

## Diabète et conduite: les nouvelles directives bientôt sous presse

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

### Introduction

La prévalence du diabète sucré en Suisse est de 6,3 %, et la plupart de ces personnes conduisent des véhicules en toute sécurité, sans représenter un risque accru pour elles-mêmes ou pour les autres usagers de la route.

Les accidents de la route liés au diabète sont rares chez la plupart des conducteurs diabétiques et se produisent moins fréquemment que chez de nombreux autres conducteurs atteints de maladies pouvant altérer la performance de conduite, mais qui sont tolérées par la société. Ainsi, la fréquence des hypoglycémies affectant la capacité de conduire, des rétinopathies sévères (y compris l'œdème maculaire) ou de la formation de cataracte qui altèrent la vision nécessaire à la conduite d'un véhicule, ainsi que de la neuropathie périphérique qui peut gravement affecter la sensibilité des pieds, n'est pas suffisamment élevée pour justifier une restriction du droit de conduire pour tous les conducteurs atteints de diabète sucré.

Par ailleurs, au cours des dernières années, les techniques des mesures de la glycémie en continu, des pompes à insuline et les insulines à durée d'action ultra-longue se sont développées et sont devenues plus accessibles, permettant de réviser les directives par rapport à la conduite datant maintenant de plusieurs années.

« Il est de la responsabilité conjointe du médecin traitant et du patient de prévenir les hypoglycémies sévères ».

### Rappel des bases légales

Pour les catégories de permis du 1er groupe médical (dites « privées »), les exigences minimales stipulent qu'en cas de diabète sucré, une stabilisation de la glycémie sans hypo- ou hyperglycémies significatives pour la conduite doit être assurée (Annexe 1 de l'OAC = Ordonnance réglant l'admission à la circulation routière).

Pour les catégories de permis du 2e groupe médical (dites « professionnelles »), les exigences minimales spécifient qu'en cas de diabète sucré associé à un risque d'hypoglycémie induite par le traitement ou de symptômes généraux d'hyperglycémie, l'aptitude à la conduite est exclue pour les catégories D (bus) ou sous-catégorie D1. Pour les catégories C (camion) ou sous-catégorie C1, pour l'autorisation de transport professionnel de personnes ainsi que pour les experts de la circulation, l'aptitude à la conduite peut être accordée dans des circonstances particulièrement favorables (Annexe 1 de l'OAC).

L'autorité cantonale peut, en vertu de l'article 7, alinéa 3 de l'OAC, déroger aux exigences médicales minimales dans le cadre d'une dérogation **exceptionnelle**, si le demandeur est apte à conduire selon l'article 14, alinéa 2 de la LCR (Loi sur la circulation routière) et si un médecin agréé de niveau 4 le confirme (médecin du trafic SSML = Société suisse de médecine légale). Il s'agit alors toujours d'une évaluation individuelle en médecine du trafic.

En vertu du **droit de signalement** prévu à l'article 15d, alinéa 3 de la LCR, les médecins peuvent, sans violer le secret médical, signaler à l'autorité cantonale compétente de la circulation routière ou à l'autorité de surveillance des médecins les personnes dont l'aptitude à conduire est douteuse. Indépendamment du droit de signalement, un médecin a l'obligation d'informer ses patients sur leur aptitude à conduire. Cette **obligation d'information** médicale fait partie de la prévention, en particulier des mesures visant à réduire les hypoglycémies, et est fondée sur la relation contractuelle entre le médecin et le patient selon le Code des obligations.

Grâce au développement des nouvelles techniques (systèmes CGM = *Continuous Glucose Monitoring*, pompes à insuline en boucle fermée hybride (HCL = *Hybrid Closed Loop*), insulines basales à durée d'action ultra-longue), il a été possible d'abaisser le seuil minimal de glycémie avant de conduire par rapport à la seule mesure manuelle de la glycémie.

Il reste néanmoins crucial de poser des questions sur les hypoglycémies sévères, car celles-ci ne sont très souvent pas signalées spontanément par le patient. Le score de Clarke peut s'avérer utile pour évaluer la perception des hypoglycémies. Enfin, il est de la responsabilité conjointe du médecin traitant et du patient de prévenir les hypoglycémies sévères, car celles-ci, en plus de constituer un danger sur la route, peuvent entraîner d'autres conséquences médicales graves.

### Attitude en cas d'hypoglycémie pendant la conduite

Le véhicule doit immédiatement être arrêté sur le côté de la route, les feux de détresse activés, la clé retirée du contact, et le conducteur doit passer sur le siège passager. L'hypoglycémie doit être corrigée par la prise de glucides (réserve d'urgence dans la voiture). Comme le cerveau met plus de temps à retrouver sa pleine capacité de réaction après une hypoglycémie prolongée, il faut attendre 45 minutes avant de reprendre la conduite. Avec les nouveaux dispositifs (systèmes CGM, notamment couplés à des pompes à insuline HCL), ces situations devraient devenir nettement plus rares.

