaire	Interruption transitoire 1 mois. Reprise de la conduite sur avis du cardiologue.	Interruption transitoire 3 mois. Reprise de la conduite sous réserve d'un suivi semestriel par un cardiologue : compatibilité temporaire semestrielle jusqu'à 2 ans puis compatibilité annuelle.
1.2 troubles du rythme et/ou de la conduction	1.2.1 Tachycardie ventriculaire paroxystique non soutenue, paroxystique supraventriculaire.	Compatibilité	Incompatibilité jusqu'à contrôle thérapeutique. Catégorie C : Reprise de la conduite sous réserve d'un suivi cardiologique régulier : compatibilité temporaire semestrielle jusqu'à 2 ans puis compatibilité annuelle. Catégorie D : Incompatibilité véhicule pendant 1 an puis compatibilité temporaire semestrielle.

\* Les conducteurs des catégories A, A1, B, B1, EB appartiennent au groupe I dit léger et les conducteurs des catégories C, D, EC et ED appartiennent au groupe II, dit lourd.

Affections		Groupe léger	Groupe lourd	Observations
1.2 Troubles du rythme et/ou de la conduction	1.2.2 Fibrillation auriculaire ou flutter auriculaire paroxystique	Interruption transitoire jusqu'à contrôle thérapeutique. Compatibilité sous réserve d'un suivi régulier semestriel par cardiologue.	cf. 1.2.1. (prise en compte additionnelle du risque emboligène)	
	1.2.3 Fibrillation auriculaire ou flutter auriculaire chronique	Interruption transitoire jusqu'à sédation des symptômes. Compatibilité sous réserve d'un suivi régulier semestriel par cardiologue.	Incompatibilité 6 mois. Reprise de la conduite sous réserve d'un suivi cardiologique régulier (3 mois de contrôle de traitement anti-coagulant efficace minimum) : compatibilité semestrielle pendant 2 ans puis compatibilité annuelle si aucun trouble depuis la sédation des symptômes initiaux.	
	1.2.4 Suites immédiates de cardioversion	Compatibilité	Catégorie C : Incompatibilité jusqu'à contrôle des troubles, puis reprise de la conduite sous réserve d'un suivi cardiologique régulier, compatibilité semestrielle pendant 2 ans puis annuelle. Catégorie D : Incompatibilité véhicule pendant 1 an puis compatibilité temporaire semestrielle.	

Affections		Groupe léger	Groupe lourd	Observations
1.2 Troubles du rythme et/ou de la conduction	1.2.5 Bradycardie sinusale supérieure à 40/mn, extrasystoles auriculaires ou ventriculaires	Compatibilité	Incompatibilité jusqu'à avis cardiologique et contrôle par enregistrement électro-cardiographique continu sur 24 h obligatoire. Compatibilité temporaire semestrielle pendant 2 ans, puis annuelle. Catégorie D : Incompatibilité véhicule pendant 1 an puis compatibilité temporaire semestrielle.	
	1.2.6 Fibrillation ventriculaire et tachycardie ventriculaire	Incompatibilité 6 mois puis, selon avis cardiologique, compatibilité temporaire 6 mois pendant 2 ans puis annuelle.	Incompatibilité	
	1.2.7 Bloc auriculo-ventriculaire et bradycardie sinusale inférieure à 40/min	Bloc de 1er degré : compatibilité. Bradycardie sinusale inférieure à 40/min : cf. 1.2.6 Blocs de 2ème ou de 3ème degré non appareillés : Incompatibilité. Blocs appareillés : cf. 1.2.8	Bloc de 1 <sup>er</sup> degré : Compatibilité. Blocs de 2ème ou de 3ème degré non appareillés : Incompatibilité. Blocs appareillés : cf. 1.2.8. Bradycardie sinusale inférieure à 40/min : cf. 1.2.6.	
	1.2.8. Pose de stimulateur cardiaque ou remplacement de boîtier.	Interruption transitoire de la conduite 15 jours. Reprise selon avis cardiologique.	Catégorie C : Incompatibilité 2 mois puis reprise de la conduite sous réserve d'un suivi cardiologique : compatibilité temporaire semestrielle jusqu'à 2 ans puis compatibilité annuelle. Catégorie D : Incompatibilité pendant un an puis sous réserve d'un suivi cardiologique : compatibilité semestrielle.	
	1.2.9 Défibrillateur implantable	Incompatibilité.	Incompatibilité	
1.2.10 Dysplasie arythmogénique du ventricule droit	Incompatibilité jusqu'à sédation des troubles. Compatibilité temporaire semestrielle en l'absence de tout symptôme pendant 2 ans puis compatibilité annuelle.	Incompatibilité si symptomatique. Reprise après avis cardiologique: compatibilité temporaire 6 mois. Catégorie D : Incompatibilité véhicule.		

Affections		Groupe léger		Groupe lourd	Observations
1.3 Troubles de la conscience	1.3.1 Syncope	syncope unique	Interruption transitoire 1 mois. Reprise après avis cardiologique.	Incompatibilité de 3 mois pour la catégorie C et d'1 an pour la catégorie D. Reprise de la conduite sous réserve d'un suivi cardiologique régulier avec contrôle par enregistrement électro-cardiographique continu sur 24h et avis cardiologique : compatibilité temporaire 6 mois sous réserve de conduite loco-régionale.	
		syncope récurrente	Incompatibilité 3 mois puis reprise après avis cardiologique.	Incompatibilité.	
	1.3.2 Accidents vasculaires cérébraux	Accident Ischémique Transitoire	cf.4.7	cf. 4.7	
		Accident Ischémique Constitué	cf.4.7	cf.4.7	
	1.3.3 Anévrismes cérébraux	cf. 4.7	cf. 4.7		
1.4 Hypertension Artérielle		Interruption transitoire si Pression artérielle systolique supérieure à 220 mm Hg et/ou si diastolique supérieure à 130 mmHg, ou si signes d'hypertension artérielle maligne. Si normalisation, reprise sur avis médical après intervalle libre de un mois et contrôle de la mesure ambulatoire de la pression artérielle : compatibilité temporaire 5 ans, pour les conducteurs relevant d'une périodicité décennale de visite.		Incompatibilité si pression artérielle systolique supérieure à 180 mmHg et /ou diastolique supérieure à 100 mmHg ou si signes d'hypertension artérielle maligne. Si normalisation, reprise sur avis médical après intervalle libre de 2 mois et contrôle de la mesure ambulatoire de la pression artérielle : compatibilité temporaire 2 ans.	
1-5 : Insuffisance cardiaque		Incompatibilité si stade IV (classification New York Heart Association : NYHA). Compatibilité temporaire annuelle dans les autres cas		Incompatibilité si symptomatique(classification New York Heart Association : NYHA stade II, III ou IV). Stade I : Compatibilité temporaire 2 ans sous réserve d'un suivi médical régulier.	

