

**RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL
RELATIF AUX CONTRE-INDICATIONS
MEDICALES A LA CONDUITE AUTOMOBILE**

*Professeur Alain DOMONT
AP-HP – Hôpital Corentin Celton
Consultation de pathologie professionnelle
Mars - juin 2003*

*Rapport établi à la demande de la Direction Générale de la Santé
à la suite du Comité Interministériel de Sécurité Routière du 18 décembre 2002*

Remerciements pour leur collaboration particulière :

au Pr Loïc CAPRON

au Dr Boris CHATIN

au Dr Jean-Marc COHEN

au Pr Sylvain DALLY

au Pr Régis GONTHIER

au Dr Gérard GRILLET

au Dr Fabien GUEZ

au Pr Pierre-Jean GUILLAUSSEAU

au Dr Pierre MOUTERDE

au Dr Pierre PHILIP

au Pr Jean-Paul ROMANET

au Dr Jean-Luc SEEGMULLER

à Mr Joël VALMAIN

au Pr Hervé VESPIGNANI

au Dr Vincent WEHBI

et au Dr Xavier ZANLONGHI.

*à Marie MSIKA, Interne des hôpitaux de Paris
(Médecine du travail)*

*à Muriel VALLOIS, Institut de médecine
et santé au travail (Paris VI)*

à France OTTAVI, Hôpital Corentin Celton

INTRODUCTION GENERALE	5
METHODE	8
1^{ÈRE} PARTIE : EVALUATION MEDICALE DES CAPACITES DES CONDUCTEURS	11
<u>A] PROMOUVOIR LES CAPACITÉS, FAIRE RECULER L'INCAPACITÉ</u>	12
I/ LISTES DES AFFECTIONS MÉDICALES POTENTIELLEMENT DANGEREUSES, CAR SUSCEPTIBLES DE DÉGRADER LES CAPACITÉS MÉDICALES À LA CONDUITE.	20
II/ PROPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES	42
1) <i>Intégration de certains usagers de la route dans la catégorie groupe lourd</i>	42
2) <i>Elaboration d'un référentiel de pratique médicale</i>	42
3) <i>Module d'évaluation de la capacité médicale à la conduite : les protocoles d'examen clinique.</i>	43
• Restitution des réflexions du groupe de travail :	43
Tableau n° 1 : Esquisse d'un protocole de décision pour l'évaluation de la vue et de la vision*	43
• Propositions relatives aux personnes âgées	44
2^{ÈME} PARTIE : MODALITES D'ORGANISATION DU DEPISTAGE MEDICAL	48
<u>A] ORGANISATION DU DEPISTAGE MEDICAL PERIODIQUE</u>	49
I/ PRÉAMBULE	49
1) <i>Définition des actes</i>	49
• Les actes d'éducation sanitaire et de prévention médicale :	49
• Les actes d'évaluation médicale des capacités à la conduite :	49
2) <i>Contexte déontologique</i>	50
3) <i>Les protocoles (cf. p.44)</i>	50
II/ ORGANISATION DU DÉPISTAGE MÉDICAL PÉRIODIQUE	50
1) <i>Hypothèses discutées en groupe</i>	50
• 1ère hypothèse :	51
• 2ème hypothèse :	51
2) <i>Les niveaux d'intervention médicale</i>	51
Tableau n° 2 : organigramme de l'organisation médicale du dépistage	52
• L'omnipraticien :	53
• Le niveau départemental : Centre d'Evaluation et d'Expertise Médicale des Conducteurs (CEEMC)	53
• Le niveau régional : CHU ou autres structures spécialisées (Centre Expert Spécialisé ou CES)	53
• Le niveau national (Centre National d'Examen - CNE) :	54
3) <i>Modalités d'implication des omnipraticiens</i>	54
• omnipraticien généraliste :	55
• omnipraticien de prévention :	55
➤ <i>médecin du travail :</i>	55
➤ <i>les autres omnipraticiens de prévention</i>	57
III/ ASPECTS MEDICO-ADMINISTRATIFS	57
1) <i>Durée du permis limitée dans le temps</i>	57
2) <i>Echéancier des visites médicales périodiques (tout au long de la vie)</i>	57
• groupe léger :	57
• groupe lourd	58
3) <i>Analyse démographique succincte de l'activité induite</i>	58
• nombres de consultations médicales induites	58
• clé d'explication des coûts médicaux :	58
TABLEAU n° 3 : Analyse démographique succincte	59
TABLEAU n° 4 : Evaluation chiffrée de la montée en charge en 2 étapes	59
TABLEAU n° 5 : Quelques données chiffrées sur les activités de consultations de soins/an	60
TABLEAU n° 6 : Activité induite par la généralisation des visites médicales (permis léger)	60
4) <i>Déclaration médicale sur l'honneur</i>	60
TABLEAU n° 7 : déclaration* du conducteur sur l'honneur (modèle CERFA) pour l'obtention du certificat de capacité médicale à la conduite	61
5) <i>Nature des avis médicaux</i>	63
• Modification de l'échéancier des visites médicales obligatoires :	63
• La modulation du permis :	63

