

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 9 mars 2018

par

Matthieu GUEYRAUD

né le 27/11/1988, à Marseille

Reprise de la conduite automobile suite à l'apparition d'un handicap
moteur

Examineurs de la thèse :

M le Professeur BUCHON

Mme le Professeur DUMOITIER

M le Professeur SALLE

M le Docteur BOUKHRIS

Mme le Dr BARRE

Président

Juge

Juge

Juge

Directrice de thèse



Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 9 mars 2018

par

Matthieu GUEYRAUD

né le 27 Novembre 1988, à Marseille

**Reprise de la conduite automobile suite à l'apparition
d'un handicap moteur**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur BUCHON

Président

Mme le Professeur DUMOITIER

Juge

M le Professeur SALLE

Juge

M le Docteur BOUKHRIS

Juge

Mme le Dr BARRE

Directrice de thèse

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENERELOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL



DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1er novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE



CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES



MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE
PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1er mai 2014 au 31 octobre 2018)

A ma femme et mes fils...

Remerciements

Un grand merci au Professeur Daniel BUCHON, professeur des universités de médecine générale, de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci de votre soutien et de votre aide durant ces années d'internat.

Merci au Professeur Nathalie DUMOITIER, professeur des universités de médecine générale, de me faire l'honneur de juger cette thèse. Merci également pour votre soutien durant ces années d'internat.

Merci au Professeur Jean-Yves SALLE, professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service de Médecine Physique et de Réadaptation du CHU de Limoges, de me faire l'honneur de juger cette thèse.

Merci au Docteur Sami BOUKHRIS, praticien hospitalier, chef de service de Neurologie du CH de Brive, de me faire l'honneur de juger cette thèse. Merci pour votre patience lors des nombreuses sollicitations au cours de ces années d'internat.

Mille mercis au Docteur Hantamalala BARRE, praticien hospitalier, chef de service de Médecine Physique et de Réadaptation du CH de Brive, de m'avoir proposé ce sujet de thèse et d'avoir accepté de la diriger. Merci pour votre patience, vos conseils et votre aide tout au long de ce travail.

Merci à ma petite femme Ghislaine de m'avoir aidé et soutenu aussi bien dans ce travail de thèse que tout au long de nos études et de notre bout de chemin ensemble. Merci pour les beaux enfants que tu m'as donnés, en espérant qu'ils soient fiers du travail de leur père.

Merci à mes parents pour le soutien indéfectible que vous m'avez apporté tout au long de ma vie, et encore plus au cours de ma première année de médecine. J'espère pouvoir vous rendre un jour au moins un peu de l'amour que vous m'avez donné.

Merci à mes frères d'avoir été à mes côtés depuis toujours, en espérant que cette thèse puisse servir un jour à m'aider à guider mon grand frère dans la reprise de la conduite.

Merci à mes beaux parents pour leur soutien depuis que j'ai la chance de les connaître, ainsi que pour m'avoir guidé dans mon parcours médical.

Merci à mes belles sœurs également, tout particulièrement Camille pour la relecture de cette thèse.

Merci à tous les copains pour les bons moments passés ensemble.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Abréviations.....	19
Introduction.....	20
I. Les aptitudes requises pour la conduite automobile.....	21
I.1. Les capacités cognitives :.....	21
I.1.1. La capacité attentionnelle.	21
I.1.2. Les capacités exécutives.	22
I.1.3. Les capacités linguistiques, de mémorisation et comportementales.....	23
I.1.4. Les capacités visuospatiales.....	23
I.2. Les capacités sensorielles :.....	24
I.3. Les capacités motrices :.....	24
II. Le cadre réglementaire	26
II.1. Liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire.	26
II.1.1. Les pathologies cardiovasculaires.....	27
II.1.2. Les altérations visuelles.	28
II.1.3. Les pathologies otorhino-laryngologie et pneumologie :.....	29
II.1.4. Pratiques addictives, psychiatrie, neurologie.....	30
II.1.4.1. Les pratiques addictives.....	30
II.1.4.2. Les troubles du sommeil.....	30
II.1.4.3. Les troubles neurologiques.	30
II.1.4.4. Les traumatismes crâniens.....	30
II.1.4.5. L'épilepsie.	31
II.1.4.6. Les accidents vasculaires cérébraux.	31
II.1.4.7. Psychose aiguë et chronique.	31
II.1.5. Pathologies de l'appareil locomoteur.	32
II.1.5.1. Membres supérieurs.....	32
II.1.5.1.1. Concernant les mains et les doigts.....	32
II.1.5.1.2. Concernant la raideur des membres supérieurs.	32
II.1.5.2. Membres inférieurs.....	33
II.1.5.2.1. Amputation de jambe.....	33
II.1.5.2.2. Amputation de cuisse.....	33
II.1.5.2.3. Ankylose et raideur des genoux et des hanches.....	33
II.1.5.3. Cas particuliers de lésions multiples des membres.....	33
II.1.5.4. Lésions du rachis.....	33
II.1.6. Pathologie métabolique et transplantation.....	34
II.1.6.1. Épuration extra-rénale.....	34
II.1.6.2. Le diabète.....	34
II.1.6.3. Transplantation d'organe.....	34
II.2. Recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) à propos de la reprise de la conduite automobile en cas de lésion cérébrale. (8).....	34
II.2.1. La détection des séquelles pouvant interférer avec la conduite.....	35
II.2.2. Indication d'un essai de conduite sur route	36
II.2.3. Les conditions de l'essai de conduite avec une auto-école.....	36
II.2.4. L'évaluation pluridisciplinaire.....	38
II.2.5. L'obligation d'information du patient	38
II.3. Médicaments et conduite automobile.....	41
II.3.1. Contexte réglementaire.....	41
II.3.1.1. L'obligation d'information du patient.....	41
II.3.1.2. L'information concernant le médicament	41
II.3.1.3. La gradation du pictogramme selon le niveau de risque.....	42
II.3.1.4. Les limites du cadre réglementaire.....	43
II.3.2. Traitements fréquemment prescrits présentant des risques lors de la reprise de	