Affections		Groupe léger	Groupe lourd	Observations
1.6 Valvulopathies	1.6.1 Valvulopathie traitée médicalement	Compatibilité si asymptomatique. Sinon cf. 1.2, 1.3.1, 1.3.2, et 1.5	Incompatibilité si symptomatique. Catégorie C : Reprise de la conduite après 6 mois sans symptôme sur avis cardiologique et sous réserve d'un suivi médical régulier : compatibilité temporaire 6 mois pendant 2 ans, puis annuelle. Catégorie D : Reprise de la conduite après un an sans symptôme sur avis cardiologique et sous réserve d'un suivi médical régulier : compatibilité temporaire semestrielle.	
	1.6.2 Valvulopathie traitée chirurgicalement	Interruption transitoire 2 mois après intervention puis cf. 1.6.1.	Incompatibilité 3 mois après intervention puis cf.1.6.1	
1.7 Pathologies vasculaires	1.7.1 Anévrisme aortique connu et traité	Compatibilité	Incompatibilité si diamètre supérieur à 5 cm. Compatibilité annuelle après intervention pendant 2 ans, puis tous les 2 ans sur avis cardiologique.	
	1.7.2 Thrombophlébite des membres inférieurs	Interruption transitoire jusqu'à guérison puis reprise en l'absence de séquelle. Si séquelles, cf. classe 5	Incompatibilité 3 mois puis reprise selon avis médical. Si séquelles, cf. classe 5.	
1.8 Transplantation cardiaque		cf. 6.3	Incompatibilité si symptomatique sinon cf. 6.3	
1.9 Cardiomyopathie hypertrophique		<b>Si non obstructive:</b> compatibilité sous réserve d'un suivi médical régulier. <b>Si obstructive:</b> incompatibilité sauf avis contraire cardiologique.	<b>Si non obstructive :</b> Catégorie C : compatibilité si asymptomatique, après avis cardiologique et sous réserve d'un suivi régulier: compatibilité temporaire 2 ans. Catégorie D : incompatibilité 6 mois après régression des symptômes , puis compatibilité temporaire semestrielle sous réserve d'un suivi cardiologique régulier. <b>Si obstructive:</b> incompatibilité	
1.10 Cardiopathie congénitale		Incompatibilité si symptomatique. Reprise de la conduite après 6 mois sans symptôme sur avis cardiologique et sous réserve d'un suivi médical régulier : compatibilité temporaire 1 an.	Incompatibilité si symptomatique. Reprise de la conduite après 1 an sans symptôme sur avis cardiologique et sous réserve d'un suivi médical régulier: compatibilité temporaire 1 an.	

## CLASSE II : ŒIL ET VISION

Affections		Groupe léger	Groupe lourd	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 à 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 1/20, 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 sont mesurées avec correction optique si elle existe déjà. Le certificat du médecin devra préciser l'obligation de correction optique. Pour le groupe léger, en cas de perte de vision d'un œil (moins de 1/10), délai d'au moins 3 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 Dyschromatopsies (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.		

Affections		Groupe léger	Groupe lourd	Observations	
2.2 : Pathologie oculaire	2.2.1 Aphakie bilatérale	Se reporter aux paragraphes 2.1.1 et 2.1.2		Avis du spécialiste	
	2.2.2 Héméralopies (troubles de la vision crépusculaire)	Incompatibilité de la conduite nocturne ; autorisation de conduite diurne uniquement.		Avis du spécialiste	
	2.2.3 Monophtalmies	Voir paragraphes 2.1.1 et 2.1.2	Incompatibilité	Avis du spécialiste	
	2.2.4 Nystagmus	Compatibilité 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	blépharospasmes incoercibles	Incompatibilité		Avis du spécialiste
		mobilité du globe oculaire	Incompatibilité des diplopies permanentes		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 : OTORHINO-LARYNGOLOGIE – PNEUMOLOGIE**

Affections			Groupe léger	Groupe lourd	Observations
3-1 : Déficience auditive	3-1-1 : Accessible à un appareillage (ou une intervention)	3-1-1-1 : progressive ou ancienne	Compatibilité : si déficit supérieur à 35 dB à 1000 Hz avis du spécialiste ORL et prothèse auditive recommandée	La limite de référence est de 35 décibels jusqu'à 2000 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	Pour les deux groupes, véhicule avec rétroviseurs bilatéraux (mention restrictive sur le permis)
		3-1-1-2 : brusque ou de moins d'un an	Avis du spécialiste ORL	Avis du spécialiste ORL	
	3-1-2 : Sourd profond		Compatibilité*	Incompatibilité (cf. 3-1-1-1)	
3-2 : Troubles de l'équilibre	3-2-1 : Type vertige paroxystique bénin		Compatibilité	Compatibilité	Un avis du spécialiste reste recommandé dans tous les cas pour le suivi d'un trouble de l'équilibre
	3-2-2 : Maladie de Ménière		Compatibilité	Incompatibilité	
	3-2-3 : Apparentés aux labyrinthites	3-2-3-1 : phase aiguë	Incompatibilité temporaire d'un mois	Incompatibilité jusqu'à avis spécialisé (ORL ou neurologue) pour la reprise	
		3-2-3-2 : dans les antécédents	Compatibilité	Compatibilité selon avis du spécialiste (ORL ou neuro)	
3-2-4 : Instabilité chronique		Incompatibilité (cf. 4.4)	Incompatibilité (cf. 4-4)		

Affections	Groupe léger	Groupe lourd	Observations
3-3 : Port d'une canule trachéale	Compatibilité	Compatibilité selon avis du spécialiste (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 envisagés soigneusement.
3-4 : Asthme, emphysème, bronchite chronique et affections dyspnéiques	Compatible voir colonne "observations" et (cf. 4-2)	Voir colonne "observations" et (cf.4-2)	L'évolution et l'incapacité entraînées par ces affections, seront évaluées par un spécialiste avant décision du médecin agréé.

