

L'évaluation à conduire au cabinet médical

M. Fellay, J. Steiner, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais, Sion

Au 1^{er} juillet 2016, les exigences médicales minimales figurant dans l'annexe 1 de l'Ordonnance réglant l'Admission des personnes et des véhicules à la Circulation routière (OAC) ont été révisées afin de s'adapter aux progrès de la médecine et des connaissances en accidentologie. Le médecin praticien doit s'y référer lorsqu'il examine le conducteur car il s'agit de la seule base légale. La réglementation reste générale afin de laisser une liberté de jugement à l'examineur qui reste soutenu dans sa démarche par des publications de sociétés suisses de discipline médicale en collaboration avec des experts en médecine du trafic. Ainsi, on note l'arrivée de plusieurs recommandations dans le but d'assurer une prise en charge uniforme dans tout le pays.

À cet égard, La Ligue Suisse contre l'Épilepsie [1] a toujours fait office de pionnière édictant des directives pour la conduite depuis plus d'une dizaine d'années. Cette société médicale a d'ailleurs clairement indiqué que l'évaluation de l'aptitude à conduire est fondée sur la comparaison entre l'analyse du risque d'un groupe spécifique de patients et un niveau de risque d'accident socialement acceptable de 1 : 20 000 par an. Avec l'arrivée de Via Sicura, il a ensuite été recommandé de fixer le risque acceptable à 40% maximum par an pour les conducteurs de voitures de tourisme et en deçà de 2% pour les conducteurs de camion. La société médicale de neurologie décrit ainsi les raisons pour lesquelles les exigences ne sont pas les mêmes pour les deux groupes. Depuis, de très nombreuses sociétés médicales ont édicté leurs règles, toujours de concert avec la médecine du trafic, qui est une sous-spécialité de la médecine légale. En effet, tout médecin qui envoie un rapport d'aptitude au service automobile devient un expert à l'intention du service automobile et non plus un thérapeute.

Plus tard, on a vu arriver la publication « Directives concernant l'aptitude et la capacité à conduire » de la société suisse d'endocrinologie et de diabétologie, la recommandation « Aptitude de conduite en cas de somnolence diurne » de la Société Suisse de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie, puis dès juin 2019 le document « Aptitude à conduire et maladie cardiovasculaires » de la société suisse de cardiologie. Tous ces documents sont téléchargeables sur le site internet de la société suisse de médecine légale [2].

	1 ^{er} groupe médical	2 ^{ème} groupe médical
Acuité visuelle (vision binoculaire)	0.5 et 0.2	0.8 et 0.5
Acuité visuelle (vision monoculaire)	0.6	Inapte
Champs visuel	En cas de doute : examen ophtalmologique	
Ouïe	Les sourds peuvent conduire	Voix normale audible à 3 m par chaque oreille. Si surdité d'une oreille: 6 m
Troubles psychiques et troubles des fonctions cérébrales d'origine organique	Pas de trouble entraînant une difficulté à la conduite	Pas de trouble. En cas de doute : examen psychiatrique ou de médecine du trafic
Épilepsie	Les épileptiques traités avec documents du neurologue peuvent conduire	Inaptitude pour la catégorie D. Dans des situations particulières, aptitude pour la catégorie C possible
	Dans tous les cas : examen neurologique	
Maladies cardiovasculaires	Peuvent conduire avec une maladie cardiaque compensée	Avec défibrillateur interne ou avec fraction d'éjection < 35% ne peuvent pas maintenir leur 2 ^{ème} groupe médical. En cas de doute, examen chez un cardiologue FMH requis
Maladies du métabolisme	En cas de diabète, valeurs de glycémie stable sans hypo et/ou hyperglycémie significative pour la conduite	En cas de thérapie hypoglycémiante, inaptitude pour la catégorie D. En cas de doute, examen chez un endocrinologue FMH requis
Maladie des organes respiratoires	Pas de maladies entraînant une somnolence diurne accrue	Traitement SAS et, en cas de doute, test du maintien de l'éveil En cas de doute, examen chez un pneumologue FMH requis
Maladies de l'appareil locomoteur	Si corrigé par des dispositifs spéciaux, pas de restriction. En cas de doute, examen auprès de la CRR-Suva, stimulateur à conduire.	
Maladies de dépendance, y compris médicamenteuses	En cas de doute, annonce auprès du service automobile SCN, respectivement auprès d'un médecin du trafic	