la conduite.....	43
II.4. Secret médical, Information du patient : respect du code de déontologie médicale..	45
II.4.1. Le secret médical.	45
II.4.2. L'information du patient.....	46
II.5. Refus de conformité du permis de conduire.....	47
II.6. Code des assurances.	47
II.7. Réglementations à l'étranger.....	48
III. La régularisation du permis de conduire.....	49
III.1. Le médecin agréé par la préfecture pour la conduite automobile.....	49
III.1.1. Les modalités pour devenir médecin agréé.....	49
III.1.2. L'organisation du contrôle médical.	50
III.1.3. L'examen clinique du conducteur (avec certificat CERFA).....	51
III.1.4. Les mentions additionnelles du permis codifiées (arrêté du 04/08/2014).....	52
III.2. Le rôle de l'auto-école.....	53
III.2.1. Rappel sur les différents types de permis de conduire.....	53
III.2.2. Adaptation au handicap.	54
III.2.3. Passer son permis en cas de handicap préalable.	55
III.3. Le rôle de l'inspecteur du permis de conduire.....	56
IV. Les principaux aménagements de véhicules, les aides à la mobilité.....	57
IV.1. Les principaux aménagements des véhicules.....	57
IV.2. Les aides financières pour l'adaptation des véhicules.....	59
IV.2.1. La Prestation de Compensation de Handicap (PCH).....	59
IV.2.2. L'Association de Gestion de l'Emploi, de la Formation et de l'Insertion pour les Personnes Handicapées (AGEFIPH).....	60
IV.2.3. Le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées de la Fonction Publique (FIPHFP).....	61
IV.3. Les alternatives locales à la conduite automobile en cas d'inaptitude.	61
V. Situations pratiques.....	62
V.1. Parcours sans aménagement du véhicule.	62
V.2. Parcours avec aménagement du véhicule.	63
VI. Analyse.....	67
VII. Discussion.....	69
Conclusion.....	73
Références bibliographiques.....	74
Annexes.....	77
Serment d'Hippocrate.....	90



Table des illustrations

Illustration 1: Modèle hiérarchique de Michon.....	22
Illustration 2: Arbre décisionnel de la HAS.....	40
Illustration 3: Pictogrammes présents sur le conditionnement extérieur des médicaments concernés.....	42
Illustration 4: Mentions additionnelles codifiées du permis de conduire.....	53
Illustration 5: Accélérateur par cercle au volant associé à une manette de frein.....	57
Illustration 6: Boule au volant équipée d'un joystick pour les commandes de clignotants.....	57
Illustration 7: Poignée directionnelle utilisée en cas de déficit moteur important des membres supérieurs.....	58
Illustration 8: Boule au volant avec télécommande pour les signaux d'alerte.....	58
Illustration 9: Détail de la télécommande.....	58
Illustration 10: accélérateur au volant.....	65
Illustration 11: freinage manuel.....	66
Illustration 12: mentions additionnelles du permis de conduire de M. Gilles L.....	66
Illustration 13: Fiche synthèse sur la reprise de la conduite automobile suite à l'apparition d'un handicap moteur.....	68



Table des tableaux



Abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AGEFIPH : Association de Gestion de l'Emploi, de la Formation et de l'Insertion pour les Personnes Handicapées

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

DDR : Direction Départementale de l'Équipement

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées de la Fonction Publique

HAS : Haute Autorité de santé

HTA : Hypertension artérielle

INSERR : Institut National de Sécurité Routière et de Recherches

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

MPR : Médecine Physique et de Rééducation

NYHA : New York Hearth Association

PCH : Prestation de Compensation de Handicap

TPMR : Transport de Personnes à Mobilité Réduite

Introduction

L'automobile est un symbole de liberté individuelle dans la société actuelle, accessible à une grande majorité de la population française. La voiture est un outil d'intégration sociale et professionnelle, notamment en zone rurale. Si la possession d'un véhicule n'est pas soumise à une restriction, la conduite d'une voiture est autorisée uniquement après l'obtention du permis de conduire.