**CLASSE IV : NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE**

Affections	Groupe léger	Groupe lourd	Observations
4-1 : Pratiques addictives *	La plus grande vigilance est recommandée étant donné l'importance et la gravité du problème en matière de sécurité routière		
	4-1-1 : Abus d'alcool	<p>Conduite interdite s'il y a abus d'alcool ou tout autre comportement qui rend impossible la dissociation entre consommation d'alcool et conduite automobile.</p> <p>Avant autorisation de la conduite, réévaluation obligatoire par un médecin agréé qui statue au vu des éléments cliniques et biologiques et, selon les cas, après avis spécialisé.</p> <p>Appréciation des modifications du comportement d'alcoolisation sur les éléments médicaux présentés : période probatoire d'un an.</p> <p>En cas de récurrence, modulation de la périodicité des visites médicales avec raccourcissement des échéances à l'appréciation du médecin agréé, à l'issue de la période probatoire.</p>	<p>Conduite interdite s'il y a abus d'alcool ou tout autre comportement qui rend impossible la dissociation entre consommation d'alcool et conduite automobile.</p> <p>Avant autorisation de la conduite, réévaluation obligatoire par un médecin agréé qui statue au vu des éléments cliniques et biologiques et après avis spécialisé. Appréciation des modifications du comportement d'alcoolisation sur les éléments médicaux présentés : période probatoire de 6 mois, renouvelable.</p> <p>En cas de récurrence, modulation de la périodicité des visites médicales avec raccourcissement des échéances à 1 an, renouvelable pendant 3 ans.</p>
4-1-2 : Dépendance à l'alcool	<p>Conduite interdite s'il y a une dépendance à l'alcool ou tout autre comportement qui rend impossible la dissociation entre consommation d'alcool et conduite automobile.</p> <p>Incompatibilité temporaire de 6 mois minimum et tant que persistent des signes cliniques et biologiques de dépendance à l'alcool.</p> <p>Avant autorisation de la conduite, réévaluation obligatoire à 6 mois par un médecin agréé qui confirme le sevrage total au vu des éléments médicaux présentés dont avis spécialisé obligatoire : période probatoire de 6 mois renouvelables. Ultérieurement, modulation de la périodicité des visites médicales avec raccourcissement des échéances à l'appréciation du médecin agréé.</p>	<p>Conduite interdite s'il y a une dépendance à l'alcool ou tout autre comportement qui rend impossible la dissociation entre consommation d'alcool et conduite automobile.</p> <p>Incompatibilité temporaire de 1 an minimum et tant que persistent des signes cliniques et biologiques de dépendance à l'alcool.</p> <p>Avant autorisation de la conduite réévaluation obligatoire à 1 an par un médecin agréé qui confirme le sevrage total au vu des éléments médicaux présentés dont avis spécialisé obligatoire: période probatoire de 6 mois renouvelable pendant 3 ans. Ultérieurement, modulation de la périodicité des visites médicales avec raccourcissement des échéances à l'appréciation du médecin agréé.</p> <p>Incompatibilité véhicule catégorie D.</p>	

Affections		Groupe léger	Groupe lourd	Observations
4-1 : Pratiques addictives *	4-1-3 : Mésusage, abus, dépendance aux drogues et aux médicaments *	Incompatibilité en cas d'état de dépendance vis-à-vis des substances à action psychotrope ou en cas d'abus de telles substances. En cas de doute, avis spécialisé, pour soins éventuels en milieu adapté. Recours possible à des examens biologiques (dont dosages de produits) Période probatoire de 6 mois, renouvelable pendant 2 ans. Ultérieurement, modulation de la périodicité des visites médicales à l'appréciation du médecin agréé.	Incompatibilité en cas d'état de dépendance vis-à-vis des substances à action psychotrope ou en cas d'abus de telles substances. En cas de doute, avis spécialisé, pour soins éventuels en milieu adapté. Recours possible à des examens biologiques (dont dosages de produits) Période probatoire de 1 an, renouvelable pendant 3 ans. Incompatibilité véhicule catégorie D.	* Les risques additionnels liés à la conduite du groupe lourd et aux conditions de travail (cf. art. 2) seront envisagés avec la plus extrême prudence.
4-2 : Médicaments		Incompatibilité en cas de consommation régulière de substances psychotropes, quelle qu'en soit la forme, susceptibles de compromettre la capacité 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 qui exerce une influence sur la capacité de conduite. Pour le groupe lourd, les risques additionnels liés à la conduite de ce type de véhicule, en particulier par des professionnels, notamment pour le groupe D, seront envisagés soigneusement.		