• Incapacité permanente à la conduite pour raisons médicales :	63
• Proposition de dérogations aux affections médicales incompatibles avec la conduite :	64
• Contestation des avis :	65
6) <i>Nature des certificats médicaux relevant des omnipraticiens</i>	65
TABLEAU n° 8 : Certificat médical de capacité/incapacités à la conduite	66
B] <u>PROBLÈMES POSES PAR LES PATHOLOGIES INTERCURRENTES</u>	66
I/ RESPONSABILISATION DES CONDUCTEURS SUITE À UNE AFFECTION MÉDICALE	66
1) <i>Interruption de la conduite pour problème médical intercurrent</i>	66
2) <i>Reprise de la conduite (groupes 1, léger et 2, lourd)</i>	67
• Pour les titulaires du permis du groupe léger :	67
• Pour les titulaires d'un permis du groupe lourd :	67
➤ usage occasionnel ou artisan :	67
➤ pour les conducteurs salariés :	67
3) <i>Modalités de responsabilisation des patients</i>	68
• En cas d'incapacité médicale intercurrente (entre deux visites médicales régulières) :	68
• En cas d'incapacité médicale à la conduite :	68
II/ FAUT-IL INSTAURER UN SYSTÈME DE DÉCLARATION OBLIGATOIRE À L'AUTORITÉ PRÉFECTORALE ?	68
1) <i>Secret professionnel du médecin (secret médical) et examen du conducteur par le médecin agréé</i>	68
• Dans le contexte d'un examen médical périodique :	68
® Communication entre praticiens (spécialistes et généralistes) traitants et agréés :	68
® Refus de coopération du conducteur examiné par le médecin agréé :	68
® Refus de coopération du professionnel de la route examiné par le médecin du travail :	69
• En cas d'anosognosie ou de refus d'accepter une incapacité transitoire à la conduite :	69
2) <i>Proposition de dérogation partielle au secret professionnel du médecin</i>	69
CONCLUSION GENERALE	71
ANNEXE	75
BIBLIOGRAPHIE	89
LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL ET EXPERTS CONSULTES	95

INTRODUCTION GENERALE

Le présent groupe de travail relatif « aux contre-indications médicales à la conduite automobile » constitué conformément à l'arrêté du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, daté du 2 avril 2003 « a eu pour mission de définir les contre-indications médicales à la conduite automobile, ainsi que leurs modalités de dépistage ».

Les travaux se sont déroulés entre le 9 avril 2003 (première séance plénière) et le 11 juin 2003 (séance plénière finale de validation du rapport).

Les experts se sont réunis trois fois en séance plénière, deux séances de travail collectif se sont tenues les 4 et 11 juin 2003 pour préciser et compléter collectivement les différents points du présent rapport. Ce dernier a été rédigé en fonction des échanges qui ont eu lieu tout au long des dix réunions de travail de cinq sous-groupes, en avril et mai 2003.