L'apprentissage de la conduite automobile est long, il nécessite de la part du conducteur des aptitudes complexes, à la fois intellectuelles, sensorielles et motrices. La législation française a établi des conditions médicales nécessaires pour l'obtention et le maintien du permis de conduire. L'apparition d'une pathologie interférant avec la conduite automobile après l'obtention du permis de conduire remet en cause sa validité, et nécessite que le titulaire du permis régularise son permis de conduire auprès de la préfecture. Il incombe au médecin qui constate la pathologie d'informer le patient de l'obligation de réaliser cette démarche. En ce sens, le médecin traitant a un rôle central dans la prise en charge de ses patients, pour dépister, informer et suivre le patient tout au long de cette démarche.

Cette thèse est réalisée pour informer les médecins sur leur rôle dans le contexte d'un handicap moteur via la réalisation d'une fiche de synthèse.

La méthode utilisée est une revue de bibliographie utilisant des sources médicales et non médicales, et une rencontre avec des acteurs de la prise en charge du permis de conduire : auto-école, garagiste spécialisé, médecin généraliste agréé pour les permis de conduire, patients ayant effectué une régularisation.

Les articles ont été recherchés sur internet via les termes suivants : « conduite automobile », « visite médicale du permis de conduire », « handicap moteur », « médecin agréé ». Cela représente 32 articles, compris entre 1985 et 2017, les plus anciens étant des références toujours d'actualité. Seuls les articles les plus pertinents ont été retenus.

I. Les aptitudes requises pour la conduite automobile

La conduite d'une voiture fait appel à plusieurs fonctionnalités de l'organisme : Les capacités cognitives pour organiser la conduite, les capacités sensorielles pour appréhender l'environnement, et les capacités motrices pour effectuer les actions de conduite.

I.1. Les capacités cognitives :

La conduite automobile est une activité complexe au niveau cognitif qui nécessite la prise en compte de multiples facteurs extérieurs, comme le temps, le type de route, les autres véhicules en mouvements, des facteurs personnels comme l'état de fatigue, dans une contrainte temporelle restreinte et un environnement en perpétuel mouvement. L'objectif de la conduite étant de se déplacer d'un point A à un point B, le conducteur doit analyser tous ces facteurs en temps réel et adapter en conséquence sa conduite. Certaines capacités cognitives sont particulièrement utilisées lors de la conduite.

I.1.1. La capacité attentionnelle.

L'attention du conducteur est utilisée en permanence lors de la conduite. Elle a été définie par William James, psychologue américain, comme la prise de possession par l'esprit, sous une forme claire et vive, d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs qui semblent possibles ; elle implique le retrait de certains objets afin de traiter plus efficacement les autres. La capacité attentionnelle repose sur trois composantes : l'attention soutenue, l'attention divisée et l'attention focale.

L'attention soutenue s'apparente à la vigilance. Elle est utile pour capter un environnement peu actif lors de la conduite, typiquement sur une autoroute avec peu de circulation. Il s'agit d'un travail de fond, continu, mais qui ne mobilise que peu de ressources.

L'attention divisée est un partage d'informations entre plusieurs sources apportant des informations pour des tâches assez proches : elle sert par exemple lorsque l'on reste sur une file de la route tout en essayant d'adapter sa distance de sécurité avec le véhicule précédent.

L'attention focale, autrement appelée sélective, sert à traiter les seules informations nécessaires à la conduite sans se laisser distraire par les autres informations moins utiles.

L'attention du conducteur est contrôlée cérébralement avec un système d'inhibition et de flexibilité : le conducteur met à l'écart les informations captées via l'attention qui sont jugées non pertinentes, pour s'adapter en changeant de critère de sélection. L'expérience du conducteur permet d'éduquer l'attention à repérer les situations les plus pertinentes à la conduite, de sorte que le mécanisme d'attention se fasse de façon automatique.

I.1.2. Les capacités exécutives.

Les capacités exécutives ont été décrites et hiérarchisées en 1985 par J. Michon(1). Ce modèle sert toujours de référence à l'heure actuelle, le principe de la conduite automobile étant le même de nos jours qu'au moment de ce travail. Il décrit trois niveaux, chacun s'inscrivant dans un espace temps différent.

Le niveau stratégique : c'est la tâche qui détermine le trajet via la programmation de l'itinéraire et la planification globale du trajet. Le conducteur programme généralement son trajet avant de prendre la route, il n'y a pas de réelle contrainte de temps.

Le niveau tactique intègre le processus d'analyse de la route et de la situation routière (obstacles, autres usagers, ...), suivi du processus de la prise de la meilleure décision de conduite dans ce contexte de circulation, et la planification de l'action à réaliser pour mener à bien cette décision. Ce niveau est en perpétuel renouvellement puisque l'environnement se modifie constamment. C'est dans ce niveau que la vitesse de traitement des informations, variable individuellement, est primordiale.

Le niveau opérationnel correspond à la programmation cérébrale de la mise en œuvre pratique des actions nécessaires à réaliser pour parvenir à appliquer de la décision tactique prise, comme freiner, accélérer, changer de direction, ... Cette action se réalise en un temps extrêmement réduit, de l'ordre de la milliseconde.