Affections		Groupe léger	Groupe lourd	Observations
4-3 : Troubles du sommeil *	4-3-1 : Somnolence excessive d'origine comportementale, organique, psychiatrique ou iatrogène	<p>Interruption temporaire de la conduite. La reprise peut avoir lieu 1 mois après l'évaluation par examen clinique de l'efficacité thérapeutique (pression positive continue, chirurgie, prothèse, drogues éveillantes, etc.) qui aura été proposée à l'issue du bilan fait par un spécialiste du sommeil.</p> <p>Compatibilité temporaire de 1 an.</p> <p>Incompatibilité tant que persiste une somnolence subjective malgré traitement; L'évaluation clinique doit être complétée dans ce cas par un test électro-encéphalographique de maintien de l'éveil.</p>	<p>Interruption temporaire de la conduite. La reprise peut avoir lieu 1 mois après l'évaluation par examen clinique de l'efficacité thérapeutique (pression positive continue, chirurgie, prothèse, drogues éveillantes, etc) qui aura été proposée à l'issue du bilan clinique et test électroencéphalographique de maintien de l'éveil interprété par un spécialiste du sommeil.</p> <p>Compatibilité temporaire de 6 mois.</p> <p>Incompatibilité tant que persiste une somnolence subjective malgré traitement. L'évaluation clinique doit être complétée dans ce cas par un test électro-encéphalographique de maintien de l'éveil.</p>	<p>avis du spécialiste du sommeil pour une éventuelle autorisation de la conduite nocturne pour les catégories C et D.</p> <p>* Les risques additionnels liés à la conduite du groupe lourd et aux conditions de travail (cf. art. 2) seront envisagés avec la plus extrême prudence.</p>
	4-3-2 : Insomnie d'origine comportementale, organique, psychiatrique ou iatrogène	<p>Interruption temporaire de la conduite. La reprise peut avoir lieu 15 jours après disparition de toute somnolence et constat clinique de l'efficacité thérapeutique.</p> <p>Compatibilité temporaire 1 an.</p> <p>Incompatibilité en cas de somnolence subjective confirmée par un spécialiste du sommeil après examen clinique et réalisation d'un test électro-encéphalographique de maintien de l'éveil.</p>	<p>Interruption temporaire de la conduite. La reprise peut avoir lieu 1 mois après disparition de toute somnolence et constat clinique de l'efficacité thérapeutique.</p> <p>Compatibilité temporaire 6 mois pendant 2 ans, annuelle ensuite (insomnie chronique).</p> <p>Incompatibilité en cas de somnolence subjective confirmée par un spécialiste du sommeil après examen clinique et réalisation d'un test électro-encéphalographique de maintien de l'éveil.</p>	<p>avis du spécialiste du sommeil pour une éventuelle autorisation de la conduite nocturne pour les catégories C et D.</p> <p>* Les risques additionnels liés à la conduite du groupe lourd et aux conditions de travail (cf. art. 2) seront envisagés avec la plus extrême prudence.</p>

Affections	Groupe léger	Groupe lourd	Observations	
4-4 : Troubles neurologiques, comportementaux et pathologie de la sénescence *	Les troubles neurologiques, comportementaux, cognitifs 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			
	4-4-1 : Troubles permanents de la coordination, de la force et du contrôle musculaire (paralysie, défaut de mobilisation d'un membre, trouble de la coordination motrice, mouvements anormaux etc... qu'elle qu'en soit la cause)	Interruption transitoire minimum de 3 mois avant avis du spécialiste (neurologue, médecin rééducateur) ; Compatibilité temporaire : 1 an.	Incompatibilité temporaire minimum de 6 mois et avis du spécialiste (neurologue, médecin rééducateur) ; Compatibilité temporaire : 1 an.	Avis du spécialiste, test d'évaluation des capacités cognitives et comportementales, test de conduite.  * Les risques additionnels liés à la conduite du groupe lourd et aux conditions de travail (cf. art. 2) seront envisagés avec la plus extrême prudence.
	4-4-2 : Troubles cognitifs et psychiques	Compatibilité selon évaluation neurologique. Incompatibilité en cas de démence documentée, après évaluation neurologique.	Compatibilité selon évaluation neurologique. Incompatibilité en cas de démence documentée après évaluation neurologique.	
4-5 : Traumatisme crânien	Dans tous les cas, le problème posé est celui des séquelles neurologiques. Cf. 5.4		Avis du spécialiste qui tiendra compte de l'importance des lésions, des signes cliniques, des différents examens paracliniques et du traitement envisagé.	
4-6 : Crise épileptique, épilepsies * (autres perturbations brutales de l'état de conscience : cf. 1.3)	Compatibilité temporaire en fonction de l'avis d'un neurologue qui jugera de la réalité de l'affection, de sa forme clinique, des traitements suivis et des résultats thérapeutiques.	En principe incompatibilité. Compatibilité temporaire dans des cas très particuliers après avis d'un neurologue agréé.	Avis du spécialiste * Les risques additionnels liés à la conduite du groupe lourd et aux conditions de travail (cf. art. 2) seront envisagés avec la plus extrême prudence.	

Affections		Groupe léger	Groupe lourd	Observations
4-7 : Accidents vasculaires cérébraux * cf. 5-4	4-7-1 : hémorragiques et malformations vasculaires (anévrismes, angiomes)	Interruption transitoire de 3 mois, avis du spécialiste (neurologue, neuroradiologue ou neurochirurgien) préalable à toute reprise ; Compatibilité temporaire : 1 an.	Incompatibilité temporaire minimum de 6 mois, avis du spécialiste (neurologue, neuroradiologue ou neurochirurgien) préalable à toute reprise. Compatibilité temporaire : 1 an.	Avis spécialiste * Les risques additionnels liés à la conduite du groupe lourd et aux conditions de travail (cf. art. 2) seront envisagés avec la plus extrême prudence.
	4-7-2 : Accidents ischémiques transitoires	Interruption transitoire pendant la durée de l'évaluation médicale, avis du spécialiste (neurologue, cardiologue) préalable à toute reprise ; Compatibilité temporaire : 1 an.	Incompatibilité temporaire minimum de 6 mois, avis du spécialiste (neurologue, cardiologue) préalable à toute reprise. Compatibilité temporaire : 1 an.	
	4-7-3 : Accidents ischémiques permanents	Incompatibilité temporaire selon la nature du déficit (cf. 4.4.1 ; 2.2.6).	Incompatibilité temporaire minimum de 6 mois selon la nature du déficit (cf. 4.4.1 ; 2.2.6).	
4-8 : Psychose aiguë et chronique		Incompatibilité en cas de manifestations cliniques. Compatibilité temporaire éventuelle en cas de rémission confirmée par des examens régulièrement renouvelés (voir 4-2).	Incompatibilité en cas de manifestations cliniques. Compatibilité temporaire éventuelle en cas de rémission confirmée par des examens régulièrement renouvelés (voir 4-2). Incompatibilité véhicules du groupe D ; dans certains cas exceptionnels, compatibilité temporaire selon avis du psychiatre agréé.	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 du psychiatre agréé, autre que celui qui soigne le sujet, préalablement à la comparution de l'intéressé devant le médecin agréé.
4-9 : Pathologie interférant sur la capacité de socialisation	4-9-1 : Analphabétisme	se reporter au paragraphe 4-9-2		Incapacité d'apprendre à lire par insuffisance psychique (et non par illettrisme).
	4-9-2 : Déficience mentale majeure			Avis du spécialiste.
	4-9-3 : Troubles comportementaux entravant la socialisation, sans étiologie médicale évidente			Avis du spécialiste psychiatre agréé.