Les points suivants ont été examinés :

® dans le cadre de la définition des affections susceptibles d'être dangereuses, ont été analysés :

- les incapacités et affections incompatibles avec la conduite : cardiologiques, ophtalmologiques, otorhinolaryngologiques, pneumologiques, neuropsychiatriques, locomotrices, endocriniennes et néphrologiques, appréhendées autant que de besoin en fonction de l'âge avec les géiatres présents dans le groupe.
- les critères médicaux et biologiques à retenir pour l'analyse de l'incidence des pratiques addictives, l'usage et le mésusage des médicaments* sur la capacité de conduire.

® dans le cadre de l'analyse des modalités de dépistage, ont été évoqués :

- le rôle des médecins et d'autres professionnels concernés : orthoptistes, psychologues, psychotechniciens, opticiens, intervenants habilités à la détermination de l'adaptation des véhicules ;
- la place relative des médecins omnipraticiens et des spécialistes ;
- l'articulation des différents niveaux d'intervention médicale et paramédicale dans le dépistage ;
- les types de situations médicales à distinguer : examens médicaux périodiques et modalités de gestion des incapacités médicales intercurrentes ;
- le secret médical et professionnel.

Ces points (conformément à la lettre de mission de la direction générale de la santé n° 0243 du 21 mars 2003) ont été abordés, à la suite des mesures retenues par le Comité interministériel de sécurité routière (CISR) du 15 décembre 2002 « parmi lesquelles la nécessité d'instaurer un dispositif général d'évaluation médicale de l'aptitude à la conduite ».

La vérification de cette aptitude devrait s'effectuer :

- *préalablement à la délivrance du permis de conduire, un certificat médical d'aptitude à la conduite sera exigé ;*

* L'AFSSAPS a été mandatée par la DGS pour mettre en place un groupe de travail qui devra établir la liste des médicaments susceptibles de présenter un risque pour la conduite automobile, et pour proposer une révision des notices et pictogrammes.

- pendant la vie active, un module d'évaluation de l'aptitude à conduire sera inséré dans les visites médicales qui accompagnent l'adulte tout au long de sa vie (visites médicales du travail, visites médicales pour les étudiants....) ;
- au-delà de 75 ans, un examen d'aptitude médicale à conduire devra être effectué tous les 2 ans.

En cas de déficience physique n'entraînant toutefois pas l'inaptitude totale à la conduite automobile, la possibilité de limiter les déplacements dans le temps (conduite de jour uniquement par exemple) et/ou dans l'espace (interdiction d'emprunter certaines voies de circulation) pourrait être imposée au conducteur.

METHODE

- **Méthode de travail :**

Le groupe de travail a été constitué d'experts reconnus dans leur spécialité : cardiologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pneumologie, neurologie, psychiatrie, gériatrie, néphrologie, médecine interne, endocrinologie, ainsi que dans les domaines des pratiques addictives, du sommeil et de l'appareil locomoteur. Ces experts, membres de sociétés savantes, ont pu faire part au groupe des positions de ces dernières par les contacts établis antérieurement et tout au long des travaux.

Ce panel de spécialistes, auquel sont venus s'adjoindre des omnipraticiens généralistes, des spécialistes de médecine du travail et de médecine légale, ainsi que des représentants des filières paramédicales (en particulier ceux concernés par l'évaluation de la vue) a permis d'envisager d'emblée la définition des affections médicales potentiellement dangereuses pour la conduite, à partir :

- de critères d'altération fonctionnelles incompatibles avec la conduite,
- de la directive européenne de 1991 relative au permis de conduire,
- de l'arrêté du 7 mai 1997 relatif aux affections incompatibles avec la conduite (cf. annexe p. 75).

Les critères d'altération fonctionnelles incompatibles avec la conduite d'un véhicule, retenus par le groupe de travail, sont ceux qui :

1. affectent la qualité de la nécessaire prise d'informations pour la conduite (ex. : vision),
2. retentissent sur l'état de vigilance, particulièrement celles qui le font de manière brutale provoquant syncopes ou pertes de connaissance, quelle que soit leur origine,
3. dégradent les capacités cognitivo-comportementales du conducteur, notamment en entravant la rapidité et la précision des mouvements complexes qu'implique la conduite d'un véhicule,
4. risquent d'empêcher mécaniquement une manœuvre efficace et rapide et de gêner le maniement des commandes du véhicule (ex. : appareil locomoteur).