Michon a schématisé ces niveaux en prenant en compte l'espace temps dans lequel chacun évolue (Illustration 1).

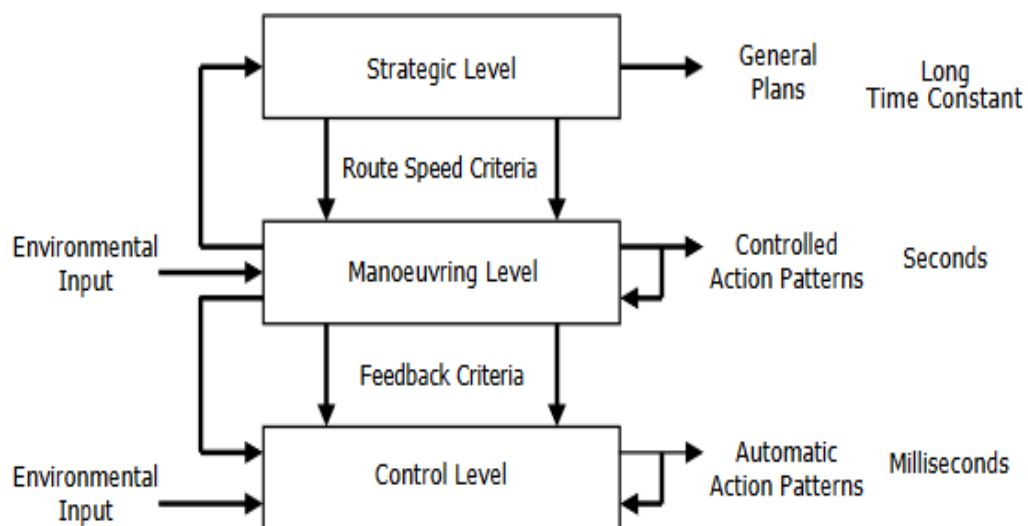


Illustration 1: Modèle hiérarchique de Michon

Cette activité cognitive permanente lors de la conduite a tendance à s'automatiser avec l'expérience du conducteur, qui réagit de la même manière dans des situations similaires, ce qui permet à un conducteur expérimenté de mettre en place une décision tactique plus rapidement. Ainsi pour chaque situation reconnue par le conducteur via les paramètres observés dans l'environnement, une instanciation tactique se met en place. Cette théorie a été démontrée par Markov lors de travaux mathématiques sur la conduite automobile. (2)

Malgré la mise en place d'une relative automatisation des schémas tactiques de conduite, l'activité de conduite reste source d'une importante sollicitation cognitive, nécessitant de respecter des temps de repos lors d'un long trajet.

La vitesse de traitement des informations dans les fonctions exécutives est primordiale, étant donné le temps restreint au cours duquel le conducteur doit gérer les situations de conduite qui se présentent à lui.

I.1.3. Les capacités linguistiques, de mémorisation et comportementales.

Les capacités linguistiques sont importantes lors de la conduite pour mieux appréhender l'environnement. Sur la route, de nombreuses informations sont délivrées via des panneaux permanents ou temporaires, portant aussi bien sur les vitesses de circulation, sur les directions, sur les événements intercurrents comme la présence d'un obstacle sur la chaussée. L'incapacité de lire ces informations est problématique sur la route, elle peut être primaire (analphabétisation) ou secondaire à une pathologie atteignant au niveau cérébral l'aire de Wernicke, les gyrus angularis et supramarginalis (zones de traitement sémantique des informations perçues dans la modalité auditive et visuelle).

Les deux formes de mémoire sont sollicitées lors de la conduite. La mémoire à court terme est utile pour la prise en compte de l'environnement, par exemple se souvenir qu'un véhicule nous dépasse quand il est hors du champ visuel. La mémoire à long terme procédurale concerne les processus inconscients, comme le fait de savoir conduire. La mémoire à long terme déclarative permet d'avoir accès aux informations d'événements passés, aux capacités d'apprentissage comme se souvenir que tel panneau correspond à une voie en sens unique, ...

Les fonctions comportementales et émotionnelles sont primordiales lors de la conduite, qui est une activité faisant interagir les conducteurs entre eux. Elles sont principalement régies en régions frontale et pré-frontale. La capacité à maîtriser et réguler ses émotions, à adapter son mode de conduite au comportement des autres conducteurs est nécessaire pour permettre une bonne circulation et éviter des accidents. Les troubles du comportement à type d'irritabilité, instabilité de l'humeur, agitation, désinhibition sont peu compatibles avec la conduite.

I.1.4. Les capacités visuospatiales.

Le conducteur doit savoir se situer lui et par conséquent son véhicule dans l'espace par rapport aux éléments fixes, comme la route ou les équipements de sécurité routière, et par rapport aux éléments mobiles, comme les autres véhicules, les piétons et tout obstacle mobile. Cette capacité débute par la vision, décrite dans le paragraphe suivant, puis fait appel aux capacités d'analyses cérébrales. Toutes les lésions altérant cette capacité visuospatiale mettent gravement en jeu la sécurité de la conduite. Les principales atteintes sont la perte de l'orientation topographique (qui consiste à reconnaître l'environnement et s'y adapter) et la négligence unilatérale ou hémignégligence (qui correspond à l'incapacité de prendre en compte les stimuli venant de la gauche ou de la droite selon le type de lésion).

