

Aptitude à la conduite et maladies cardiovasculaires

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

Dans le contexte du droit routier suisse, l'évaluation de l'aptitude médicale à la conduite repose aujourd'hui sur une collaboration étroite entre les sociétés médicales de spécialités (cardiologie, neurologie, diabétologie, etc.) et la section de médecine du trafic de la Société Suisse de Médecine Légale (SSML). Cette coopération interdisciplinaire a pour but d'assurer que les décisions prises par les experts médicaux dans le cadre des contrôles d'aptitude à la conduite soient scientifiquement fondées, homogènes à l'échelle nationale et compatibles avec le droit fédéral en matière de circulation routière.

Ainsi, plusieurs directives spécifiques à certaines pathologies ont été élaborées en commun et validées : c'est notamment le cas pour les maladies cardiovasculaires, l'épilepsie, le diabète, les troubles respiratoires du sommeil (SAS), les affections ophtalmologiques, ou encore les situations de traitement agoniste opioïde pour les troubles liés à l'usage de substances. Ces directives traduisent en pratique clinique les exigences minimales de l'Ordonnance sur l'admission à la circulation (OAC, tableau 1), en offrant aux médecins un cadre clair, des seuils précis, ainsi que des marges d'appréciation définies pour les cas particuliers.

1er groupe	2e groupe
<ul style="list-style-type: none">• Pas de maladies entraînant un risque élevé de crises douloureuses, de malaises, de diminution du débit sanguin cérébral réduisant les capacités, d'altérations de la conscience ou de toute autre perturbation permanente ou épisodique de l'état général.• Pas d'anomalie grave de la tension artérielle.	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maladies entraînant un risque élevé de crises douloureuses, de malaises, de diminution du débit sanguin cérébral réduisant les capacités, d'altérations de la conscience ou de toute autre perturbation permanente ou épisodique de l'état général.• Pas de troubles du rythme cardiaque importants. Test d'effort normal en cas de maladie cardiaque.• Pas d'anomalie de la tension artérielle ne pouvant pas être normalisée par un traitement.

Tableau 1: Extrait des exigences médicales minimales pour les maladies cardiovasculaires selon l'annexe 1 de l'OAC

Par ailleurs, ces directives se fondent sur les données épidémiologiques, les avancées scientifiques et les standards internationaux, tout en tenant compte des exigences suisses en matière de sécurité routière. Elles permettent aux médecins exerçant en cabinet ainsi qu'à ceux travaillant à l'hôpital de se prononcer sur l'aptitude à la conduite, notamment en identifiant les situations dans lesquelles des restrictions, un suivi ou des contrôles sont justifiés. En cas de doute, un médecin spécialiste en médecine du trafic peut toujours être consulté pour l'évaluation.

L'aptitude à la conduite en cas de pathologie cardiaque repose sur des directives nationales communes (SSC & SSML), scientifiquement validées et juridiquement alignées (cf. référence [1]).

Dans la présente édition, nous souhaitons aborder les directives cardiologiques, dont la version révisée est parue en octobre 2024. Elles concernent l'aptitude à la conduite pour le 1er et le 2e groupe médical (tableau 2). Elles sont disponibles dans les trois langues nationales et accessibles en ligne pour tous les médecins.

1er groupe	2e groupe
<ul style="list-style-type: none">• Permis de conduire des catégories A et B• Permis des sous-catégories A1 et B1• Permis des catégories spéciales F, G et M	<ul style="list-style-type: none">• Permis des catégories C et D• Permis des sous-catégories C1 et D1• Autorisation de transport professionnel de personnes• Experts de la circulation

Pour la cardiologie de façon plus spécifique, l'aptitude à la conduite peut être mise en question dans les cas de perte de conscience et d'insuffisance cardiaque et/ou coronarienne. Afin d'évaluer l'aptitude à la conduite et de faciliter la lisibilité, les diagnostics cardiologiques ont été présentés dans huit tableaux dans le document intitulé: « Aptitude à la conduite et maladies cardiovasculaires : directives communes de la Société Suisse de Cardiologie et de la Société Suisse de Médecine Légale ». En présence de plusieurs diagnostics cardiologiques (p. ex. coronaropathie, insuffisance cardiaque, bloc de branche gauche), les présentes directives doivent être utilisées de manière transversale entre les tableaux. Nous allons à présent examiner plus en détail les différents diagnostics.

En cas de syncopes, la décision de l'aptitude dépend avant tout de la cause. Les syncopes vasovagales isolées, notamment en dehors de la conduite, sont généralement compatibles avec la conduite dans les deux

groupes, privés et professionnels. En revanche, si elles surviennent au volant ou sont récidivantes, un délai d'attente s'impose. Les syncopes inexplicables, surtout sans prodromes, peuvent rendre inapte à la conduite, notamment dans le 2e groupe, tant que le diagnostic n'est pas posé. Si aucune cause n'est identifiée pour la syncope, un délai d'attente d'au moins 12 mois après le dernier épisode doit être respecté avant que l'aptitude à la conduite puisse de nouveau être confirmée.

