



Aptitude au volant: comment ne pas perdre les pédales ?

Rev Med Suisse 2014; 10: 1746-52

M. Vetsch
N. Gantcheva
B. Favrat
N. Junod Perron

Drs Melissa Vetsch, Neli Gantcheva et Noëlle Junod Perron
 Service de médecine de premier recours
 HUG, 1211 Genève 14
 melissa.vetsch@hcuge.ch
 neli.gantcheva@hcuge.ch
 noelle.junod@hcuge.ch

Dr Bernard Favrat
 Unité de médecine et de psychologie du trafic
 Centre universitaire romand de médecine légale
 HUG, 1211 Genève 4
 bernard.favrat@hcuge.ch

Driving ability: how not to lose control?

Any primary care doctor should be able to decide on the fitness to drive of a given patient. The issue of an older driver, patients addicted to alcohol or drugs, under current psychotropic drug treatment, or diabetic, is discussed in the light of legal provisions and current recommendations. This article also discusses aspects associated with neurological, cardiac and orthopedic issues.

Tout médecin de premier recours devrait pouvoir se prononcer sur l'aptitude à la conduite automobile de son patient. La problématique du conducteur âgé, dépendant soit de l'alcool ou de drogues, sous traitement de médicaments psychotropes, ou encore diabétique, est abordée à la lumière des dispositions légales et des récentes recommandations. Cet article aborde également les aspects relatifs aux problèmes neurologiques, cardiologiques et orthopédiques.

INTRODUCTION

En Suisse romande, le médecin de premier recours (MPR) peut rédiger un certificat d'aptitude à la conduite pour les seniors (à Genève, le patient doit choisir parmi les médecins conseils agréés par l'Office cantonal des véhicules). Les conducteurs professionnels ne peuvent être vus dans la plupart des cantons que par des médecins conseils agréés par le Service des automobiles. Cet article va, dans un premier temps, rappeler les principales dispositions légales que chaque médecin doit connaître afin de comprendre au mieux son mandat d'expert, puis détaillera différents problèmes médicaux rencontrés en cabinet et influant sur l'aptitude à conduire.

TERMINOLOGIE: LA DIFFÉRENCE ENTRE APTITUDE ET CAPACITÉ À CONDUIRE

Pour commencer, il s'agit de comprendre la différence entre ces deux termes.

- *La capacité de conduire* désigne la faculté physique et/ou psychique momentanée de pouvoir conduire un véhicule avec sûreté.¹ Elle peut être altérée transitoirement par des abus de substances (drogues, alcool).

- *L'aptitude à conduire* ne dépend pas d'un événement concret et est une notion qui s'inscrit dans la durée, sans être toutefois définitive. L'inaptitude peut être d'ordre physique, psychique (troubles psychiatriques non compensés, démence), ou relatif à une toxicomanie. A titre d'exemple, un automobiliste contrôlé avec plus de 0,8‰ est incapable de conduire mais n'est pas considéré inapte pour autant, s'il n'y a pas de dépendance à l'alcool mise en évidence ou qu'il ne consomme pas de manière régulière et abusive et qu'il ne présente pas d'importantes difficultés à dissocier la consommation d'alcool de la conduite automobile.²

QUAND LE MÉDECIN PEUT-IL OU DOIT-IL AVERTIR LE SERVICE DES AUTOMOBILES ?

Si le médecin ne se trouve pas dans une situation d'expert, l'article 15 de la Loi fédérale sur la circulation routière précise, depuis le 1^{er} janvier 2013, que si l'aptitude à la conduite soulève des doutes, en raison d'une maladie physique ou mentale ou d'une infirmité, ou pour cause de dépendance, les médecins sont libérés du secret professionnel et peuvent signaler un patient directement à l'autorité can-



tonale responsable de la circulation routière ou à l'autorité de surveillance des médecins.³ Le Tribunal fédéral a confirmé l'absence d'obligation d'annoncer par le médecin traitant.⁴ Le médecin n'a donc pas l'obligation légale de dénoncer un patient qu'il jugerait inapte, mais la loi le lui permet en le déliant, le cas échéant, du secret médical. Par contre, il est utile de rappeler que le médecin *doit informer* son patient et que cette information *doit figurer dans le dossier médical*.⁵

QUELS CONTRÔLES POUR QUELLES EXIGENCES ?