I.2. Les capacités sensorielles :

La vision est un élément clé lors de la conduite automobile, le conducteur devant être en capacité de visualiser l'ensemble de son environnement quelles que soient les conditions d'éclairage. On estime que « près de 90% des indications utiles au conducteur lui sont fournies par l'œil » (3).

La fonction visuelle la plus importante est l'acuité visuelle, mais d'autres capacités sont également utiles, comme la motilité oculaire, la vision crépusculaire, la sensibilité à l'éblouissement et aux contrastes, la vision des couleurs...

L'acuité visuelle correspond à la capacité d'appréciation des formes, c'est à dire d'interpréter les détails spatiaux qui sont mesurés par l'angle sous lequel ils sont vus. Elle fait intervenir la vision centrale et le champ visuel :

- La vision centrale est définie par la limite de distinction entre deux points : c'est le plus petit écart entre deux points noirs sur un fond blanc que l'on est capable de voir.
- Le champ visuel est binoculaire et monoculaire : le champ visuel binoculaire s'étend sur 120° lorsque l'on regarde droit devant, avec une extension monoculaire bilatérale d'environ 30° de chaque côté du champ binoculaire. Une bonne motilité oculaire est nécessaire pour pouvoir orienter le champ visuel dans la direction souhaitée.

La sensibilité à l'éblouissement est variable d'un individu à l'autre. Néanmoins elle est toujours présente, elle correspond à un déficit temporaire des fonctions visuelles suite à l'exposition à un stimulus lumineux.

Le temps de réaction visuel est globalement similaire selon les individus de la même génération, il s'altère physiologiquement avec l'âge.

Les autres capacités sensorielles peuvent être des aides supplémentaires lors de la conduite, mais elles sont bien moins importantes. L'audition peut permettre de suppléer la vision dans certaines circonstances, elle apporte des informations supplémentaires au conducteur : la perception d'un klaxon ou d'une sirène permet d'appréhender un danger non visible, en particulier si celui-ci est situé hors du champ visuel du conducteur. L'audition n'étant pas indispensable à la conduite, il n'y a pas de contrainte réglementaire sur ce sujet, contrairement à la vision.

I.3. Les capacités motrices :

La conduite nécessite un bon équilibre corporel et une coordination parfaite des quatre membres. Les mouvements utilisés lors de la conduite ne requièrent pas une force importante, c'est la vitesse et la précision des mouvements qui priment. Les membres supérieurs sont requis pour l'utilisation du volant, des signaux d'alerte et de commandes (éclairages, clignotants, essuies glaces, ...), les changements de vitesse sur les véhicules à

boîte manuelle, l'utilisation du sélecteur des boîtes automatiques. Les membres inférieurs gèrent uniquement les pédales, à savoir l'accélérateur et le freinage pour tous les véhicules, ainsi que l'embrayage sur les véhicules à boîte de vitesse manuelle. Il est également nécessaire de pouvoir mobiliser son cou afin d'effectuer les mouvements de rotation de la tête indispensables pour une bonne vision de l'environnement lors de la conduite, ainsi que d'avoir un tonus axial global.

Les amplitudes articulaires actives utiles lors de la conduite sont :

- Une rotation dans le plan horizontal du rachis cervical de 90° de chaque côté, nécessaire pour agrandir le champ visuel du conducteur lors des manœuvres, des changements de file ou de direction .

- Une fonctionnalité globale du membre supérieur est nécessaire, il n'y a pas d'amplitude minimale requise : la multiplicité des articulations peut compenser un déficit d'amplitude d'une articulation sus ou sous-jacente. Le mouvement majeur à assurer est la prise en main du volant et les mouvements de celui-ci. Au niveau de la main et des doigts, le conducteur doit pouvoir effectuer une pince, associée à une pronosupination du poignet complète.

- Au niveau du membre inférieur, l'amplitude articulaire est moins sollicitée qu'au niveau du membre supérieur. Le seul mouvement est une extension du membre inférieur dans sa globalité pour enfoncer une pédale, suivie d'une flexion pour relâcher la pression sur celle-ci. Le faible jeu de course de pédale ne nécessite que des mouvements minimes. Des trois articulations, la cheville est la plus utilisée, secondée par le genou, la hanche n'étant presque pas sollicitée lors de ces mouvements.

La force musculaire globale mise en jeu lors de la conduite est faible à l'heure actuelle, toutes les directions des véhicules vendus ces dernières années étant équipés d'une assistance pour les commandes, notamment pour la direction. D'une manière globale, il est admis qu'une force musculaire cotée à 4/5 sur les quatre membres est suffisante pour la conduite. Les membres doivent avoir une souplesse relative lors de la conduite, qui peut être altérée par la spasticité. La vitesse et la précision des mouvements priment sur la force musculaire à proprement parler, ce qui nécessite des fonctions sensibles fonctionnelles.

