

Vision et permis de conduire : un nouveau décret d'aptitude

Valérie Duflot

L'idée d'un suivi médical "de tous les conducteurs tout au long de la vie", qui avait été décidé en 2002 par le Comité Inter ministériel de Sécurité Routière, n'est plus. Néanmoins, ce projet aujourd'hui avorté a permis une prise de conscience collective du rôle des médecins en matière de santé et sécurité routière. Et sans doute participé à la publication de l'arrêté du 21 décembre 2005 (J.O. du 28 décembre 2005) relatif aux contre-indications médicales à la conduite.

Décryptage de cet arrêté avec le Dr Xavier Zanlonghi, du Laboratoire d'exploratoire d'explorations fonctionnelles de la vision (Clinique Sourdille, Nantes).



X. ZANLONGHI

Basse Vision infos :

Quels sont les grands principes proposés par l'arrêté du 21 décembre 2005 relatif aux contre-indications médicales à la conduite ?

Dr Xavier Zanlonghi: Ce récent arrêté propose une liste de contre-indications médicales, dont la version précédente datait de 1997 (arrêté du 7 mai 1997). Ce nouveau décret d'aptitude repose sur quatre principes. À commencer par le permis à la carte, qui, pour la première fois, est timide-

ment mis en place. En effet, les patients atteints de cécités nocturnes peuvent être déclarés inaptes pour la conduite de nuit tout en conservant l'aptitude de jour, par la commission médicale de la préfecture.

Deuxième principe: le respect du secret professionnel. Selon cet arrêté, le caractère absolu du secret médical reste intangible, même si le médecin est confronté quotidiennement à des cas d'inaptitude clinique absolue. Il a une obligation d'information de ces patients/conducteurs. Une fiche d'information éditée par la Société française d'ophtalmologie serait d'ailleurs très utile

pour nos salles d'attente. Troisième principe: l'auto-évaluation médicale par le patient/conducteur. Ainsi, chaque patient/conducteur reste responsable des conclusions qu'il tire des recommandations médicales relatives à la conduite, dès lors que l'information qui lui est due est donnée. Autrement dit, la décision de conduire relève de l'unique responsabilité de la personne assise au volant.

Pour savoir s'il est apte ou non à la conduite, le patient/conducteur pratique une "auto-évaluation médicale à la conduite". Cette auto-évaluation engage sa responsabilité personnelle.

Ainsi, l'extrait de l'arrêté du 21 décembre 2005 précise "qu'un conducteur atteint d'une affection pouvant constituer un danger pour lui-même ou les autres usagers de la route pourra être amené à interrompre temporairement la conduite jusqu'à l'amélioration de son état de santé."

Quatrième et dernier grand principe mis en place par cet arrêté: la mise en avant du rôle des auto-écoles. "Occasionnellement, dans les cas difficiles, un test de conduite par une école de conduite pourra être effectué, sur proposition des médecins siégeant en commission médicale départementale."

BVi: L'arrêté distingue bien entendu les permis légers et permis lourds. Concernant la première catégorie, quelles sont les avancées proposées?

Dr X.Z.: Dans la catégorie des véhicules légers, en ce qui concerne les fonctions visuelles (testées s'il y a lieu avec correction optique), et plus précisément l'acuité visuelle en vision de loin, les valeurs proposées par le texte officiel sont identiques au texte de 1997 et sont en fait issues du texte européen de 1991: "Incompatibilité si l'acuité binoculaire est inférieure à 5/10. 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." En revanche, en instaurant une "compatibilité temporaire dont la durée sera appréciée au cas par cas si l'acuité visuelle est limitée par rapport aux normes ci-dessus", la loi propose une réelle avancée par rapport à la version de 1997: elle va en effet permettre de donner des aptitudes pour les cas limites, par exemple les nystagmus. Cependant, le terme "au cas par cas" n'est pas assez explicite, ce d'autant qu'il n'est pas fait mention que c'est un spécialiste ophtalmologiste qui procédera à l'examen d'aptitude pour les cas limites.

BVi: Concernant le champ visuel, vous vous faites un peu plus critique du nouvel arrêté...