On distingue trois groupes de permis selon la Loi fédérale sur la circulation routière (LCR) et son Ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière (OAC) (tableau 1).³

L'autorité cantonale peut confier ces contrôles médicaux subséquents au médecin traitant. Pour pouvoir rédiger un certificat d'aptitude, le médecin, alors expert, effectue son évaluation clinique en se basant sur les directives de l'annexe I de l'OAC et est confronté à quatre possibilités (tableau 2).³

Il doit signaler les automobilistes pouvant présenter des risques pour la sécurité routière.

PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR LE MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

Seniors et troubles cognitifs

Lorsque le médecin évalue l'aptitude à conduire d'une personne âgée, il doit apprécier ses compétences motrices, sensorielles et ses facultés cognitives. Il n'existe pas de test simple et objectif qui permette de déterminer avec fiabilité si un conducteur âgé est apte à conduire. Il est recommandé de faire une anamnèse globale auprès du patient, en incluant si possible son entourage, et un examen physique (tableau 3).

En cas de doutes, le médecin ou l'autorité compétente peut demander une course de contrôle avec un expert du Service des automobiles. Le conducteur qui échoue ne peut se représenter, et s'il souhaite retrouver son droit de con-

Tableau 2. Résultats de l'évaluation clinique faite par le médecin

1) Le patient est apte sans restriction
2) Le patient est apte mais avec certaines conditions (réduction du délai d'un an pour le prochain contrôle médical du service des automobiles par exemple)
3) L'aptitude est fortement remise en question, le médecin ne parvient pas à se prononcer et peut alors demander un avis spécialisé (neuropsychologues, psychiatres, gériatres, par exemple), ou, dans les cantons de Vaud, Fribourg, Jura et Neuchâtel, demander l'avis du médecin conseil officiel du Service des automobiles, qui pourra organiser, le cas échéant, une expertise complémentaire
4) Les exigences médicales minimales requises ne sont plus remplies et l'inaptitude est sans ambiguïté, tout en précisant le motif (psychose, démence avancée), ceci permettant alors de proposer des conditions de restitution ou des voies de recours le cas échéant

Tableau 3. Anamnèse et examen spécifiques pour évaluer l'aptitude à conduire chez les patients âgés
MMS: mini-mental state.

Questions à poser à l'anamnèse
<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de votre conduite, de sa nécessité? (évaluer le nombre de km/an) • Roulez-vous autant qu'il y a une année? • Qu'en pense votre famille? vous font-ils des remarques? sont-ils peu rassurés? • Vous faites-vous régulièrement klaxonner? • Avez-vous eu des accidents ou amendes dernièrement?
MMS et «test de la montre»
Si le conducteur obtient un score < 24/30 pour le MMS ou < 5/7 pour le test de la montre, un examen neuropsychologique approfondi est nécessaire ⁶
Examen physique
<ul style="list-style-type: none"> • L'acuité visuelle (carte de Snellen) ainsi que le champ visuel par confrontation • L'ouïe (test du chuchotement) • L'appareil locomoteur: évaluation de la mobilité cervicale, la force de préhension, la force des membres inférieurs, la mobilité des hanches, des genoux et des chevilles • Le test de marche rapide «get up and go» peut également s'avérer utile: le patient assis sur une chaise doit se lever, marcher 3 mètres, faire demi-tour, revenir à la chaise, la contourner par derrière et s'asseoir. Le patient devrait pouvoir réaliser cet exercice en moins de 20 secondes

duire, il est dans l'obligation de repasser les épreuves théorique et pratique du permis de conduire.⁷

Alcool et toxicomanie

La loi prévoit différentes sanctions et mesures administratives selon la concentration d'alcool dans le sang lors de la conduite d'un véhicule à moteur (tableau 4).