## CLASSE V : 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'examen de la capacité médicale peut être envisagé, 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'évaluation de la capacité médicale 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 (voir 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 automatique ».

Affections	Groupe 1 : léger (catégorie A)	Groupe 1 : léger (catégorie B et E (B))	Groupe 2 : lourd (catégories C, E (C), D, 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. Dans certains cas de réadaptation exceptionnelle, la capacité de conduire est laissée à l'appréciation de la commission médicale. La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap, de l'appareillage et de l'adaptation fonctionnelle. Avis du spécialiste et voir préambule.	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.
	5-1-2 : Pronosupination	L'absence ou la diminution notable de la fonction de pronosupination nécessitent, si besoin, l'avis du spécialiste.		

Affections		Groupe 1 : léger (catégorie A)	Groupe 1 : léger (catégorie B et E (B))	Groupe 2 : lourd (catégories C, E (C), D, et E (D))
5-1 : Membres supérieurs	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 importante 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				

Affections		Groupe 1 : léger (catégorie A)	Groupe 1 : léger (catégorie B et E (B))	Groupe 2 : lourd (catégories C, E (C), D, et E (D))
5-2 : Membres inférieurs	5-2-1 : Amputation jambe	<p>La capacité à conduire est laissée à l'appréciation de la commission médicale (voir "préambule")</p> <p>La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage</p> <p>Avis du spécialiste et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement</p>	<p>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.</p> <p>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".</p>	<p><b>A gauche</b> : 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.</p> <p>L'embrayage automatique, lorsqu'il constitue la seule adaptation nécessaire, n'est pas un aménagement et autorise l'attribution d'un permis lourd, mention restrictive "embrayage automatique".</p> <p><b>A droite</b> : compatibilité avec aménagement.</p>
	5-2-2 : Amputation cuisse	<p>La capacité de conduire est laissée à l'appréciation de la commission médicale (voir "préambule").</p> <p>La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage.</p> <p>Avis du spécialiste et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.</p>	<p><b>A gauche</b> : compatibilité permis B, mention restrictive "embrayage automatique".</p> <p><b>A droite</b> : compatibilité permis avec aménagement.</p>	<p><b>A gauche</b> : compatibilité : "embrayage automatique".</p> <p><b>A droite</b> : incompatibilité.</p>

Affections	Groupe 1 : léger (catégorie A)	Groupe 1 : léger (catégorie B et E (B))	Groupe 2 : lourd (catégories C, E (C), D, et E (D))	
	5-2-3 : Ankylose, raideur du genou	La capacité de 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 : <b>A gauche</b> : compatibilité permis B avec embrayage automatique <b>A droite</b> : compatibilité avec aménagement.	<b>A gauche</b> : compatibilité : "embrayage automatique", si la flexion du genou est inférieure à 70° ou si le genou est instable. <b>A droite</b> : compatibilité avec aménagements si la flexion du genou est inférieure à 70° ou si le genou est instable.
5-2 : Membres inférieurs	5-2-4 : Ankylose, raideur de la hanche	La capacité de 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 : <b>A gauche</b> : compatibilité permis B avec embrayage automatique <b>A droite</b> : compatibilité avec aménagement.	Incompatibilité en cas de douleurs ou d'attitude vicieuse importante.
	5-2-5 : Lésions multiples des membres	Incompatibilité en cas d'atteinte de la fonction des 2 membres supérieurs ou d'un membre supérieur et d'un membre inférieur. Dans les autres cas, la capacité de conduite est laissée à l'appréciation de la commission médicale (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 lésions 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.	

Affections	Groupe 1 : léger (catégorie A)	Groupe 1 : léger (catégorie B et E (B))	Groupe 2 : lourd (catégories C, E (C), D, et E (D))
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).		
5-4 : Déficit moteur post-traumatique, vasculaire, tumoral, infectieux et dégénératif, monoplégie, paralysie plexique, hémiplégie et paraplégie	Selon la localisation voir 5.1, 5.2, 4.4, 4.5 et 4.7.		

## CLASSE VI : PATHOLOGIE METABOLIQUE ET TRANSPLANTATION

Affections		Groupe léger	Groupe lourd	Observations
6-1 : Insuffisance rénale traitée par épuration extra-rénale		Compatibilité Il est recommandé de s'abstenir de conduire dans l'heure qui suit la séance d'hémodialyse.	Incompatibilité temporaire limitée aux 3 heures suivant la séance de dialyse, en raison des troubles des rythmes aigus pouvant apparaître au décours immédiat de la dialyse. Cette incompatibilité temporaire est totalement levée en cas de greffe rénale (cf. 6.3).	Conduite loco-régionale pour le groupe lourd seulement Avis du spécialiste selon les cas
6-2 : Diabète	6-2-1 : non traité par insuline ou sulfamides hypoglycémiant	Cf. classe 1 et paragraphe 2.1. Compatibilité temporaire	Cf. classe 1 et paragraphe 2.1. Compatibilité temporaire	
	6-2-2 : traité par sulfamides hypoglycémiant	Cf. classe 1 et paragraphe 2.1. Compatibilité temporaire	Cf. classe 1 et paragraphe 2.1. Compatibilité évaluée en tenant compte du risque hypoglycémique.	Le médecin sera particulièrement vigilant dans l'évaluation du risque hypoglycémique.
	6-2-3 : traité par insuline (type 1* ou type 2)	Cf. classe 1 et paragraphes 2.1 et 6.1 Compatibilité temporaire	Incompatibilité permanente.	Le médecin sera particulièrement vigilant dans l'évaluation du risque hypoglycémique. *Pour le diabète de type 1, avis ophtalmologique avec recherche de rétinopathie diabétique. Un certificat ophtalmologique détaillé sera remis au patient.
6-3 : 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 la capacité de conduite). Cette décision est laissée à l'appréciation des médecins agréés (cf. 1.8).		

