



# Aptitude au volant : quelle conduite pour les médecins en 2008 ?



Rev Med Suisse 2008; 4: 1594-8

**B. Favrat**  
**S. Joris Lambert**  
**R. Selz**  
**J. Ombelli**  
**C. Pasche**  
**P. Mangin**

## Fitness to drive : which assessment by doctors in 2008 ?

Medical problems related to car driving are more and more complex and frequent. In the most areas of Switzerland each doctor can be asked to assess the fitness to drive of his patients. Several guidelines from medical societies have been published recently in Switzerland. Therefore it appears to be useful to synthesize the essential knowledge to have before signing fitness-to-drive certificates.

La fréquence et la complexité des problèmes médicaux qui concernent la conduite automobile augmentent progressivement. Dans la plupart des cantons suisses, tout médecin peut être amené à se prononcer sur l'aptitude à conduire en tant que médecin-conseil au sujet d'un de ses patients. Ces dernières années, plusieurs nouvelles recommandations de différentes sociétés médicales ont été publiées en Suisse. Il nous a paru utile de faire une synthèse de ce qui paraît essentiel de savoir avant de rédiger un certificat d'aptitude à la conduite.

## INTRODUCTION

Des exigences médicales minimales sont requises pour obtenir et garder une autorisation de conduire. Dans la majorité des cantons, les médecins installés peuvent avoir un rôle d'experts qu'ils sont libres d'accepter ou non. Pour se déterminer, ils doivent peser les intérêts de leurs patients d'une part et les exigences de la sécurité routière d'autre part. La préoccupation principale est d'éviter des accidents dont les conséquences peuvent être graves non seulement pour les autres usagers de la route mais, évidemment, pour le patient lui-même. Par la connaissance qu'il a de son patient et de sa

famille, le médecin traitant paraît la personne la plus adéquate pour faire cette évaluation. Toutefois, chaque médecin doit savoir que, lorsque de sérieux doutes se présentent, il peut obtenir de l'aide dans sa décision auprès des médecins-conseil du Service des automobiles ou d'unités spécialisées en médecine et psychologie du trafic.

## TERMINOLOGIES UTILES : LA DIFFÉRENCE ENTRE L'INCAPACITÉ ET L'INAPTITUDE À CONDUIRE

Le terme d'*incapacité* désigne une dégradation transitoire des facultés physique et/ou psychique dont la cause est le plus souvent exogène (drogues, alcool, etc.) et qui rend l'individu momentanément incapable de conduire avec sûreté un véhicule. L'*inaptitude* est une notion beaucoup plus durable, même si elle n'est en principe pas définitive, et comporte une dimension probabiliste. On peut dire qu'une personne est inapte à conduire quand elle présente un risque inacceptable de conduire en état d'incapacité. L'inaptitude peut être physique (non-conformité aux exigences médicales) ou psychique (troubles psychiatriques ou déficits d'ordre caractériel), ou résulter d'une forme de dépendance. Par exemple, un usager sous l'influence de plus de 0,8‰ d'alcool n'est plus capable de conduire mais n'est pas pour autant inapte à la conduite automobile. Pour pouvoir dire qu'il est inapte à la conduite automobile, il faudrait mettre en évidence qu'il souffre d'une dépendance à l'alcool ou alors, selon la jurisprudence actuelle, qu'il boit de manière régulièrement abusive et présente d'importantes difficultés à dissocier la consommation d'alcool de la conduite automobile.



## QUI ÉVALUE L'APTITUDE À CONDUIRE ?

Les prescriptions légales actuelles exigent que tous les conducteurs de plus de 70 ans se soumettent à un contrôle médical tous les deux ans. Chez les titulaires de permis professionnels, les contrôles doivent avoir lieu tous les cinq ans jusqu'à 50 ans puis tous les trois ans. Les dispositions légales appliquées dans toute la Suisse se trouvent dans la Loi sur la circulation routière (LCR) et dans l'Ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules de la circulation routière (OAC). L'article 27 de l'OAC précise que ces contrôles sont effectués par un médecin-conseil mais que l'autorité cantonale peut les confier aux médecins traitants, ce qui est le cas dans la plupart des cantons. Le médecin qui intervient comme expert peut proposer à l'autorité de raccourcir les délais fixés par la loi pour les contrôles à venir (contrôle subséquent dans une année au lieu de deux ans par exemple).