La directive européenne de 1991 et l'arrêté du 7 mai 1997 ont été repris dans le contexte de la littérature médicale internationale (1^{ère} partie du rapport).

Les critères d'altération fonctionnelles incompatibles avec la conduite et les contre-indications médicales à la conduite qui en résultent ont été validés par les sociétés savantes concernées.

Pour les modalités de mise en œuvre du dépistage, les omnipraticiens (médecins généralistes agréés, médecins du travail, médecins des commissions médicales départementales d'examen des conducteurs) ont fait part au groupe de leur expérience « de terrain » dans le domaine de l'évaluation des capacités médicales à la conduite. Les échanges entre ces derniers et les spécialistes présents (dont certains avaient eux-mêmes une connaissance pratique de ces expertises médicales) ont permis de définir des propositions d'organisation du dépistage, en prise directe avec la réalité des problèmes médico-administratifs, dont la dimension a été apportée notamment par les interventions des représentants du ministère des transports et de l'inspection médicale des transports terrestres (2^{ème} partie du rapport).

- **Limites de la méthode**

La présence d'un membre désigné du Conseil National de l'Ordre des Médecins a contribué à mieux éclairer la problématique du secret professionnel « à partager » entre praticiens traitants et praticiens en charge des examens périodiques. Les propositions faites sur ce point devront être l'objet de consultations complémentaires des sociétés savantes et des usagers afin d'être finalisées.

Par contre, les propositions faites en matière médicale sont d'emblée opérationnelles. Elles sont fondées sur une large prise en compte par les experts du groupe, des données internationales, remises en perspective dans le contexte de leur expérience médicale pratique. Elles seront à compléter par l'élaboration de référentiels médicaux spécifiques à notre pays.

En ce qui concerne les modalités de dépistage, sous réserve d'une mise en forme réglementaire et de la rédaction de protocoles d'examen, elles peuvent être applicables dans le contexte calendaire fixé par le CISR pour la réforme.

1^{ère} 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 ^{er} 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		Si non obstructive: compatibilité sous réserve d'un suivi médical régulier. Si obstructive: incompatibilité sauf avis contraire cardiologique.	Si non obstructive : 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. Si obstructive: 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	2.21 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>A gauche : 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>A droite : 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>A gauche : compatibilité permis B, mention restrictive "embrayage automatique".</p> <p>A droite : compatibilité permis avec aménagement.</p>	<p>A gauche : compatibilité : "embrayage automatique".</p> <p>A droite : 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 : Membres inférieurs	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 : A gauche : compatibilité permis B avec embrayage automatique A droite : compatibilité avec aménagement.	A gauche : compatibilité : "embrayage automatique", si la flexion du genou est inférieure à 70° ou si le genou est instable. A droite : compatibilité avec aménagements si la flexion du genou est inférieure à 70° ou si le genou est instable.
	5-2-4 : Ankylose, raideur de la hanche	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 : A gauche : compatibilité permis B avec embrayage automatique A droite : 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 hypoglycémiantes	Cf. classe 1 et paragraphe 2.1. Compatibilité temporaire	Cf. classe 1 et paragraphe 2.1. Compatibilité temporaire	
	6-2-2 : traité par sulfamides hypoglycémiantes	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*

- 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 :
 - soit contrôler lui-même les critères d'aptitude visuelle (acuité visuelle, champ visuel clinique...),
 - soit indiquer à son patient que ce contrôle relève :
 - en l'absence d'antécédent visuel, d'un orthoptiste, qu'il peut contacter à cet effet pour un contrôle de l'acuité visuelle,
 - 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)
- Le médecin agréé, pour les conducteurs relevant du groupe lourd, demande à ce que le patient produise :
 - 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.
 - 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.

** 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 présupposé, 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'EVALUATION 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.