En cas d'insuffisance cardiaque, les patients qui conduisent un véhicule de groupe 1 et de classe NYHA I, II et III sont généralement aptes à la conduite. Pour le 2e groupe médical, la fraction d'éjection du ventricule gauche (LVEF) doit être d'au moins >35% pour les patients de classe NYHA I et II. Les patients NYHA III et IV, ainsi que ceux avec assistance ventriculaire gauche ou porteurs d'un gilet défibrillateur, sont inaptes à la conduite, sauf si une dérogation est faite par un médecin du trafic.

Pour les personnes atteintes de maladie coronarienne, l'aptitude dépend du type d'événement et de la récupération. Après un infarctus, un délai de 1 à 4 semaines est requis selon le groupe et la sévérité. Après un pontage, la conduite est autorisée après 3 mois pour le 2e groupe et après l'atteinte d'un état stable dans le groupe 1. Pour le groupe 2, l'absence d'angine de poitrine, d'arythmie et une bonne capacité physique (> 4 METs) sont nécessaires.

En cas de bradycardie, l'aptitude dépend de la présence de symptômes. Les blocs auriculo-ventriculaires avancés nécessitent souvent la pose d'un pacemaker pour reprendre la conduite. Pour les conducteurs du 2e groupe, un délai d'attente plus long est imposé après l'implantation.

Les arythmies supra-ventriculaires ou fibrillations auriculaires sans symptômes significatifs permettent la conduite. En cas de symptômes (vertiges, syncopes), une période d'attente de 4 semaines est nécessaire après traitement efficace. Les tachycardies ventriculaires symptomatiques ou persistantes nécessitent un traitement efficace, et souvent un délai de 3 mois avant de pouvoir conduire, voire une inaptitude permanente dans le 2e groupe si un DAI (Défibrillateur automatique implantable) est implanté. En fait, les patients porteurs de dispositifs implantables (PM=pacemaker, DAI) sont généralement aptes à conduire dans le 1er groupe après un délai d'attente variable selon l'indication (1 semaine à 3 mois). En revanche, dans le 2e groupe, il y a une inaptitude définitive en cas de présence de défibrillateur interne, sauf cas très particuliers (DAI désactivé et LVEF normalisée >50%), nécessitant ici aussi un aval d'un médecin du trafic.

Enfin, certaines affections cardiaques spécifiques comme les valvulopathies asymptomatiques, les cardiopathies congénitales stables ou les maladies de stockage peuvent être compatibles avec la conduite. En revanche, les patients présentant une sténose aortique symptomatique, une cardiomyopathie hypertrophique ou une hypertension pulmonaire ne sont aptes à la conduite – en particulier pour le groupe 2 – que sous certaines conditions. Il est évident que la réévaluation peut être refaite après intervention chirurgicale.

Littérature

La bibliographie suivante a été prise en compte pour les présentes recommandations :

- [1] Directives communes de la Société Suisse de Cardiologie et de la Société Suisse de Médecine Légale
https://sgrm.ch/inhalte/Verkehrsmedizin/Handout_Richtlinien_Fahreignung_und_kardiovaskulaere_Erkrankungen_FR.pdf
Pour la société suisse de cardiologie :
Dr. med. Marc Buser, Kantonsspital, St. Gallen
Dr. med. Stefan Christen, Stadtspital Zürich, Waid
Prof. Dr. med. Beat Schär, Universitätsspital, Basel
Pour la société suisse de médecine légale :
Dr. med. Maurice Fellay, Hôpital du Valais, ICH
Dr. med. Matthias Pfäffli, Institut für Rechtsmedizin, Bern
- [2] Deutsche Gesellschaft für Kardiologie Herz- und Kreislaufforschung e.V., Pocket-Leitlinie: Fahreignung bei kardiovaskulären Erkrankungen, Version 2023
<https://leitlinien.dgk.org/2023/pocket-leitlinie-fahreignung-bei-kardiovaskulaeren-erkrankungen-version-2023/>
- [3] Driver and Vehicle Licensing Agency, Assessing fitness to drive – a guide for medical professionals, version février 2024
<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66c8b0d0e39a8536eac052f4/assessing-fitness-to-drive-august-2024.pdf>
- [4] Canadian Cardiovascular Society 2023 Guidelines on the Fitness to Drive, Canadian Journal of Cardiology - (2023) 1e24

Personnes de contact

Dr Maurice Fellay
Dre Jasmin Steiner

Maurice.Fellay@hopitalvs.ch
Jasmin.Steiner@hopitalvs.ch