## **II/ Propositions complémentaires**

### **1) Intégration de certains usagers de la route dans la catégorie groupe lourd**

En ce qui concerne l'évaluation médicale de la capacité de conduite tout au long de la vie, le groupe de travail, sur proposition de l'inspection Médicale des Transports Terrestres (Dr Wehbi, Dr Coulondre), retient comme définition de la conduite professionnelle :

**Tout poste ou tout travail comportant dans sa totalité, ou en partie, une activité de conduite de quelque véhicule que ce soit, dans le cadre d'une activité de transport de marchandises, de voyageurs ou d'une activité nécessitant des déplacements professionnels.**

Dans ce contexte, elle suggère de modifier l'article 2 de l'arrêté du 7 mai 1997 qui pourrait devenir :

« *Les capacités médicales requises en vue de l'obtention ou du renouvellement :*

- *de l'autorisation d'enseigner la conduite automobile prévue par l'article R 244 du Code de la Route,*
- *de l'attestation prévue par l'article R. 127 (3ème alinéa de ce même code), délivrée par le préfet aux conducteurs de taxis, de voitures de remise, d'ambulances, de véhicules sanitaires légers, de véhicules affectés à des opérations de ramassage scolaire et de véhicules affectés au transport public de personnes,*
- *de l'attestation délivrée aux conducteurs ayant une activité de transport de personnes, de marchandises ou de colis, y compris les deux roues motorisés,*
- *de l'attestation délivrée aux conducteurs ayant une activité commerciale ou de représentant de commerce et conduisant plus de 30 000 kms par an.*

*sont celles relevant du groupe 2, lourd, étendu à la conduite professionnelle ci-dessus désignée, et mentionnée à l'article 1er ».*

Compte tenu des conditions de travail, il apparaît en effet opportun de renforcer les modalités du suivi médical de ces populations particulièrement exposées aux risques routiers du fait des contraintes professionnelles difficilement modifiables dans le contexte actuel, et face auxquelles l'adaptation individuelle est la règle. Les modalités de ce suivi seront analysées en détail dans la seconde partie de ce rapport.

### **2) Elaboration d'un référentiel de pratique médicale**

Compte tenu de la multiplicité des pathologies médicales en jeu, elles ne peuvent pas toutes être détaillées dans un texte réglementaire. Il est donc proposé d'accompagner la liste des affections médicales par l'élaboration d'un référentiel de pratiques médicales spécifiquement ciblé sur les modalités de gestion médicale des capacités/incapacités à la conduite. Il permettrait de reprendre de manière plus détaillée les typologies de situations cliniques explicitant mieux les conduites à tenir pour différents symptômes, syndromes et pathologies listés. Il conviendrait que soient sollicitées les Sociétés Savantes de médecine afin qu'elles élaborent ensemble ce nouveau type de document. Ceci apparaît indispensable, compte tenu de la nouvelle prise de conscience relative aux interrelations entre les pathologies et la conduite automobile.

Un tel travail permettrait de définir plus précisément les modulations, autres que celles actuellement existantes, même si elles seront succinctement évoquées plus loin (cf. p. 63 et suivantes). Compte tenu des contraintes matérielles liées aux conditions de renouvellement

administratif du permis, un délai suffisant existe pour que ces éléments puissent se mettre en place dans l'année qui vient.

### **3) Module d'évaluation de la capacité médicale à la conduite : les protocoles d'examen clinique.**

- **Restitution des réflexions du groupe de travail :**

Pour aider les praticiens dans le cadrage de cette activité médicale, des protocoles intégrés dans un cahier des charges à approfondir devront être étudiés. Compte tenu du temps, seule une esquisse est proposée à titre indicatif (cf. Tableau n° 1). Elle devra être complétée avant mise en place définitive du dispositif.

Un futur groupe de travail devra réfléchir en détails sur :

- le protocole d'examen médical du candidat,
- le protocole d'examen médical des personnes de plus de 75 ans,
- le protocole d'examen médical de revalidation au long de la vie active,
- les protocoles à mettre en œuvre par les omnipraticiens de prévention, par les médecins agréés...

Dans l'établissement de ces protocoles, il pourra être distingué: l'examen clinique, les différents examens paracliniques et les modalités de recours aux spécialistes.

Ces protocoles d'examens devront tenir compte de la situation du conducteur examiné : son âge, le type d'approche médicale : examen spécialisé ou généraliste, et du type de praticien impliqué (médecin traitant, médecin agréé, médecin du travail, médecin scolaire...).

Les contraintes de temps n'ont pas permis d'approfondir l'élaboration de ces protocoles. Ils seront à établir ultérieurement car ils apparaissent indispensables si l'on veut harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire. De plus, ces protocoles dépendant des modalités du dépistage qui seront retenues, il apparaît difficile d'aller plus loin dans l'analyse. Ce travail devra donc être poursuivi en fonction des choix définitifs qui seront faits, après consultation du corps médical et des usagers.