Dr X.Z.: Le nouvel arrêté définit une "incompatibilité si le champ visuel binoculaire horizontal est inférieur à 120° (60° à droite et à gauche de l'axe visuel) ou champ visuel vertical inférieur à 60° (30° au-dessus et au-dessous de l'axe visuel)." Ces valeurs de champ visuel me paraissent inutilement complexes. Il aurait été nettement plus simple de ne garder que la valeur de 120° en horizontal (ce qui était dans le décret de 1997) et 60° en vertical (ce qui n'existait pas en 1997). Selon ce nouveau texte, les mesures doivent être faites uniquement sur les méridiens horizontal et vertical (figure 1). La valeur de 120° en horizontal correspond approximativement à la distance angulaire entre les deux rétroviseurs extérieurs (figure 2). Or, certains patients aptes avec le décret de 1997 deviennent inaptes avec ce nouveau décret car on mesure dorénavant le champ visuel vertical. À noter: les recommandations internationales conseillent comme appareil de référence le Goldmann manuel en cinétique en index Goldmann III/4. Il est possible d'utiliser des champs visuels automatiques soit de type Goldmann automatisés soit en statique en utilisant la technique de champ binoculaire d'Esterman (figure 3). Enfin, le texte ajoute: "Incompatibilité de toute atteinte notable du champ visuel du bon œil si l'acuité d'un des deux yeux est nulle ou inférieure à 1/10. Avis spécialisé." Or il semble d'ores et déjà acquis que ce terme "notable" sera source de très nombreux conflits. Il eut sans aucun doute été préférable d'utiliser le terme "pathologique".

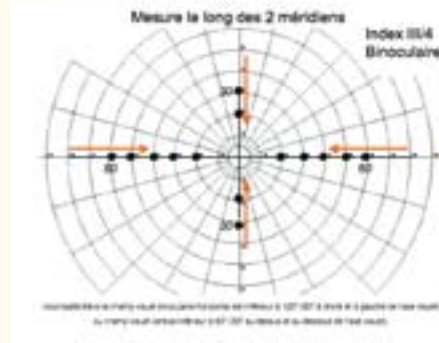


Figure 1: La valeur de 120° en horizontal correspond approximativement à la distance angulaire entre les deux rétroviseurs extérieurs.



Figure 2: Superposition du champ visuel sur une scène de conduite.

BVi: Quid de la vision nocturne...

Dr X.Z.: Le texte mentionne une "incompatibilité de la conduite de nuit si absence de vision nocturne" et une "compatibilité temporaire avec mention restrictive « conduite de jour uniquement » après avis spécialisé si le champ visuel est normal".

Il s'agit d'un changement majeur par rapport au texte de 1997, qui devrait permettre aux patients souffrant d'une rétinite pigmentaire de pouvoir continuer à utiliser leur véhicule de jour pour se rendre à leur travail par exemple. Pour la première fois, il sera possible de donner une restriction "médicale"; ici l'inaptitude de conduite de nuit. Néanmoins, cette avancée demeure très en deçà de ce que prévoyait le rapport Domont avec le permis à la carte. Enfin, toute la difficulté pour les ophtalmologistes sera de déterminer ce que l'arrêté appelle "absence de vision nocturne".

Permis légers: inapte si l'acuité visuelle binoculaire est inférieure à 5/10, si le champ visuel binoculaire est inférieur à 120° en horizontal, ou si le champ visuel binoculaire est inférieur à 60° en vertical.



Figure 3:
En ce qui concerne le permis poids lourds, l'ensemble du champ visuel qui doit être testé : la technique d'Esterman est donc nécessaire comme en expertise de droit commun.

On peut également regretter l'absence du terme "binoculaire" dans la phrase "après avis spécialisé si le champ visuel est normal".

BVi: Quels sont les changements notables en ce qui concerne les poids lourds ?