### Un aperçu des nouvelles mesures pour le 1er groupe (véhicules « privés »)

Risque hypoGlc	Traitements	Mesures
<b>Aucun risque</b>	Metformine, agonistes des récepteurs GLP-1, agonistes des récepteurs GLP-1/GIP, inhibiteurs de la DPP-4, inhibiteurs de la SGLT-2 ou combinaison de ces médicaments	<ul style="list-style-type: none"><li>Aucune mesure de la glycémie avant et pendant la conduite n'est nécessaire</li></ul>
<b>Risque faible</b>	Insulines ultra-lentes (déguldec/glargine U300) ou gliclazide ou glinides	<ul style="list-style-type: none"><li>Aucune mesure de la glycémie avant chaque conduite n'est nécessaire</li><li>Prévention de l'hypoglycémie et glucomètre dans le véhicule</li></ul>
<b>Risque modéré</b>	Insulines à action prolongée (glargine U100, détémir) ou insuline co-formulée (Ryzodeg®) 1 à 2 fois/jour ou thérapie insulinaire basal-bolus avec systèmes de surveillance continue du glucose (CGMS) et/ou stylos intelligents ou systèmes de pompe à insuline HCL	<ul style="list-style-type: none"><li>Contrôle de la glycémie avant chaque conduite</li><li>Prévention de l'hypoglycémie et glucomètre dans le véhicule</li><li>CGMS : Pas de mesure de la glycémie nécessaire, car fonction d'alarme</li><li>En cas de glycémie &lt; 4,0 mmol/l, ne pas conduire, corriger avec des glucides et attendre 45 min</li></ul>
<b>Risque élevé</b>	Thérapie insulinaire basal-bolus sans CGMS ou <ul style="list-style-type: none"><li>systèmes de pompe à insuline non HCL</li><li>sulfonylurées à longue durée d'action</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Contrôle de la glycémie avant chaque conduite et pendant les trajets prolongés</li><li>Prévention de l'hypoglycémie et glucomètre dans le véhicule</li><li>Si glycémie de 4 à 5 mmol/l, corriger avec 10-20 g de glucides</li><li>Ne pas conduire en cas de glycémie &lt; 4,0 mmol/l</li><li>En cas de glycémie &lt; 4,0 mmol/l, corriger avec des glucides et attendre 45 min</li></ul>
<b>Risque très élevé</b>	> 1 hypoglycémie sévère/an et/ou absence de perception de l'hypoglycémie (score de Clarke 4 et plus)	<ul style="list-style-type: none"><li>Évaluation par un spécialiste en endocrinologie/diabétologie.</li><li>Aptitude à conduire uniquement avec une surveillance continue de la glycémie (CGMS) ou 6-8 mesures de la glycémie capillaires/j</li><li>Prévention de l'hypoglycémie et glucomètre dans le véhicule</li><li>En cas de glycémie &lt; 5,0 mmol/l, corriger avec des glucides</li><li>Ne pas conduire en cas de glycémie &lt; 5,0 mmol/l</li><li>En cas de glycémie &lt; 4,0 mmol/l, corriger avec des glucides et attendre 45 min</li></ul>

### Conclusions

Au vu de l'évolution des techniques, en particulier les systèmes CGM et les pompes HCL couplées à un système CGM, et de la baisse des coûts de ces produits, il s'avère de plus en plus justifié que les patients diabétiques qui le souhaitent puissent en bénéficier (en particulier en cas de diabète de type 1, de diabète sous insuline, de diabète gestationnel). Ces systèmes, en avertissant des hypoglycémies imminentes, augmentent la sécurité routière. La marge de sécurité pour la glycémie minimale avant ou pendant la conduite, auparavant fixée à 5 mmol/l, peut ainsi être réduite à 4 mmol/l. Avec cette révision, tous les titulaires de permis de conduire peuvent se conformer aux recommandations de la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie (SSED) pour la gestion de la glycémie (y compris pendant la grossesse), et pour les porteurs de système CGM, les contrôles glycémiques toutes les deux heures ne sont plus nécessaires.

### Littérature

- Directives concernant l'aptitude et la capacité à conduire lors de diabète sucré, Groupe de travail de la SSED et de la SSML. Roger Lehmann (Président), Ulrike Iten (SSED), Regula Wick (SSML), Barbara Lucchini, Sandrina Bervini, Lia Bally, Vojtech Pavlicek
- Calcul du score de Clarke: <https://www.inanutshell.ch/fr/calculateurs/score-de-clarke/>

Les nouvelles techniques ont permis de réviser les directives concernant « Diabète & conduite » et assurent davantage de sécurité.