La sensibilité superficielle et profonde permet une conduite précise. La sensibilité superficielle est utile pour que le conducteur place ses mains/pieds en bonne position sur les commandes sans avoir besoin de quitter la route des yeux. La sensibilité profonde ou proprioceptive est utile pour la réalisation des mouvements. Elle permet au conducteur de savoir quel est le degré de course de la pédale lorsqu'il appuie dessus, de changer des vitesses sans regarder le positionnement du levier...



II. Le cadre réglementaire

La conduite automobile est un droit acquis à vie suite à l'obtention du permis de conduire, en l'absence de contre-indication médicale, ce qui est ignoré du grand public. Cependant les conducteurs sont censés ne pas ignorer la loi.

La conduite automobile est régie par un cadre législatif bien défini, qui évolue régulièrement. D'une part on retrouve un arrêté ministériel de 2015 fixant la liste des affections médicales contre-indiquant le maintien du permis de conduire. D'autre part la Haute Autorité de santé (HAS) a émis des recommandations sur ce sujet. Par ailleurs, il existe des médicaments qui interagissent avec la conduite automobile. Le contrevenant à ces dispositions s'expose à des conséquences médico-légales.

Le médecin a le devoir d'informer son patient de toute situation pouvant interférer avec la conduite automobile, dans le respect du secret professionnel.

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » (article 4 du code de déontologie médicale)

II.1. Liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire.

Le ministère de l'intérieur a publié au journal officiel de la république le 29 décembre 2015 un arrêté du 18 décembre 2015 modifiant celui du 21 décembre 2005(4). Il fixe la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire de durée de validité limitée.

Le législateur rappelle en préambule que la liste publiée ne peut être exhaustive : « le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé au candidat ou au conducteur atteint d'une affection, qu'elle soit mentionnée ou non dans la présente liste, susceptible de constituer ou d'entraîner une incapacité fonctionnelle de nature à compromettre la sécurité routière lors de la conduite d'un véhicule à moteur ».

Face à une pathologie non recensée dans ce texte, la commission médicale départementale doit donner son avis à l'autorité préfectorale, favorable ou non, avec ou sans mention restrictive/additionnelle sur le titre de conduite, en se basant sur sa propre appréciation.

Dans ce chapitre, nous nous intéressons uniquement à la catégorie des véhicules dits légers (les voitures), la réglementation des véhicules lourds étant différente.

II.1.1. Les pathologies cardiovasculaires.

Le risque principal des pathologies cardiovasculaires est le malaise brutal survenant lors de la conduite, les risques moindres sont représentés par une fatigabilité supérieure à la moyenne et les éventuels effets indésirables des traitements.

Les pathologies cardiovasculaires n'entraînent pas systématiquement une inaptitude à la conduite des véhicules légers, mais un avis du spécialiste (cardiologue) est souvent nécessaire afin d'en évaluer au mieux le retentissement fonctionnel, ainsi qu'un suivi médical régulier afin de réévaluer la pathologie. Selon la sévérité de la pathologie et son risque d'évolutivité, les commissions ne délivrent parfois qu'une autorisation de conduite temporaire d'une à deux années.

Les pathologies entraînant une incompatibilité totale sont :

- Insuffisance cardiaque stade IV permanent de la classification NYHA (New York Hearth Association).

Les pathologies entraînant une incompatibilité temporaire sont :

- Tachycardie ou fibrillation ventriculaire en rapport avec une cause chronique.
- Syncopes.
- Hypertension artérielle (HTA) avec signes de malignité et/ou avec des valeurs supérieures à 220 mmHg en systolique et 130 mmHg en diastolique.
- Insuffisance cardiaque stade III permanent (NYHA).
- Fibrillations ou flutter auriculaires très symptomatiques.

Les pathologies entraînant une reprise autorisée suite à l'évaluation spécialisée sont :

- Coronaropathies avec pontages ou angioplastie.
- Fibrillation et flutter auriculaires.
- Tachycardie ventriculaire sur cœur pathologique et sur cœur sain.
- Extra systoles ventriculaires.
- Pose de défibrillateur automatique implantable ou de stimulateur cardiaque.
- Dysfonction sinusale et blocs auriculo-ventroculaires.
- Chirurgie de valve cardiaque.
- Transplantation cardiaque.
- Anévrisme aortique traité ou connu.

Les pathologies nécessitant un avis médical seul sont:

- Cardiomyopathie hypertrophique asymptomatique

- Thrombophlébite profonde des membres inférieurs
- Valvulopathie traitée médicalement
- HTA maîtrisée et asymptomatique

La société française de cardiologie précise spécifiquement que « l'aptitude à la conduite est subordonnée au risque de survenue de perte de connaissance ». Si l'estimation du risque de perte de connaissance est subjective, les éléments sus-cités permettent de définir des situations précises contre-indiquant la conduite automobile au moins temporairement : en cas de syncope, de tachycardie ventriculaire soutenue ou fibrillation ventriculaire, d'hypertension artérielle systolique supérieure à 220 mmHg et/ou diastolique supérieure à 130 mmHg ainsi qu'en cas d'insuffisance cardiaque au stade IV de la classification NYHA. Pour toutes les autres situations, y compris l'implantation d'un défibrillateur, l'autorisation dépend de l'avis spécialisé cardiologique. (5)

II.1.2. Les altérations visuelles.