### **Tableau n° 1 : Esquisse d'un protocole de décision pour l'évaluation de la vue et de la vision\***

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Lorsque le patient (titulaire d'un permis du groupe léger) demande à son médecin traitant de lui établir le certificat de non contre-indication, le médecin traitant peut :<ul style="list-style-type: none"><li>- soit contrôler lui-même les critères d'aptitude visuelle (acuité visuelle, champ visuel clinique...),</li><li>- soit indiquer à son patient que ce contrôle relève :<ul style="list-style-type: none"><li>→ en l'absence d'antécédent visuel, d'un orthoptiste, qu'il peut contacter à cet effet pour un contrôle de l'acuité visuelle,</li><li>→ en cas d'antécédent visuel : le patient doit produire un avis récent sur l'évolution de la maladie (moins de 6 mois) délivré par son ophtalmologiste traitant (il en serait de même pour les autres incapacités médicales)</li></ul></li></ul></li><li>• Le médecin agréé, pour les conducteurs relevant du groupe lourd, demande à ce que le patient produise :<ul style="list-style-type: none"><li>- en l'absence d'antécédent visuel : le résultat de l'examen du champ visuel binoculaire instrumental récent et un contrôle d'acuité visuelle, qu'il peut faire auprès d'un orthoptiste (celui-ci n'étant pas habilité à interpréter le champ visuel, l'interprétation sera faite par le médecin agréé) ou un ophtalmologiste.</li><li>- en cas d'antécédent visuel : un avis ophtalmologique préalable avec réalisation et interprétation d'une mesure de l'acuité visuelle et du champ visuel binoculaire et, si besoin, monoculaire.</li></ul></li></ul> |
|--|

\* Quel que soit le type d'examen médical, son contexte (groupe léger/groupe lourd), et le médecin qui examine le conducteur, ce dernier doit fournir une déclaration médicale actualisée au moment de l'examen et la signer (cf. Tableau n° 7, p. 61).

- **Propositions relatives aux personnes âgées**

Nous reproduisons in extenso les propositions faites au groupe par R. Gonthier pour l'examen des personnes âgées. Ce sujet sensible doit être abordé sans présumé, mais aussi sans rigueur excessive compte tenu du risque de désocialisation que représenteraient des interdictions formulées à « l'emporte pièce », sans possibilité d'adaptation, comme actuellement. Il n'est en effet pas possible aujourd'hui de moduler l'autorisation de conduire.

**CONTRIBUTION DU Pr REGIS GONTHIER (SOUS-GROUPE APPAREIL LOCOMOTEUR ET APPROCHE SPECIFIQUE DE LA GERIATRIE)**

**I- L'ÉVALUATION DE LA RUBRIQUE "TROUBLES NEUROLOGIQUES COGNITIFS, TROUBLES COMPORTEMENTAUX ET PATHOLOGIE DE LA SENESCENCE" DEVRAIT S'APPUYER SUR L'UTILISATION DES TESTS STANDARDISES DE CAPACITES FONCTIONNELLES (CLASSE IV : NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE - RUBRIQUE : 4 – 4 DE L'ARRETE DE 1997 MODIFIE 2003).**

- Il est nécessaire de tenir compte d'une part de la contrainte "temps d'évaluation" et d'autre part de la simplicité et reproductibilité des tests.

**Il faut envisager séparément :**

→ L'avis de premier niveau du médecin généraliste ou médecin agréé n'ayant pas de connaissance gérontologique ou l'habitude de faire des évaluations des fonctions cognitives.

→ L'avis de deuxième niveau de type médecin de commission médicale qui aura pu préalablement bénéficier d'une formation minimum.

→ L'avis de recours pose une autre problématique, car elle peut mettre en œuvre une évaluation spécialisée de type évaluation gérontologique standardisée et éventuellement une épreuve de conduite automobile.

**A/ EVALUATION DE DEPISTAGE DE PREMIER NIVEAU PAR UN PRATICIEN NON SENSIBILISE**

***1. Rationnel***

Le *mini mental state examination* (MMS) de Folstein est le test le plus connu sur le plan international [Folstein 1975], mais il nécessite un certain apprentissage pour respecter les conditions de passation [Thomas-Antérion C 1998] et la durée de passation est en moyenne de 7 à 10 minutes quand l'observateur est entraîné [Clément 2003]. Le MMS peut être difficile à réaliser chez un sujet inquiet (situation fréquente en commission médicale).

Le médecin généraliste doit pouvoir disposer d'un moyen de dépistage plus facile d'utilisation, plus rapide et suffisamment fiable.

L'échelle d'activités instrumentales de la vie courante de Lawton [Lawton MP 1969] dans sa version écourtée à 4 items [Barberger-Gateau 1993] : utilisation du téléphone, des moyens de transport, prise des médicaments, gestion du budget, est considérée comme adaptée à la pratique de médecine générale par des groupes d'experts français sur les modalités du dépistage de la maladie d'Alzheimer au stade démentiel [ANAES 2001].

La mesure de l'autonomie pour les activités pratiques de vie quotidienne est un reflet indirect de l'état cognitif du sujet âgé.

L'échelle simplifiée se compose de 4 items sensibles non liés aux activités plus particulièrement dévolues à l'homme ou à la femme. Les items font vraiment partie de la vie de tous les jours et leur sensibilité a été testée largement dans le cadre de l'enquête PAQUID qui s'est déroulée sur plusieurs années en milieu communautaire.

## ***2. Description de l'échelle IADL (Instrumental Activities Daily Life) à 4 items***

Cette échelle est constituée de 4 items explorant l'autonomie ou le degré de dépendance du sujet par rapport à 4 activités pratiques de la vie quotidienne.

La cotation est basée sur les réponses du patient et/ou en tenant compte de l'avis de la personne vivant au quotidien avec lui.

Il faut ne prendre en compte que l'activité auparavant régulièrement réalisée et ne pas tenir compte d'un domaine qui ne serait pas réalisé à l'âge adulte (comme la gestion du budget parfois domaine privilégié d'un seul membre du couple, l'autre étant "naturellement" dépendant).

Pour coder chacun des 4 items, on utilise un codage binaire 0 ou 1 :

- *Code 0 : autonome* : tout item que le sujet peut effectuer sans aucune gêne ou sans aucune aide.
- *Code 1 : partiellement dépendant ou dépendant* : tout item que le sujet ne peut effectuer complètement seul ou ne peut pas réaliser.

## ***3. Seuil de signification***

La perte d'une activité instrumentale par rapport aux capacités antérieures traduit déjà un retentissement significatif des troubles cognitifs. Néanmoins, la dépendance acquise pour plusieurs activités pratiques de la vie quotidienne est encore plus hautement corrélée au risque d'être déjà atteint d'une démence.