L'examen d'aptitude doit répondre aux questions suivantes : «Le conducteur expertisé est-il apte du point de vue de son état de santé physique et mentale à conduire dans le trafic un véhicule correspondant à la catégorie de permis dont il est titulaire sans s'exposer ou exposer autrui à un risque augmenté d'accident ? Satisfait-il en particulier aux exigences médicales minimales requises ?» L'annexe 1 de l'OAC détaille les exigences médicales minimales pour chaque groupe de permis (1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> groupes). Le médecin doit s'y référer lorsqu'il examine l'usager. Ces exigences ne sont en aucun cas exhaustives et restent vagues dans certains domaines. En remplissant le rapport médical destiné à l'autorité, le médecin peut se trouver face à quatre issues possibles : 1) le patient est apte sans restriction ; 2) le patient est apte mais avec certaines restrictions (par exemple : réduction du délai du prochain contrôle médical requis par le Service des automobiles à une année) ; 3) l'aptitude est sérieusement remise en question et le médecin traitant a de la difficulté à se prononcer soit en raison de la complexité du cas, soit en raison de la relation thérapeutique qu'il a avec son patient. Il peut alors demander un consilium auprès d'autres confrères spécialistes (neuropsychologues, gériatres, ophtalmologues, neurologues, psychiatres, etc.), ce qui diminue le conflit de loyauté par rapport à son patient tout en rendant l'appréciation plus objective et sûre. Il peut aussi s'adresser au médecin-conseil du Service des automobiles qui pourra l'informer des différentes démarches possibles ou prendra alors les mesures nécessaires (par exemple en demandant une expertise complémentaire dans une unité spécialisée en médecine et psychologie du trafic ou une course de conduite sur route). Dans le canton de Vaud, sur 18 000 contrôles subséquents pour les seniors par année, 150 sont discutés avec le médecin-conseil et 30 sont envoyés en expertise ; 4) les exigences médicales minimales ne sont pas ou plus remplies et l'inaptitude est claire.

Rappelons que, lorsque le médecin ne se trouve pas dans une situation d'expert, l'article 14 alinéa 4 de la LCR précise que : «Tout médecin peut signaler à l'autorité de surveillance des médecins ainsi qu'à l'autorité compétente pour délivrer ou retirer les permis de conduire les personnes qui ne sont pas capables (c'est le terme "aptes" qui conviendrait ici, il s'agit vraisemblablement d'une erreur

de traduction...) de conduire avec sûreté un véhicule automobile en raison de maladies ou d'infirmités physiques ou mentales ou pour cause de toxicomanie.» Le médecin n'a donc pas l'obligation de signaler un patient inapte à la conduite automobile mais le législateur fait clairement appel à son sens des responsabilités en lui permettant de faire ce signalement sans violer le secret médical. Il s'agit ici aussi de peser l'intérêt personnel (préserver la relation thérapeutique et laisser le patient continuer à conduire) et l'intérêt collectif (le danger que le patient représente pour la sécurité routière). Cet article protège donc le médecin de la violation du secret médical dans ses courriers avec le Service des automobiles.<sup>1</sup>

## EN QUOI CONSISTE LE CONTRÔLE MÉDICAL ?<sup>2,3</sup>

L'examen s'étend aux points prévus par l'annexe 2 (certificat médical) de l'OAC.