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

A] ORGANISATION DU DEPISTAGE MEDICAL PERIODIQUE

I/ Préambule

1) Définition des actes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) Contexte déontologique

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

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

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

3) Les protocoles (cf. p.43)

II/ Organisation du dépistage médical périodique

1) Hypothèses discutées en groupe

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

- **1ère hypothèse :**

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

- **2ème hypothèse :**

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

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

2) Les niveaux d'intervention médicale

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

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

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

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

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

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

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

¹ : analyses des capacités médicales seulement

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

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

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

⁵ : anciennes commissions médicales départementales primaires

⁶ : anciennes commissions médicales départementales d'appel

- **L'omnipraticien :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3) Modalités d'implication des omnipraticiens

- **Différents omnipraticiens concernés :**

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

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

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

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

- **Les besoins de formation :**

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

- **omnipraticien généraliste :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **omnipraticien de prévention :**

➤ *médecin du travail :*

❖ Rôle :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

→ Dans toutes les autres éventualités :

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

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

➤ les autres omnipraticiens de prévention

Ce sont :

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

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

III/ ASPECTS MEDICO-ADMINISTRATIFS

1) Durée du permis limitée dans le temps

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

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

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

- **groupe léger :**

A, A1, B, B1 :

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

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

- **groupe lourd**

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

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

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

3) Analyse démographique succincte de l'activité induite

- **nombre de consultations médicales induites**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) Déclaration médicale sur l'honneur

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

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

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

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

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

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

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

Le candidat ou le conducteur peut :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

® *Pour les chauffeurs professionnels en activité :*

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

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

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

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

5) Nature des avis médicaux

• Modification de l'échéancier des visites médicales obligatoires :

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

• La modulation du permis :

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

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

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

• Renvoi du patient devant le centre départemental :

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

• Incapacité permanente à la conduite pour raisons médicales :

→ Cas général :

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

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

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

→ Cas particulier des personnes âgées :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette évolution implique :

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

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

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

- **Contestation des avis :**

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

6) Nature des certificats médicaux relevant des omnipraticiens

- **Généralistes agréés ou non :**

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

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

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

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

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

- Omnipraticiens de prévention

(cf. p. 55)

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

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

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

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

® pour introduire

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

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

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

B] PROBLEMES POSES PAR LES PATHOLOGIES INTERCURRENTES

(entre deux visites périodiques)

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

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

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

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

I/ Responsabilisation des conducteurs suite à une affection médicale

1) Interruption de la conduite pour problème médical intercurrent

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- usage occasionnel ou artisan :

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

- pour les conducteurs salariés :

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

3) Modalités de responsabilisation des patients

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

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

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

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

Celui-ci :

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

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

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

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

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

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

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

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

2) Proposition de dérogation partielle au secret professionnel du médecin

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

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

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

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

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

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

CONCLUSION GENERALE

Il existe dans notre pays un consensus sur le fait qu'il faut réduire l'accidentalité routière, même si les moyens restent encore aujourd'hui sujets de débats volontiers passionnels.

Le groupe d'experts qui vient de conclure ses travaux, tout en étant conscient des dimensions sociales de l'incapacité à conduire, au vu des données de la littérature médicale tant nationale qu'internationale et des niveaux atteints par l'insécurité routière en France, estime qu'il est justifié de mettre en place un dispositif visant à l'évaluation des capacités médicales à conduire de l'ensemble des conducteurs.

En outre, dans le cadre de la promotion de la recherche médicale en sécurité routière, il leur apparaît indispensable, particulièrement au vu des travaux réalisés à l'étranger, de mettre en place en France, parallèlement au développement du dispositif d'exams médicaux périodiques des conducteurs, une **veille sanitaire en santé - sécurité routière** intégrant un volet relatif à la pathologie médicale. Elle serait alimentée par le recueil des données issues de l'évaluation des capacités/incapacités médicales abondées par les médecins. Ceci compléterait utilement les données accidentologiques françaises, dont on souligne souvent le caractère relativement parcellaire. Le traitement statistique des informations, qui pourraient ainsi être recueillies dans le cadre de l'examen des conducteurs, au décours immédiat de certains accidents graves, ou consécutivement aux suivis médicaux périodiques, permettrait de disposer, à moyen terme, d'un meilleur reflet, non pas de l'existence des relations entre les pathologies et les accidents de la route, qui sont déjà largement connues, particulièrement au niveau international, mais de la prévalence des incapacités médicales à la conduite. Il serait ainsi possible de comparer valablement nos résultats avec ceux d'autres pays de développement similaire, mais plus avancés dans le domaine de la prise en compte de la capacité médicale des conducteurs, comme la Belgique.