La police peut procéder à un alcootest à tout moment, même sans signe d'ébriété. Elle ne peut procéder à des analyses toxicologiques (prises de sang, urines ou salive) que s'il existe des indices accréditant qu'une personne est incapable de conduire parce qu'elle est sous l'influence de stupéfiants et/ou de médicaments (OCCR, chapitre 2, art. 12). Par ailleurs, une enquête sur l'aptitude à la conduite est ordonnée systématiquement depuis le 1^{er} juillet 2014 en cas de conduite en état d'ébriété avec un taux d'alcool fixé à > 1,6‰ (auparavant > 2,5‰). Cette expertise vise à savoir

Tableau 1. Type de permis et fréquence des contrôles médicaux exigés

Groupes	Types de permis	Fréquences des contrôles médicaux
1	Chauffeurs d'autocar	Contrôle médical d'un médecin conseil tous les 5 ans jusqu'à 50 ans, puis tous les 3 ans. A partir de 70 ans, tous les 2 ans
2	Chauffeurs de camion et de taxi, les moniteurs de conduite et les inspecteurs de services automobiles	
3	Permis non professionnel. Ce 3 ^e groupe comprend également les véhicules agricoles dont la vitesse maximale n'excède pas 30 km/h et les véhicules automobiles dont la vitesse maximale n'excède pas 45 km/h	Tous les 2 ans chez les > 70 ans Une évaluation plus rapprochée (tous les 6 mois par exemple) peut s'avérer nécessaire chez certains patients, en cas notamment de démence débutante



Tableau 4. Sanctions et mesures administratives selon le taux d'alcoolémie

Entre 0,5 et 0,8‰	Il s'agit d'une violation simple de la circulation routière et le conducteur sans antécédents sera sanctionné par une contravention et un avertissement
Entre 0,8 et 1,6‰	Le conducteur commet une infraction dite qualifiée, motivant un retrait de permis d'une durée minimale de 3 mois
Abstinence totale (0‰)	Pour les conducteurs suivants depuis janvier 2014: les chauffeurs professionnels, les nouveaux conducteurs détenteurs d'un permis à l'essai (durée probatoire de 3 ans), les élèves-conducteurs, les moniteurs et les accompagnants lors de courses d'apprentissage

si l'usager présente une dépendance à l'alcool ou ne serait plus en mesure de dissocier la consommation d'alcool à risque de la conduite automobile.

En cas d'inaptitude, les conditions de restitution du permis sont :

- une abstinence totale sous contrôle biologique (CDT, GGT, ASAT, ALAT) au minimum 1 x/mois pendant au moins six mois;
- un suivi clinique régulier par le médecin traitant, un psychiatre ou un alcoologue;
- après restitution du permis de conduire, la poursuite d'une abstinence durant un à deux ans avec contrôles cliniques et biologiques au minimum 1 x/3 mois.

En cas de *dépendance à des substances psychoactives*, pour être à nouveau apte à conduire, l'usager doit :

- se soumettre 2 x/mois pendant au moins six mois à un examen d'urine (1 x/mois s'il s'agit uniquement de cannabis);
- après restitution du permis, poursuivre des contrôles biologiques réguliers pendant en général au moins un an.

Concernant la substitution de *méthadone*, l'usager peut être considéré comme apte à la conduite lorsque la dose de substitution est stable et après avoir prouvé une abstinence d'autres produits stupéfiants durant en général six mois.⁸ Le suivi médical doit être poursuivi tant que le patient est sous traitement de méthadone et que la situation reste précaire. Une consommation parallèle contrôlée de benzodiazépines à petites doses le soir peut être tolérée, pour autant que le patient ne conduise pas dans les 7-8 heures suivantes.

Troubles psychiatriques et médicaments psychotropes

Dans l'OAC, les détenteurs de permis des groupes 1 et 2 ne doivent pas souffrir de maladies mentales ou de psychopathie.³ Pour les conducteurs du groupe 3, il est indiqué qu'il ne faut pas présenter de maladie mentale importante ni de psychopathie. Ces directives étant vagues, on peut considérer que :

- un patient présentant une pathologie psychiatrique bien contrôlée, avec une bonne observance thérapeutique et un traitement adéquat, peut être apte à la conduite automobile du troisième groupe;
- une pathologie psychiatrique décompensée ou des troubles caractériels sévères sont une cause d'inaptitude à la conduite (par exemple, épisode maniaque, trouble psychotique aigu, épisode dépressif sévère).