Les travaux de PAQUID [Dartigues] ont montré que les patients dépendants pour 3 ou 4 des 4 activités évaluées avaient permis de poser dans l'année le diagnostic de démence parmi 84 % d'entre eux [Barberger-Gateau 1993].

## ***4. Proposition d'un seuil dans le cadre de l'évaluation d'un conducteur âgé***

La perte d'autonomie pour 3 ou 4 des 4 items d'IADL devrait absolument être considérée comme un témoin important de troubles cognitifs peu compatibles avec la poursuite de la conduite automobile. Ainsi, un score de 3 / 4 ou 4 / 4 aux IADL doit conduire à une expertise complémentaire.

**B/ EVALUATION DE DEPISTAGE DE DEUXIEME NIVEAU PAR UN PRATICIEN SENSIBILISE (MEDECIN AGREE - MEDECIN DE COMMISSION)**

### ***1. Rationnel***

Le médecin sensibilisé est capable de dépister les troubles cognitifs par un interrogatoire sur les symptômes évoquant un déclin des facultés cognitives et sur l'évaluation quantitative rapide par le MMS. En effet, le diagnostic de maladie d'Alzheimer avérée est assez facile, mais pour une fiabilité optimale, l'utilisation du MMS version française doit faire l'objet d'une formation [ANAES].

L'interrogatoire porte sur les difficultés de mémoire, sur la baisse des performances antérieures et sur les changements constatés de personnalité (instabilité, insouciance, indifférence), de comportement (retrait dans les activités sociales...) ou dans la vie quotidienne.

Le MMS a le grand avantage d'être un outil de quantification de la démence admis par la communauté internationale [Derouesné 1999]. De plus, il est déjà utilisé dans le cadre de l'aptitude à la conduite dans certains pays (Canada).

## **2. Description du MMS**

Le MMS est composé d'une série de questions conçues de telle façon que les sujets "normaux" puissent facilement répondre. Les questions portent sur l'orientation dans le temps (5 points), l'orientation dans l'espace (5 points), le rappel immédiat de trois mots simples (3 points), l'attention testée par le calcul mental (5 points), le rappel différé des trois mots appris (3 points), le langage (8 points) et les praxies constructives (1 point). Le score maximum est de 30 points.

La reproductibilité inter observateur du test est excellente (coefficient Kappa à 0,97).

Le score global est sensible à l'âge et surtout au niveau d'éducation.

Sa passation nécessite 10 minutes en moyenne.

## **3. Seuil de signification**

Les sujets ayant un score entre 24 - 25 ont un risque de maladie d'Alzheimer à 3 ans multiplié par 20 par rapport au groupe ayant un score à 29 - 30.

Il a été montré qu'un score de MMS à 24 a une sensibilité de 0,63 (problème du niveau culturel) et une spécificité de 0,98.

## **4. Proposition d'un seuil dans le cadre de l'évaluation d'un conducteur âgé**

Un score  $\leq 24 / 30$  paraît être un niveau adéquat. Ce seuil a été choisi dans le cadre de la détermination de l'aptitude médicale à conduire au Canada.

## **C/ EVALUATION DE RECOURS**

Elle est basée sur l'évaluation gériatrique standardisée qui peut être pratiquée par un gériatre. Elle comprend des tests neuropsychologiques plus complets, une évaluation de la dépendance, un test de l'horloge. Elle pourrait être complétée par une épreuve pratique de conduite automobile.

**Références : cf. bibliographie.**

**II- L'EVALUATION DE L'EQUILIBRE, DE LA COORDINATION DES MOUVEMENTS OU DE L'INSTABILITE EN POSITION DEBOUT OU LORS DE LA MARCHE, NECESSITE UNE EVALUATION FONCTIONNELLE GLOBALE PAR UN TEST STANDARDISE (CLASSE III RUBRIQUE 3.2 ; CLASSE IV RUBRIQUE 4.4).**

- Il est nécessaire d'utiliser un test simple et reproductible.

***1. Rationnel***

- La station unipodale, c'est-à-dire la capacité à se tenir sur un pied durant 5 secondes, est extrêmement simple à réaliser. Malheureusement, une partie non négligeable de la population âgée sédentaire avec un faible capital musculaire n'est pas capable de réaliser cette épreuve. Il s'agit d'un test intéressant pour dépister les sujets fragiles ayant un important risque de chute [Vellas 1997].
- L'analyse de la stabilité et de la coordination peut se faire assez simplement par le "get up and go test". Pour tester les personnes âgées, c'est surtout le "up and go" chronométré qui est utilisé, car il quantifie plus facilement la perte [Mourey 2000] d'autonomie motrice et de l'équilibre : plus le temps est élevé, plus la perte d'autonomie est importante [Podsiado 1991].
- Ce test est largement reconnu sur le plan international et il est recommandé pour dépister les troubles de l'équilibre ou de la marche susceptibles de se compliquer de chute [Tinetti 2003].

***2. Description du Up and Go test chronométré***

Ce test analyse globalement la stabilité en position debout lors du lever, la qualité de la marche, l'équilibre lors des manœuvres de rotation et la vitesse de la coordination motrice.

Au départ, le patient est assis sur une chaise et est en possession de ses chaussures habituelles, voire de sa canne ; il doit se lever lors du top chronométré, faire 3 mètres en ligne droite, faire demi-tour sur lui-même, reprendre le chemin inverse et faire le tour de la chaise avant de s'asseoir.

Un temps mis pour faire le parcours > à 20 secondes est pathologique. Un temps > à 30 secondes signe une perte d'autonomie avec d'importantes difficultés d'équilibre et de coordination [Descamps 1995].

***3. Proposition d'un seuil dans le cadre de l'évaluation d'un conducteur âgé***

Un temps supérieur ou égal à 30 secondes pour réaliser le « up and go test » chronométré est pathologique et doit motiver une consultation spécialisée.

***Références : cf. bibliographie.***