### Anamnèse

Elle recherche surtout les tendances à l'endormissement, les syncopes, les malaises, les vertiges, le diabète, l'épilepsie, des troubles psychiques, l'abus de substances et des problèmes ophtalmologiques. L'examen clinique reste similaire à celui d'un contrôle de bonne santé, en portant une attention spéciale à la vision, dont l'impact sur le risque d'accident apparaît de manière évidente dans le [tableau 1](#).<sup>4</sup>

### Vision

Pour l'acuité, l'utilisation de la carte de Snellen est suffisante à condition que l'éclairage soit correct. Le champ visuel est effectué par confrontation avec l'examen digital. Pour les premier et deuxième groupes, le test de Lang (tableau avec des figures visibles en trois dimensions) est nécessaire pour évaluer la stéréoscopie, qui ne doit pas être réduite de façon importante. Les spécialistes peuvent proposer une dérogation (OAC, art.7, alinéa 3) à cette exigence (probablement abusive selon le collège romand d'experts en aptitude automobile, [www.creaca.ch](http://www.creaca.ch)) dans la mesure où les usagers atteints d'un tel trouble développent souvent des stratégies de compensation perceptives pour la vision des profondeurs et des distances. L'évaluation de la vision crépusculaire (adaptation à l'ombre) ne se fait pas en pratique. La vision double (diplopie) est par ailleurs une contre-indication à la conduite automobile. En cas d'antécédents d'accident vasculaire cérébral (en particulier lors de lésions du cortex pariétal ou préfrontal droit), il ne faut pas hésiter à rechercher une héminégligence éventuelle (il s'agit d'un trouble de l'attention visuo-spatiale qui amène le patient à ne pas tenir compte des informations qui apparaissent dans l'hémi-champ controlatéral à la lésion cérébrale, malgré un champ visuel normal à l'examen ophtalmologique). Relevons que ce diagnostic est souvent difficile à poser sans tests neuropsychologiques.

### Ouïe

Elle n'est testée que pour les premier et deuxième groupes, à une distance de huit et trois mètres respecti-



**Tableau 1. Impact de différentes maladies et problèmes de santé sur le risque d'accident des conducteurs<sup>4</sup>**

Maladies	Groupes comparatifs	Risque relatif	Intervalle de confiance
Vision	< 0,7 vs > 0,7	1,16	1,02-1,31
Champ visuel	> 40% réduction vs < 40% réduction	7,14	4,59-11,16
Vision nocturne	Réduite vs normale	1,66	1,04-2,62
Surdité	Sourd vs non sourd	1,19	0,88-1,62
Epilepsie	Epileptique vs non epileptique	1,97	1,80-2,16
Cardiovasculaire	Cardiovasculaire vs non cardiovasculaire	1,36	1,29-1,45
Diabète	Diabétique vs non diabétique	1,22	1,16-1,29
Démence	D�ment vs non d�ment	2,34	1,85-2,95
Pathologie mentale	Atteinte mentale vs non atteinte mentale	1,45	1,15-1,83
QI	QI < env. 70 vs QI > env. 70	1,20	1,16-1,25
Drogues, inclus cannabis, LSD, opium	Consommateur vs non consommateur	2,79	2,08-3,50

vement. La surdité totale ou subtotale peut justifier un macaron signalant l'infirmité sur le véhicule.

### Problèmes psychiatriques

L'OAC exige qu'il n'y ait pas de maladies mentales ou de psychopathie pour les premier et deuxième groupes. En ce qui concerne le troisième groupe, l'exigence est de ne pas souffrir de maladie mentale importante ni de psychopathie. Cette définition est floue et l'appréciation du médecin est évidemment très importante. L'aptitude à la conduite « n'est pas admise en cas de maladies dépressives graves, de toutes formes de troubles bipolaires et de schizophrénie » qui ne seraient pas compensées.<sup>5</sup> Si l'on peut considérer qu'une pathologie mentale décompensée (ou mal compensée) constitue un motif d'inaptitude à la conduite, en revanche, un patient présentant une pathologie mentale bien traitée et sous contrôle, avec une bonne compliance, peut être tout à fait apte à la conduite automobile du troisième groupe.