Concernant les psychotropes, une liste des médicaments

selon leur dangerosité pour la conduite a été éditée par un groupe de travail européen et est disponible sur internet⁹ ainsi qu'auprès de l'Agence nationale française de sécurité des médicaments (ANSM).¹⁰ Les substances sont classées en trois catégories; le **tableau 5** fait référence aux recommandations de l'ANSM.

L'introduction ou l'augmentation de la dose d'un médicament à effet sédatif est une contre-indication à la conduite tant que la personne présente des effets secondaires sédatifs de son traitement. A noter que la prise de benzodiazépines peut nuire dangereusement à la capacité de conduire un véhicule en toute sécurité (risque plus élevé si consommation concomitante d'alcool et d'autres psychotropes). Il faut avertir le patient, l'informer des possibles effets secondaires du médicament et consigner ces informations dans son dossier médical («Il a été informé de ne pas conduire tant qu'il présente une somnolence et des vertiges»).

Affections neurologiques

Epilepsie

L'évaluation de l'aptitude à conduire chez des personnes atteintes de maladies caractérisées par des crises doit être confiée à un neurologue. La situation rencontrée par le médecin de premier recours est une première crise ou une suspicion de crise d'épilepsie. Dans ce cas, l'aptitude doit être suspendue au minimum jusqu'à la fin des examens diagnostiques et il faut rechercher des facteurs déclenchants (privation d'alcool ou de sommeil) à l'anamnèse. Après une première crise non provoquée et un examen neurologique normal, une interdiction de conduire d'une durée de six mois est nécessaire. En cas de crise provoquée, l'interdiction est de deux mois. Si le diagnostic d'épilepsie active est posé (deux crises tonico-cloniques non provoquées), le patient est considéré comme inapte à la conduite pendant un an après la dernière crise.

Somnolence diurne

En cas de fatigue diurne accrue et/ou d'un accès impérieux de sommeil, il est primordial d'effectuer une anamnèse détaillée, incluant la tendance subjective à l'endormissement, les accidents réels ou évités de justesse, la durée du sommeil, les signes de maladies neurologiques, internes

Tableau 5. Exemples de médicaments psychotropes et leur degré de dangerosité pour la conduite automobile

ISRS: inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
Effet indésirable improbable	Effet indésirable mineur ou modéré	Effet indésirable sévère ou potentiellement dangereux
ISRS, venlafaxine	Lithium, halopéridol, morphine, méthadone, tramadol, neuroleptiques atypiques, antidépresseurs sédatifs (mirtazapine, amitriptyline, miansérine), zolpidem, triptans, myorelaxants, insuline et antidiabétiques oraux (ADO)	Benzodiazépines



ou psychiatriques associées, la prise de médicaments ou produits sédatifs et l'appréciation de la fiabilité du patient.¹¹ L'utilisation de questionnaires standardisés tels que l'échelle d'Epworth est également recommandée : un score faible ne permet pas d'exclure une somnolence diurne mais s'il est > 10, des investigations complémentaires sont nécessaires. Le test de maintien de l'éveil, pratiqué dans un laboratoire du sommeil, est l'examen complémentaire le plus utile. La maladie sous-jacente devra être traitée mais l'aptitude à conduire est conditionnée par le type et l'ampleur de la somnolence diurne et la capacité du patient à percevoir cette somnolence et la gérer de manière raisonnable. Le patient doit être adressé à un centre de médecine du sommeil si celui-ci a déjà provoqué un accident après s'être endormi au volant.

Accident vasculaire cérébral

En cas d'accident vasculaire cérébral, l'aptitude à conduire peut être restreinte ou supprimée en présence des troubles suivants :

- les troubles moteurs majeurs (par exemple : paralysies des deux membres supérieurs) sans possibilité de prothèse

ou d'adaptation du véhicule ;

- l'hémi-négligence ou les troubles associés de la perception de l'espace, les troubles visuels centraux, comme l'hémianopsie et les diplopies persistantes ;
- les troubles de la concentration et de la capacité de réaction, des changements de la personnalité, de la vivacité d'esprit, des fonctions exécutives, de la capacité de jugement et de prise de décision.