Pour lutter contre l'insécurité routière, des actions et des mesures diverses et variées ont vu le jour au fil des trente dernières années. Elles se déclinent autour de trois axes majeurs :

- l'amélioration de l'infrastructure routière et des véhicules ;
- la limitation des vitesses ;
- la modification des comportements au volant.

Pour atteindre le troisième objectif, dont la difficulté n'échappe à personne, certains préconisent, outre la formation des conducteurs et l'éducation au « civisme routier », une modification de l'infrastructure routière, de telle manière que le conducteur se trouve contraint à respecter les conditions de conduite qu'on veut lui imposer. Si de telles propositions ont, bien sûr, une efficacité potentielle, il ne faut cependant pas oublier que la contrainte infrastructurelle devrait être généralisée à l'ensemble du réseau routier pour être pleinement efficace, ce qui n'est pas possible, sauf sur le très long terme. C'est en effet sur le réseau secondaire que le nombre d'accidents mortels est le plus élevé. De plus, chacun sait qu'on ne peut modifier durablement les façons de conduire qu'à force d'éducation, d'information, de formation et de contrôles. Le développement de telles actions, complémentaires à l'intervention médicale doit bien sur être amplifié.

A côté de cela, il apparaît tout aussi indispensable de promouvoir la responsabilisation des conducteurs dans le bon usage des capacités physiologiques et psychologiques qu'ils ont, et surtout dans leurs préservations sur le long terme. L'acte de conduite est un acte de sécurité, il implique que les capacités du conducteur soient optimales et qu'elles ne soient pas uniquement techniques ou civiques mais aussi médicales.

La généralisation de l'évaluation des capacités médicales à travers des rendez-vous médicaux réguliers, et à chaque fois que de besoin en cas de dégradation des capacités médicales ayant des incidences sur la conduite, apparaît dans cette optique scientifiquement judicieux. En effet, n'est-il pas opportun de disposer de tous ses moyens lorsque l'on est notamment confronté à des situations qui nécessitent un bon degré de performances dans la prise d'informations, une rapidité dans le traitement de celles-ci et de la précision dans les réponses sensori-motrices qu'implique la conduite d'un véhicule en toute sécurité ?

Cependant une telle mesure ne pourra être pleinement acceptée que si elle est comprise : il en va de son efficacité. Elle doit pour ce faire être **orientée non vers l'exclusion mais vers la valorisation des capacités**, particulièrement lorsque celles-ci peuvent être altérées par la maladie ou l'âge. Elle sera d'autant plus efficace que le rôle de conseil du médecin est le complément habituel à l'acte de soin, et qu'il bénéficie d'une écoute certaine auprès des patients, particulièrement dans le contexte d'un suivi médical régulier. Se priver d'une telle approche, comme c'est encore le cas aujourd'hui, apparaît illogique alors même que l'on s'interroge sur les façons de mieux faire comprendre aux patients l'intérêt du bon usage des médicaments et des conséquences de leur utilisation sur la conduite, ce qui implique de facto la participation de l'ensemble des professionnels de soins et de santé.

L'argument, qui consiste à opposer liberté individuelle et évaluation médicale des conducteurs, ne peut qu'être contre productif pour la lutte contre l'insécurité routière, à un niveau individuel comme à un niveau collectif. S'il convient de tout faire pour limiter, et le cas échéant minimiser, les conséquences d'une incapacité médicale à la conduite, il convient d'éviter celle-ci non par le rejet de l'intervention médicale, mais par la recherche de solutions adaptées au risque de désocialisation que l'arrêt définitif de la conduite pourrait, à l'occasion mais pas systématiquement, entraîner.