La prise de benzodiazépines peut sérieusement compromettre la capacité à conduire et peut rapidement mener à une dépendance qui est souvent mise en évidence après deux à trois semaines déjà. Toutefois, après une période d'adaptation et pour autant que l'on ait pu constater que les effets secondaires ont disparu, une prescription médicale adéquate de benzodiazépines selon une posologie adaptée, sans abus, sans prolongation injustifiée du traitement et sans consommation abusive d'alcool, peut être compatible avec la conduite. Ce n'est évidemment pas le cas d'une consommation clandestine non contrôlée. Un autre type de problème se pose lors de la prescription conjointe de benzodiazépines et de méthadone à des personnes qui peuvent avoir tendance à mélanger plusieurs substances telles que cannabis, méthadone, alcool et benzodiazépines. Le médecin devra donc être particulièrement attentif à ces multiples consommations. Il faut signaler encore que chaque médecin doit absolument avertir son patient, lors d'une prescription de benzodiazépines, d'antidopresseur ou de toute autre m -

dication sédative, que ces traitements ont des effets secondaires importants durant les premières semaines et peuvent gravement compromettre leur capacité à conduire un véhicule en toute sécurité. Il est également important que le médecin indique dans le dossier médical de son patient que ces implications pratiques lui ont été notifiées. Le médecin pourrait effectivement être inquiet  par des conséquences d'ordre médico-légal si son patient était impliqué dans un accident et qu'il s'avère que celui-ci n'avait pas reçu d'avertissement au sujet de son traitement médicamenteux.

### Diabète<sup>6</sup>

L'annexe 1 de l'OAC indique pour les trois groupes : « pas de trouble fonctionnel grave du métabolisme ». A notre connaissance, il n'y a pas en Suisse d'explication claire et juridique de cette formulation par rapport au diabète. Le principal risque est l'hypoglycémie (qui n'est d'ailleurs pas toujours ressentie par les patients), même si d'autres risques peuvent être évoqués (oculaire, neurologique ou cardiovasculaire). Une revue des législations européennes sur le site du CREACA ([www.creaca.ch](http://www.creaca.ch)) présente les critères qui permettent de laisser conduire une personne avec un diabète : *l'absence de risque accru d'hypoglycémie, une surveillance médicale régulière, la pleine conscience de l'affection, une formation suffisante concernant la maladie et une bonne adhérence au traitement.*

Par ailleurs, l'Association suisse du diabète ([www.associationdudiabete.ch](http://www.associationdudiabete.ch)) a édicté une liste de recommandations à suivre pour pouvoir prendre le volant :

- Ne pas prendre le volant avec une glycémie inférieure à 5 mmol/l.
- Si la glycémie est inférieure à 5 mmol/l, prendre 15-20 g de glucides et recontrôler la glycémie 20 min plus tard.
- Si la glycémie est entre 5 et 7 mmol/l, prendre 10 g de glucides et recontrôler la glycémie 20 min plus tard.
- Faire une pause toutes les 60 à 90 min et contrôler la glycémie.
- Après la correction d'une hypoglycémie, attendre 30 min



avant de reprendre la route.

- Toujours prévoir des aliments en suffisance dans le véhicule pour corriger une hypoglycémie.

Pour les chauffeurs titulaires d'un permis professionnel traités par des médicaments pouvant provoquer des hypoglycémies, la possibilité de proposer une dérogation aux exigences médicales devrait être étudiée par des spécialistes en aptitude à conduire afin de préserver la relation thérapeutique avec le médecin ou le diabétologue traitant.

## Apnée du sommeil et hypersomnolence

La Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie a édicté des recommandations sur ce sujet en 2007.<sup>7</sup> Elles indiquent que «l'échelle d'Epworth est utile mais un faible score ne permet pas d'exclure une somnolence significative». L'examen complémentaire le plus utile est le test de maintien de l'éveil pratiqué dans un laboratoire du sommeil (*maintenance of wakefulness test*). Les personnes ayant déjà provoqué un accident après s'être endormies au volant devraient consulter un centre du sommeil pour y effectuer ce test de vigilance. Ces tests n'ont cependant de sens que lorsque les options thérapeutiques ont été épuisées. Ces recommandations précisent par ailleurs que les chauffeurs professionnels devraient être astreints à des tests de vigilance.