La reprise de la conduite peut se faire après une prise en charge adéquate et une évaluation des symptômes. Le délai minimal avant la reprise de la conduite est d'un mois.

Troubles locomoteurs, handicap

Les conducteurs de groupe 1 doivent avoir un fonctionnement intégral de leurs membres, incluant mobilité articulaire, force et sensibilité. Pour le groupe 2, un fonctionnement suffisant pour une conduite sûre est exigé. L'examen est ciblé sur la mobilité de la colonne vertébrale, la nuque et le dos, car le conducteur doit être capable de voir la circulation latérale.

Pour les situations postopératoires ou post-traumatiques fréquentes, l'aptitude à conduire tient compte du délai de récupération estimé (tableau 6).¹²

Un certain nombre de déficits/handicaps locomoteurs nécessitent une compensation par des prothèses ou orthèses. Ces évaluations, chez les personnes handicapées, sont faites sur simulateur de conduite par les experts de la Caisse nationale suisse d'assurance (SUVA).

Troubles cardiovasculaires

Les troubles cardiovasculaires et les anomalies graves de la tension artérielle ne sont pas admis pour les conducteurs professionnels du groupe 1. Les critères interdisant ou restreignant la conduite d'un véhicule sont tirés des recommandations des sociétés européenne et allemande de cardiologie (tableau 7).^{13,14}

Tableau 6. Délai de récupération de l'aptitude à conduire après une intervention orthopédique
(Adapté de réf. ¹²).

Prothèse totale de hanche ou de genou		Plâtres et attelles (MS et MI)
Boîte automatique	Boîte manuelle	Interdiction de conduire pendant toute la période de l'immobilisation (à l'exception du MIG avec la boîte automatique)
<ul style="list-style-type: none"> • Une semaine (côté gauche) • Six semaines (côté droit) 	6 semaines (côtés gauche et droit)	
MS: membre supérieur; MI: membre inférieur; MIG: membre inférieur gauche.		

Tableau 7. Degrés d'aptitude à conduire en fonction de certains symptômes ou pathologies cardiaques^{13,14}

FE: fraction d'éjection; FEVG: fraction d'éjection du ventricule gauche; STEMI: infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST.
Détail des groupes: voir tableau 1.

Diagnostic	Aptitude à conduire	
	Groupes professionnels (1 et 2)	Groupe non professionnel (3)
Angor stable	Si asymptomatique: <ul style="list-style-type: none"> • Oui si FE > 50% avec des tests d'effort réguliers • Non si FE < 40% 	Oui si les symptômes sont contrôlés
Infarctus STEMI	FE > 50%: oui après 3 mois	FE > 30%: oui après 14 jours
Infarctus non-STEMI	<ul style="list-style-type: none"> • FE 40-50%: oui après 6 mois possible • FE < 40%: non en permanence 	FE < 30%: oui 1 mois après l'événement avec contrôle médical
Arythmie	<ul style="list-style-type: none"> • Non si symptômes invalidants (par exemple, atteinte cérébrale: malaise ou syncope) • Oui lorsque: <ul style="list-style-type: none"> – l'arythmie est contrôlée – FEVG > 40% 	<ul style="list-style-type: none"> • Non si symptômes invalidants (par exemple, atteinte cérébrale: malaise ou syncope) • Oui lorsque: <ul style="list-style-type: none"> – l'arythmie est contrôlée – FEVG > 40%
Pacemaker	<ul style="list-style-type: none"> • Non si symptômes persistants • Oui après l'établissement d'une fonction appropriée 	Oui une semaine après implantation
Syncope unique	Evaluation spécialisée avec avis d'un neurologue	Non jusqu'à l'identification de la cause et contrôle des symptômes
Syncope répétée	Non en permanence sauf si un traitement efficace est instauré (une année sans récurrence)	
Syncope inexpiquée	Test de provocation et recherche d'une arythmie	