Tableau 1 : Résumé des différences entre les deux groupes médicaux (voitures de tourisme ou transports professionnels)

Parmi les documents manquants susceptibles d'aider le médecin à diagnostiquer une aptitude médicale à conduire, on signale les troubles visuels, psychiatriques et les dépendances, y compris aux médicaments. Comme les exigences selon les groupes médicaux ne sont pas les mêmes, on peut référer au tableau 1 qui détermine les éléments de base.

De ce tableau, on retient une certaine souplesse vis-à-vis du 1^{er} groupe médical (voitures de tourisme) alors qu'une rigueur est requise pour le 2^{ème} groupe médical (catégorie C : transport de marchandises et catégorie D : transport de personnes) [3].

Test de dépistage	Critère pour une évaluation spécialisée, par exemple consultation de la mémoire (HVS)	Critère rédhibitoire pour maintenir l'aptitude à conduire
Mini mental state examination (MMS)	< 24/30	20/30 ou plus petit
Montreal cognitive assessment (MoCA)	< 26/30	
Test de l'horloge	< 5/7	Non compréhension du test
Trail-making-test A (TMT-A)	Réalisé lentement, à savoir > 100 secondes	Réalisé avec une et/ou des fautes
Trail-making-test B (TMT-B)	Réalisé en plus de 200 secondes et/ou > 2 erreurs de persévération	Impossibilité de compréhension de l'alternance conceptuelle entre les chiffres et les lettres

Tableau 2 : Tests pour les dépistages des troubles cognitifs

En réalité, la raison la plus classique déterminant une inaptitude médicale pour le 1^{er} groupe médical à partir d'une évaluation en cabinet médical est l'apparition de troubles cognitifs. L'avis d'un proche peut être déterminant pour investiguer un éventuel trouble cognitif. Les autres éléments sont des antécédents de contravention et/ou d'accident, de même qu'une anamnèse de réduction du kilométrage ou du périmètre de conduite. Le tableau 2 indique les tests cognitifs, réalisables au cabinet qui ne sont pas chronophages. Leur sensibilité et leur spécificité ne sont pas optimales. Par exemple, le MMSE (Mini mental state examination) n'évalue que peu les capacités visuospatiales et exécutives (capacité de jugement, prise de décision, flexibilité mentale), pourtant essentielles pour la conduite. Celles-ci sont mieux appréciées par le trail-making test B. Le MoCA (Montreal cognitive assessment) combine notamment un mini-TMT-B, le test de l'horloge et d'autres fonctions exécutives et attentionnelles. Il existe en plusieurs langues ainsi qu'en trois versions françaises et allemandes différentes sur internet afin d'éviter la mémorisation. Un test cognitif pathologique ne devrait pas mener d'emblée à une décision d'inaptitude mais à des investigations complémentaires telles qu'un bilan neuropsychologique complet ou une expertise de niveau 3 ou 4. Une course d'essai sur route avec un moniteur d'auto-école peut aider le praticien dans sa décision. Toutefois, elle n'a pas de valeur juridique. Un médecin de niveau 4 peut exiger une course de contrôle (CC) avec un expert de la circulation et, selon les cas, un médecin expert à bord, chose pratiquée en Valais. Des cours de conduite pour seniors afin de rafraîchir et entraîner les compétences de conduite sont utiles.

Références

- [1] www.epi.ch, puis onglet permis de conduire et épilepsie.
- [2] www.ssml.ch puis onglet médecine du trafic puis directives d'aptitude à conduire.
- [3] Aptitude à la conduite, aspects généraux et prise en charge spécifique en 2017, Revue médicale Suisse, p1876-1881 et p 1982-1990.

Personne de contact

Dr Maurice Fellay

maurice.fellay@hopitalvs.ch