## Seniors

L'évaluation devrait se faire en tenant compte des différents niveaux du modèle de Michon.<sup>8</sup> Ce modèle distingue le niveau stratégique, qui permet de planifier un trajet selon les conditions du moment (météo, trafic, état du conducteur, etc.), le niveau tactique, qui permet de prendre des décisions adéquates et de s'adapter aux exigences de l'environnement (dépassement d'un autre véhicule, adaptation de la vitesse, etc.) et le niveau opérationnel (manipulation du volant, utilisation des freins, etc.). Ainsi, des déficits au niveau opérationnel (ralentissement des capacités physiques par exemple) peuvent être compensés par de très bonnes capacités stratégiques. L'observation du patient (apparence, mobilité, langage, compréhension, raisonnement, mémoire, etc.) et des questions portant sur la conduite (modifications des habitudes, difficultés, etc.) donnent des indications importantes. Il est par ailleurs toujours utile d'obtenir des renseignements de l'entourage pour avoir un regard différent (à condition que l'on ait l'autorisation du patient). L'évaluation succincte de certaines fonctions cognitives devrait être effectuée par un *Mini Mental Status* (MMSE) ainsi que par un «test de la montre».<sup>9</sup> Dans ce test, on demande au patient de dessiner une montre en traçant un cercle, en y insérant toutes les heures et en y plaçant les aiguilles pour qu'elles indiquent 11 h 10. On évalue l'intégrité de l'horloge et d'éventuelles distorsions, la présence, la succession et la disposition spatiale des chiffres ainsi que la présence, la position et la différence de taille des aiguilles. Plusieurs cotations de ce test existent et, par conséquent, sa standardisation reste controversée mais des perturbations importantes à sa réalisation doivent faire naître de sérieux doutes quant à l'aptitude à la conduite automobile. Un examen neuropsychologique approfondi devient nécessaire.

## Epilepsie

D'après les recommandations formulées par la Société suisse de neurologie et l'Association suisse d'électroencéphalographie et de neurophysiologie clinique, le médecin traitant doit obligatoirement requérir l'avis d'un neurologue FMH.<sup>10</sup> Ces recommandations, qui ont été réactualisées, sont détaillées dans la référence <sup>10</sup>. Le permis ne peut être délivré qu'aux conditions particulières suivantes, qui doivent être d'ailleurs rappelées dans le formulaire adressé au Service des automobiles: annoncer tout changement de son état de santé à son neurologue traitant, prendre scrupuleusement la médication prescrite, observer un rythme régulier et une durée suffisante de sommeil, observer une stricte restriction de la consommation d'alcool (ou s'en abstenir selon les consignes du médecin spécialiste), se soumettre en principe chaque année à un examen neurologique.

## Maladies cardiovasculaires

Pour le premier groupe (autocars), l'annexe 1 de l'OAC indique l'absence de troubles cardiovasculaires alors que, pour le deuxième groupe, ils ne doivent pas être graves. Une «Task Force» européenne a émis des recommandations sur le thème de la conduite automobile et des maladies cardiaques.<sup>10</sup> Pour le troisième groupe, une personne doit être encouragée à ne pas conduire si elle souffre ou a souffert des affections suivantes: 1) Angine de poitrine: symptômes au repos. La conduite peut à nouveau être recommandée lorsque les symptômes sont contrôlés. 2) Infarctus du myocarde: la personne peut à nouveau conduire lorsque la récupération clinique a eu lieu, habituellement quatre semaines après l'infarctus. 3) Insuffisance cardiaque: symptômes au repos ou lors de la conduite. La conduite automobile est autorisée lorsque les symptômes sont sous contrôle. 4) En ce qui concerne la syncope, la personne ne peut pas conduire jusqu'à ce que la cause ait été identifiée et les symptômes contrôlés. 5) Les arythmies sont une contre-indication lorsque le trouble du rythme cardiaque présente une importante probabilité de causer des symptômes qui vont conduire à une perte de connaissance. 6) Lors de l'implantation d'un pacemaker, une semaine de délai avant de reprendre la conduite est requise.