Tableau 8. Critères autorisant la conduite pour un diabétique

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Pas de risque d'hypoglycémie	Apte si certaines conditions de base sont remplies : <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'hyperglycémie importante • Pas de complications oculaire, neurologique ou cardiovasculaire contre-indiquant la conduite • Surveillance médicale régulière • Compréhension de sa maladie, ses traitements et les risques de complications 		
Risque d'hypoglycémie (traitement par insuline, sulfonylurées, glinides)	Inapte sauf cas exceptionnels, aptitude délivrée par un institut spécialisé	Apte sous conditions très strictes : <ul style="list-style-type: none"> • Profil glycémique équilibré sans hypoglycémie moyenne* ou sévère** • Etre prêt à effectuer 6-8 autocontrôles glycémiques/j L'aptitude est uniquement délivrée par un institut spécialisé ou un médecin agréé par l'autorité	Apte sous conditions strictes : <ul style="list-style-type: none"> • Profil glycémique équilibré sans hypoglycémie moyenne* ou sévère** • Capacité à éviter les hypoglycémies lors de la conduite • Maîtrise de l'insulinothérapie

* hypoglycémie *moyenne* : une aide par une tierce personne est nécessaire pour reconnaître et/ou soulager le trouble.
 ** hypoglycémie *sévère* : altération considérable de la conscience, incapacité d'action, perte de la maîtrise de soi, perte de connaissance.
 Détail des groupes : voir [tableau 1](#).

Tableau 9. Matériel d'éducation à l'autogestion pour tout patient diabétique sous traitement hypoglycémiant prenant le volant

Prendre avec soi dans le véhicule	
Avant de prendre le volant Contrôler sa glycémie	Si < 5 mmol/l (90 mg%) : ne pas prendre le volant <ul style="list-style-type: none"> • Prendre 20 g de glucides (4 morceaux de sucre) • Contrôler la glycémie après 20 minutes Si entre 5 et 7 mmol/l (90-120 mg%) : <ul style="list-style-type: none"> • Prendre 10 g de glucides
Pendant le trajet Dès les premiers signes d'hypoglycémie	<ul style="list-style-type: none"> • S'arrêter immédiatement et prendre 20 g de glucides • Ne reprendre la route qu'après la disparition complète des symptômes et si glycémie > 5 mmol/l • Recontrôler la glycémie après 30 minutes
En cas de long trajet	Faire une pause après 1 à 1 heure 30 de route, contrôler la glycémie : si entre 5 et 6 mmol/l (90-110 mg%), prendre 10 g de glucides

Diabète

Selon l'OAC, un conducteur du groupe 1 ne peut pas présenter de « maladie métabolique sévère » et, pour les groupes 2 et 3, pas de troubles graves ni de troubles ou pertes de conscience périodiques.³ En cas de diabète, les risques liés à la conduite sont en lien avec l'hypoglycémie, l'hyperglycémie sévère et les complications vasculaires.

Le [tableau 8](#) résume les critères d'aptitude à la conduite pour les patients diabétiques.¹⁵

Par ailleurs, le conducteur diabétique doit être informé et respecter les recommandations mentionnées dans le [tableau 9](#) lorsqu'il prend le volant.¹⁶