Dr X.Z.: Concernant l'acuité visuelle en vision de loin, l'arrêté n'apporte pas de changement notable par rapport au texte de 1997. Les recommandations d'un groupe de travail européen de 2005 qui préconise 8/10 sur le meilleur œil et 1/10 sur le moins bon n'ont pas été suivies. Le législateur n'a toujours pas franchi le pas d'accorder le permis poids lourd à des monophthalmes : seuls les "enseignants de la conduite" borgnes sont formellement inaptés. Concernant le champ visuel, le texte évoque une "incompatibilité

de toute altération pathologique du champ visuel binoculaire". Un important changement par rapport au texte de 1997 qui ne précisait pas ce terme de "binoculaire". Cette fois-ci, c'est bien l'ensemble du champ visuel qui doit être testé : la technique d'Esterman est donc nécessaire comme en expertise de droit commun (figure 3). En outre, le texte demande un "avis spécialisé en cas d'altération du champ visuel". Un énoncé dans lequel il aurait été judicieux de préciser "monoculaire d'un des deux yeux" : en effet de nombreux déficits monoculaires disparaissent lorsque l'on réalise un champ visuel binoculaire. Enfin, en ce qui concerne la vision de nuit, le texte pose le principe de la nécessité d'un avis spécialisé et d'une incompatibilité à la conduite en cas de confirmation de l'affection. Ce qui veut dire que le permis professionnel poids lourd doit être retiré en cas de rétinite pigmentaire par exemple. Pour les ophtalmologistes, tout le problème sera donc de confirmer l'affection de vision nocturne. Faudra-t-il réaliser un électrorétinogramme pour tout problème d'aptitude à la conduite de nuit ?

BVi: Au total, quels sont les malvoyants concernés par cet arrêté ?

Dr X.Z.: Au total, trois populations de malvoyants se trouvent éconduites par les différents textes de loi. Les jeunes qui veulent passer leur permis puisque : ils doivent déclarer sur l'honneur à la préfecture, lors de leur inscription, qu'ils ne souffrent pas d'une inaptitude à la conduite ; ils doivent lire une plaque mi-

néralogique à 20 mètres lors de l'examen ; ils passent un petit examen de prévention à l'école. Autant de filtres instaurés depuis longtemps mais souvent ignorés, auxquels l'arrêté ne change finalement rien. Le problème demeure donc identique pour les jeunes malvoyants à la limite du 4/10^e, ou à 5/10^e avec des lentilles ; et ces derniers choisissent généralement soit de tenter de cacher leur handicap, soit de monter un dossier, qui sera examiné par la Commission médicale de la préfecture, afin d'obtenir une aptitude temporaire de deux ans renouvelable après expertise. Pour les personnes âgées de 20 à 60 ans, l'arrêté précise les choses mais ne change pas fondamentalement la donne. Idem pour les plus de soixante ans, même si l'arrêté ré-insiste sur l'obligation d'information de l'ophtalmologiste : quand le patient reconnaît mal les feux, les panneaux de signalisation ou apprécie mal les distances, il est temps qu'il arrête de conduire. Idem lorsqu'un champ visuel tubulaire risque d'induire des refus de priorité à droite, une mauvaise gestion des ronds-points ou des enfants traversant en courant la rue. Pour les autres, malvoyants mais encore capables de conduire, il ne faut pas hésiter à les encourager à reprendre quelques leçons de conduite. Au total, c'est donc surtout les conducteurs non professionnels atteints de pathologies handicapant fortement la vision nocturne, comme les rétinites pigmentaires, qui bénéficieront de cet arrêté avec la possibilité offerte au préfet de délivrer des permis un peu plus au cas par cas en ce qui concerne la vision de nuit.

POUR EN SAVOIR PLUS

New standards for the visual functions of drivers. Report of the Eyesight Working Group. Brussels, May 2005, 35pp

Conduite automobile et handicap, Ed by ENJALBERT, FATTAL, THEVENON, Masson, Paris, Collection Rencontres en Rééducation, 2000, N° 15, 206pp

Vision requirements for driving. Guidelines of American Academy of Ophthalmology. In Low Vision rehabilitation. Ed by Donald C. Fletcher, American Academy of Ophthalmology, monographs 12, 2000, 127-134

Conduite et Age. Ouvrage collectif sous la Direction de ZANLONGHI. Ed By Octopus Multimédia, Paris. 2003, Distribué par les laboratoires Bausch et Lomb <http://www.bausch.com>

Arrêté du 21 décembre 2005 sur le site www.legifrance.gouv.fr

www.preventionroutiere.asso.fr

www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr

Conduite et handicap visuel, VHS PAL 12 minutes, distribuée par Chauvin, Bausch & Lomb <http://www.bausch.com>