La cardiomyopathie hypertrophique et la chirurgie valvulaire n'entraînent pas de contre-indication à la conduite. Il n'est pas fait état de remarque particulière au sujet de l'hypertension, de l'anévrisme de l'aorte avec le syndrome de Marfan et de la pathologie artérielle périphérique. A noter que, pour les permis professionnels, les conditions sont beaucoup plus strictes. Pour ces cas, il faut se référer aux recommandations européennes selon la référence citée.<sup>11</sup>

## Alcool et drogues

Ces aspects ont été détaillés dans deux précédents articles qui restent d'actualité.<sup>12,13</sup> ■



### Implications pratiques

- > Lorsque l'aptitude est sérieusement remise en question et que le médecin traitant a de la difficulté à se prononcer, il peut demander un conseil à d'autres confrères (neuropsychologues, gériatres, etc.) ou l'avis du médecin-conseil du Service des automobiles qui prendra alors les mesures nécessaires (par exemple en demandant une expertise complémentaire dans une unité spécialisée de médecine et psychologie du trafic ou une course de conduite sur route)
- > Lors d'une prescription de benzodiazépines, d'antidépresseur ou de toute autre médication potentiellement sédatrice, il est nécessaire d'avertir tout patient que le traitement peut sérieusement compromettre sa capacité à conduire un véhicule et qu'il faut donc qu'il renonce à conduire durant les premières semaines de traitement au moins. Le fait que ces informations aient été délivrées au patient doit figurer dans le dossier médical

### Adresses

**Drs Bernard Favrat, Roxane Selz, Julien Ombelli\* et Christophe Pasche\***

**Pr Patrice Mangin**

**\*Médecins conseil du Service des automobiles et de la navigation du canton de Vaud**

**Unités de médecine et psychologie du trafic, sites de Genève et Lausanne**

**Centre universitaire romand de médecine légale (CURML)**

**CHUV, 1011 Lausanne**

**Dr Sylvie Joris Lambert**

**HUG, avenue de Champel 9**

**1211 Genève 4**

### Bibliographie

- 1 \*\* Martin J, Guilloz O. Secret médical. Bull Med Suisses 2000;81:2047-52.
- 2 Seeger R, Haag-Dawoud M, Schneebeli M. Fahr-eignung und Sinnesorgane. Broschüre aus der Reihe «Probleme der Verkehrsmedizin». Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich, 1995.
- 3 \*\* Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung. Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Redaktionelle Bearbeitung: Munira Haag und Volker Dittmann. Bern: Editions Hans Huber, 2005.
- 4 Truls VAA. Estimating accident risks associated with ageing, illness and disease. Proceedings of the international conference on alcohol, drugs and traffic safety, 2002.
- 5 Afferbach T, Ebner G, Dittmann V. Fahr-eignung und psychische Störungen. Schweiz Med Forum 2004;4: 701-6.
- 6 Jornayvaz FR, Raguso CA, Philippe J. Diabète sucré et conduite automobile. Rev Med Suisse 2007;3:1437-8.
- 7 \*\* Mathis J, Seeger R, Kehrer P, Wirtz G. Capacité à conduire un véhicule et somnolence. Recommandations pour les médecins lors de la prise en charge de patients souffrant de somnolence. Forum Med Suisse 2007;7:328-32.
- 8 Michon JA. Explanatory pitfalls and rule-based driver models. Accident Analysis and Prevention 1989;21: 341-53.
- 9 Manos PJ. Ten-point clock test sensitivity for Alzheimer's disease in patients with MMSE scores greater than 23. Int J Geriatr Psychiatry 1999;14:454-8.
- 10 \* Krämer G, Bonetti C, Despland PA, et al. Epilepsie et capacité à conduire un véhicule. Directives actualisées de la Commission de la circulation routière de la Ligue suisse contre l'Epilepsie. Bull Med Suisses 2006; 87:219-21.
- 11 Petch MC. Driving and heart disease. Eur Heart J 1998;19:1165-77.
- 12 Favrat B, Voegeli JP. Substances psychoactives au volant: quelle conduite? Rev Med Suisse Romande 2004; 124:145-8.
- 13 Favrat B, Micalizzi K, Augsburg M, Mangin P. Santé et trafic automobile: que faut-il savoir? Med Hyg 2002; 60:2005-7.

\* à lire

\*\* à lire absolument