CONCLUSION

Le médecin de premier recours est donc amené à jouer un rôle-clé en tant qu'expert ou médecin traitant auprès des patients en possession d'un permis de conduire. Il doit être informé des indications formelles et relatives à l'égard de l'aptitude à la conduite pour pouvoir en informer les patients et les évaluer correctement. Pour des raisons médico-légales, il est impératif que toute information en lien avec ces recommandations et informations soit documentée dans le dossier médical. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > La capacité de conduire désigne la faculté physique et/ou psychique momentanée de pouvoir conduire un véhicule avec sûreté. L'aptitude à conduire, psychique ou physique, ne dépend pas d'un événement concret et est une notion qui s'inscrit dans la durée
- > En tant que médecin traitant, le médecin de premier recours n'a pas l'obligation d'annoncer à l'autorité compétente (autorité cantonale responsable de la circulation routière ou autorité de surveillance des médecins) une suspicion d'inaptitude à la conduite d'un de ses patients (sauf s'il agit en tant qu'expert), mais il doit en informer son patient et cette information doit figurer dans le dossier médical
- > L'introduction ou l'augmentation de la dose d'un médicament à effet sédatif est une contre-indication à la conduite tant que la personne présente des effets secondaires sédatifs de son traitement
- > En cas de somnolence diurne (type SAS – syndrome d'apnées du sommeil), l'aptitude à conduire est conditionnée par le type et l'ampleur de la somnolence diurne et la capacité du patient à percevoir cette somnolence et la gérer de manière raisonnable
- > Les critères d'aptitude à la conduite pour les patients diabétiques sous traitement hypoglycémiant sont clairement définis par la Société suisse d'endocrinologie et diabétologie (SSED) et nécessitent une bonne connaissance de la maladie de la part des patients



Bibliographie

- 1 Seeger R, Haag-Dawoud M, Schneebeil M. Fahreignung und Sinnesorgane. Broschüre aus der Reihe «Probleme der Verkehrsniederzün». Zürich, 1995.
- 2 * Favrat B, Joris Lambert S, Selz R, et al. Aptitude au volant: quelle conduite pour les médecins en 2008? Rev Med Suisse 2008;4:1594-8.
- 3 Loi sur la circulation routière (LCR) 741.01. Etat le 1^{er} juin 2014. www.admin.ch/ch/fr/rs/741.01.fr.pdf. Accès le 10.6.2014.
- 4 Mizel C. Circulation routière: les différents examens médicaux légaux et la responsabilité des différents médecins qui les effectuent. La Semaine Judiciaire 2011;11:79-94.
- 5 Académie suisse des sciences médicales et Fédération des médecins suisses. Bases juridiques pour le quotidien du médecin: un guide pratique. Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et Fédération des médecins suisses (FMH), 2013:39-43.
- 6 * Büla C, Eyer S, Von Gunten A, et al. Conduite automobile et troubles cognitifs: comment anticiper? Rev Med Suisse 2011;7:2184-9.
- 7 Von Gunten A, Pera R, Mouron L, et al. La personne âgée et la conduite de voiture dans le canton de Vaud. Rev Med Suisse Romande 2003;123:691-5.
- 8 * Favrat B, Voegeli JP. Substances psychoactives au volant: quelle conduite? Rev Med Suisse Romande 2004;124:145-8.
- 9 International council on alcohol dats. Categorization system for medicinal drugs affecting driving performance. www.icadts.nl/reports/medicinaldrugs2.pdf. Accès le 10.6.2014.
- 10 Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Mise au point: médicaments et conduite automobile. 2009. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/faff1e402339cd443a9894792f20d31d.pdf. Accès le 10.6.2014.
- 11 * Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie, Commission de la circulation routière, Mathis J, Seeger R, Kehrer P, Wirtz G. Capacité à conduire un véhicule et somnolence. Forum Med Suisse 2007:328-32.
- 12 Rod Fleury T, Favrat B, Belaieff W, et al. Resuming motor vehicle driving following orthopaedic surgery or limb trauma. Swiss Med Wkly 2012;142:w13716.
- 13 Petch MC. Driving and heart disease. Eur Heart J 1998;19:1165-77.
- 14 Deutsche gesellschaft für Kardiologie H-uK. Pocket-Positions-Papier, Fahreignung bei kardiovaskulären Erkrankungen. Der Kardiologe 2010;4:441-73.
- 15 * Groupe de travail «diabète et conduite» de l'ASD et de la SSED. Directives concernant l'aptitude à conduire lors de diabète sucré. Forum Med Suisse 2011;11:273-5.
- 16 Association suisse du diabète. Diabète et conduite: bonnes valeurs glycémiques – bonne route. 2012. www.diabetesgesellschaft.ch/fileadmin/files/national/broschueren/PDF_Download/Autofahren_f.pdf. Accès le 10.6.2014.

* à lire

** à lire absolument