Beaucoup de troubles visuels sont d'apparition lentement progressive et permettent une vision suffisante pour effectuer les tâches de la vie quotidienne mais représentent un vrai handicap lors de la conduite automobile.

Le rôle de l'ophtalmologiste est essentiel pour le diagnostic, le traitement et la correction des troubles visuels dans la mesure du possible.

Le rôle du médecin traitant est de s'assurer que l'état visuel du patient paraît satisfaisant à l'aide de tests diagnostics simples (échelles de vision de loin, recherche d'une altération du champ visuel...).

La sécurité routière propose également des campagnes de dépistage visuel.

Dans le domaine de la vision, le législateur a défini des normes minimales en dessous desquelles la conduite automobile est non autorisée.

- Acuité visuelle (vision de loin uniquement, on ne tient pas compte de la vision de près): l'acuité est mesurée avec correction optique si besoin, le permis en portera alors la mention : incompatibilité si acuité binoculaire < 5/10.
- Champ visuel : incompatibilité si le champ visuel horizontal est inférieur à 120 °, à 50° vers la gauche et la droite, à 20° vers le haut et le bas, sans aucun défaut dans un rayon de 20° autour de l'axe central.
- Vision nocturne : l'incompatibilité en cas d'absence de vision nocturne est limitée par la mention restrictive « conduite de jour uniquement »
- Vision crépusculaire, sensibilité à l'éblouissement et aux contrastes : on la teste principalement dans les cas d'atteinte du champ visuel ou de faible acuité visuelle.

- Blépharospasmes acquis : incompatibilité.
- Diplopies permanentes ne répondant à aucun traitement (optique, chirurgical, médicamenteux, ...) : incompatibilité.
- Nystagmus : pas d'incompatibilité si les normes d'acuité et de champ visuel sont atteintes.

Les médecins ophtalmologues français précisent que l'évaluation individuelle de chaque patient est indispensable : « si l'expérience d'un conducteur est un moyen de pallier une déficience visuelle, il faut admettre qu'une atteinte sévère est incompatible avec la conduite. La déficience du champ visuel périphérique est la plus pénalisante. Par contre, les atteintes isolées de la vision centrale, les amblyopies par nystagmus doivent faire l'objet d'une évaluation la plus humaine possible tout particulièrement chez la personne âgée pour le permis B. En effet, la conduite automobile est un "acte instrumental de la vie quotidienne", à considérer comme un moyen de déplacement, de communication, de participation à la vie sociale et aux loisirs. »(3)

II.1.3. Les pathologies otorhino-laryngologie et pneumologie :

Les déficiences auditives ne sont pas une contre-indication à la conduite automobile, il est alors nécessaire d'avoir un véhicule équipé de rétroviseurs bilatéraux.

Les troubles de l'équilibre sont une contre-indication temporaire à la conduite uniquement lors des épisodes aigus de vertige, seule l'instabilité chronique est incompatible avec la conduite.

- En cas de vertiges paroxystiques bénins : avis spécialisé recommandé.
- En cas de maladie de Ménière : avis spécialisé recommandé.
- En cas de vertige labyrinthique : avis spécialisé obligatoire.

Le port d'une canule trachéale nécessite un avis spécialisé mais ne contre-indique pas la conduite dans la grande majorité de cas.

Dans le contexte d'une insuffisance respiratoire, qu'elle soit liée à de l'asthme, bronchite chronique, ou autre pathologie, un avis spécialisé est obligatoire pour évaluer l'incapacité et l'évolution de cette affection. Les patients nécessitant une oxygénothérapie permanente peuvent être autorisés à conduire.



II.1.4. Pratiques addictives, psychiatrie, neurologie.

II.1.4.1. Les pratiques addictives.

La consommation d'alcool abusive ou entraînant une dépendance est totalement incompatible avec la conduite automobile durant la période d'alcoolisation.

L'avis d'une commission médicale est obligatoire après un sevrage réalisé suite à une infraction routière, et débouche souvent sur une période probatoire.

La consommation régulière ou la dépendance aux drogues (ainsi que le mésusage des médicaments) est incompatible avec la conduite. Le recours à une commission médicale est obligatoire suite à une infraction routière pour ce motif.

II.1.4.2. Les troubles du sommeil.

En cas de somnolence excessive liée à des troubles du sommeil de cause organique ou non, il y a alors une incompatibilité à la conduite, tant que la situation ne sera pas stabilisée sur le plan médical. La somnolence diurne excessive engendre un sur-risque d'accident, l'échelle d'Epworth en permet l'évaluation subjective (6). Une des pistes actuelles réside dans les systèmes de détection de somnolence au volant qui tendent à se généraliser sur les véhicules récents.

II.1.4.3. Les troubles neurologiques.