De nombreux pays de par le monde ont depuis de nombreuses années mis en place des politiques de lutte contre le fléau routier en y impliquant le corps médical. Certains de ces pays ont même introduit l'incapacité médicale comme un fait délictuel au volant. Par exemple en Angleterre (Pays de Galle), il existe depuis 15 ans deux délits qui cadrent la répression de l'insécurité au volant :

→ l'un punit la **conduite dangereuse** ; elle englobe l'utilisation d'un véhicule en mauvais état, la vitesse excessive et les états médicaux incompatibles avec la conduite ;

→ l'autre punit la notion de **comportement accidentogène** (« *careless driving* ») : changements de direction sans précaution, usage inapproprié de l'éclairage des véhicules, inattention et mauvaise gestion de la capacité de vigilance en situation de conduite.

Sans rendre délictuel le fait d'être malade au volant, il apparaîtrait tout aussi illogique de méconsideérer l'intérêt de l'intervention médicale. Cependant, vouloir appréhender concrètement le volet de l'évaluation médicale de la capacité des conducteurs impose de le faire dans une démarche d'aide, de conseil, d'assistance et non de contrôle et d'exclusion.

Le dispositif actuel de suivi médical des conducteurs, pour certains types de permis ou pour les infractionnistes, a bien sûr un effet positif sur la sécurité routière. Il aide à la prise de conscience des règles d'hygiène de la conduite, chez les infractionnistes notamment, il les met devant leurs responsabilités, par exemple en matière de pratiques addictives. Il aide aussi les

autres conducteurs examinés à préserver leur capital santé par le suivi et le dépistage de certaines pathologies (diabète, altérations de la vue...) qui peuvent être incapacitantes pour la conduite. Son organisation, en dehors du système de soins, diminue cependant l'efficacité que l'on serait en droit d'attendre. Compte tenu de tout ceci, la réforme, telle que proposée par le CISR, apparaît indispensable à l'ensemble des experts réunis.

A côté de l'évolution structurelle, il faudrait aussi améliorer le dispositif sur un plan fonctionnel pour que la qualité et la quantité des informations recueillies permettent de progresser encore mais de manière plus nette dans le secteur de l'accidentologie routière. Le corps médical, au-delà d'une liste d'affections potentiellement dangereuses pour la conduite, doit disposer de référentiels médicaux, validés par les Sociétés Savantes et de protocoles d'examens pour les visites périodiques, afin d'aider l'action médicale dans le domaine de la promotion des capacités à conduire. C'est alors que les craintes formulées sur les risques liés à l'arrêt définitif de la conduite, évaluées à leur juste place, seront mieux appréhendées dans l'intérêt de tous. Il faut sortir de la logique de réflexion traditionnelle qui conduit **de la maladie à l'inaptitude, en passant par le contrôle des incapacités**, en lui substituant un nouveau mode de raisonnement positif, à l'image de celui proposé pour l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées: **maladie, promotion des capacités, lutte contre les handicaps**, ici en situation de conduite.

Tout le monde n'a pas la chance de pouvoir garder intacte sa capacité médicale de conduite tout au long de la vie, il faut, dès lors, tout mettre en œuvre pour retarder l'émergence des éventuelles incapacités définitives. C'est pourquoi il faut aujourd'hui que soit mieux définie l'intervention du médecin. Elle ne doit plus se limiter à la seule prise en charge des situations post-accidentelles (relevage des blessés) et au contrôle médical des infractionnistes, mais elle doit être élargie au dépistage et à la prévention des pathologies susceptibles d'altérer les capacités médicales de conduite.

Il est indispensable aussi, pour que cette nouvelle approche trouve toute sa place dans l'ensemble du dispositif de sécurité routière, que le **traitement social de l'interdiction définitive de conduire** soit également réfléchi. Outre le fait que l'évaluation médicale des capacités/incapacités doit être complétée, sauf évidences médicales, et chaque fois que de besoin, par des tests de conduite avant toute formulation d'incapacité médicale définitive, cette dernière doit aussi pouvoir être combattue par la mise en place de nouvelles possibilités de modulations du permis.

Ainsi, il est proposé d'instaurer, pour ceux ayant des capacités de conduite altérées, qui ne leur permettent plus de faire face à toutes les situations rencontrées sur la route, une **modulation du permis et des aides spécifiques** pour satisfaire « **aux nécessités essentielles de la vie courante, en fonction de leur zone géographique de vie, et en excluant la conduite sur voies rapides et de nuit** ». Un tel compromis, pour être acceptable notamment par les personnes âgées, devra être élaboré à partir d'une double démarche d'évaluation médicale et gériatrique, ainsi que technique du conducteur. Les **incapacités résiduelles à la conduite, dûment évaluées, devraient alors pouvoir, en fonction des zones de vie, ouvrir droit à des aides spécifiques**, pour ceux dont l'isolement consécutif à l'incapacité de conduire, risquerait d'entraîner une désocialisation.

PARIS, le 30 juin 2003
Professeur Alain DOMONT

BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

SOURCES D'INFORMATIONS DE L'ANAES

Bases de données bibliographiques:

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

Site Internet référents consultés :

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

Guides étrangers identifiés :

- Association Médicale Canadienne (Canada)

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

- Australian Driver Licensing Authorities (Australie)

Assessing fitness to drive. 2nd ed. 2001

- Driver and Vehicle Licensing Agency (Grande-Bretagne)

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

- American Medical association

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

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

Une recherche spécifique a été effectuée pour la documentation italienne

ANNEXE

ANNEXE

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

Principe :

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

CLASSE I

CARDIOLOGIE

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

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

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

CLASSE II**ŒIL ET VISION**

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

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

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

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

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

CLASSE IV**NEUROLOGIE – PSYCHIATRIE**

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

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

APPAREIL LOCOMOTEUR

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

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

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

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

NUMERO	AFFECTIONS	GROUPE 1 : LEGER (catégorie A)	GROUPE 1 : LEGER (catégories B et E [B])	GROUPE 2 : LOURD (catégories C, D, E [C] et E [D])
5.1	Membres supérieurs :	La commission tiendra compte de la valeur fonctionnelle du membre supérieur dans son ensemble. La qualité des moignons bien étoffés et non douloureux, le jeu actif et passif des différentes articulations et leur coordination doivent permettre une prise fonctionnelle avec possibilité d'opposition efficace.		
	5.1.1 Doigts, mains	Incompatibilité de toute lésion gênant les mains ou les bras dans la triple fonction de maintien du guidon, de rotation des poignées ou de manœuvre des manettes.	Compatibilité si la pince est fonctionnelle, avec opposition efficace.	Compatibilité si la pince est fonctionnelle, bilatérale avec opposition efficace. La force musculaire de préhension doit être sensiblement équivalente à celle d'une main normale.
		Dans certains cas de réadaptation exceptionnelle, l'aptitude à la conduite est laissée à l'appréciation de la commission médicale. La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap, de l'appareillage et de l'adaptation fonctionnelle. <i>Avis du spécialiste et voir préambule.</i>		
	5.1.2 Pronosupination	L'absence ou la diminution notable de la fonction de pronosupination nécessitent, si nécessaire, l'avis du spécialiste.		
	5.1.3 Amputation main, avant-bras, bras	Incompatibilité (voir paragraphe 5.1.1).	Compatibilité sous réserve d'aménagement du véhicule.	Incompatibilité.

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

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

CLASSE VI**DIVERS**

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

SOURCES D'INFORMATIONS DE L'ANAES

Bases de données bibliographiques:

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

Site Internet référents consultés :

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

Guides étrangers identifiés :

- Association Médicale Canadienne (Canada)

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

- Australian Driver Licensing Authorities (Australie)

Assessing fitness to drive. 2nd ed. 2001

- Driver and Vehicle Licensing Agency (Grande-Bretagne)

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

- American Medical association

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

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

Une recherche spécifique a été effectuée pour la documentation italienne

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

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

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

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

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

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