Tous les types de troubles neurologiques entraînant une altération de l'équilibre et de la coordination nécessitent une évaluation individuelle afin de déterminer les possibilités fonctionnelles. Les avis de la commission et des spécialistes seront envisagés au cas par cas.

II.1.4.4. Les traumatismes crâniens.

L'avis d'un spécialiste est nécessaire afin de statuer sur une possibilité de reprise de la conduite. Pour ce faire, il s'appuie sur un bilan des séquelles neurologiques et du retentissement du traitement médicamenteux.

Dans notre région, le pôle de référence est le pôle Adrien Dany au centre hospitalier d'Esquirol, à Limoges. Un simulateur de conduite y est installé pour faciliter l'évaluation des traumatisés crâniens.

II.1.4.5. L'épilepsie.

L'épilepsie reste une contre-indication à la conduite de tous les véhicules à moteur jusqu'à la décision de la commission médicale.

En fonction du type d'épilepsie, du traitement mis en place et de la réponse thérapeutique du patient, la commission peut délivrer un permis avec réévaluation tous les ans puis sans limite dans les cas les plus bénins (absence de crise depuis au moins 5 années consécutives, formes d'épilepsie n'altérant pas l'état de conscience, ...)

La ligue française contre l'épilepsie, soutenue par la société française de neurologie, précise que le neurologue est seul juge lors d'une crise provoquée ; lors d'une crise unique le délai moyen est de 6 mois sans récurrence (avec ou sans traitement), mais peut être évalué à la baisse au cas par cas ; lors de crises répétées, le délai moyen sans crise (avec ou sans traitement) requis est d'un an. (7)

II.1.4.6. Les accidents vasculaires cérébraux.

Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques ou hémorragiques sont des contre-indications temporaires à la conduite et nécessitent un avis spécialisé avant la reprise de la conduite.

Les accidents ischémiques transitoires sont responsables d'une incompatibilité temporaire jusqu'à un avis médical favorable.

Une recommandation de la Haute Autorité de Santé est parue sur la reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive. Elle est détaillée dans le chapitre suivant.

II.1.4.7. Psychose aiguë et chronique.

Dans ce cadre, la survenue de manifestations cliniques pouvant interférer avec la conduite automobile entraîne une incompatibilité à la conduite. La reprise de la conduite est possible en cas de stabilisation de la pathologie, un avis spécialisé du psychiatre est alors nécessaire avant l'évaluation par le médecin agréé.

Dans les cas particuliers de déficience mentale majeure, d'un analphabétisme par insuffisance psychique, la conduite automobile est assujettie à l'agrément d'une commission médicale suite à une évaluation spécialisée.

II.1.5. Pathologies de l'appareil locomoteur.

Toute atteinte de l'appareil locomoteur entraîne une limitation de la capacité de conduite automobile, mais de variabilité majeure selon le type de lésion. Le décret précise que « l'évaluation des incapacités physiques doit reposer essentiellement sur des constatations permettant de déterminer si l'incapacité constatée risque d'empêcher une manœuvre efficace et rapide et de gêner le maniement des commandes en toutes circonstances, et notamment en urgence. » (annexe 1)

Dans ce cadre des pathologies de l'appareil locomoteur, le permis est délivré à titre permanent si le déficit est stabilisé et qu'il n'y a pas d'autre pathologie associée.

II.1.5.1. Membres supérieurs.

Le décret précise que « le médecin agréé tiendra compte de la valeur fonctionnelle du membre supérieur dans son ensemble ». L'élément clé est de s'assurer que le membre supérieur est en capacité d'assurer une prise fonctionnelle avec possibilité d'opposition efficace. Dans le cas contraire, une adaptation du véhicule sera nécessaire.

II.1.5.1.1. Concernant les mains et les doigts.

La fonctionnalité minimale compatible avec la conduite est la pince avec opposition efficace. Toute lésion ne permettant pas ce mouvement entraîne une incompatibilité à la conduite, qui pourra être levée dans un second temps en fonction d'une adaptation de véhicule et/ou d'un appareillage adapté.

Le mouvement de pronosupination du poignet n'étant pas prioritaire lors de la conduite automobile, seules les atteintes sévères de cette fonction nécessitent un avis spécialisé.

L'amputation d'une main, ainsi que celle de l'avant-bras et du bras, entraîne une incompatibilité à la conduite automobile, qui sera levée en fonction d'une possibilité d'adaptation du véhicule. L'appréciation est au cas par cas.

II.1.5.1.2. Concernant la raideur des membres supérieurs.

La symptomatologie étant très variée, il n'y a pas de recommandation précise dans ce domaine, la compatibilité est laissée à l'appréciation du médecin agréé, après avis d'un spécialiste pour les atteintes importantes. Les ankyloses, arthrodèses non douloureuses en position de fonction pour la conduite ne représentent pas une incompatibilité à la conduite automobile.

Il faut un avis spécialisé en cas de lésions fixées des nerfs, des os, des articulations, des tendons, ou des muscles entraînant une diminution importante de la fonction.

II.1.5.2. Membres inférieurs.

II.1.5.2.1. Amputation de jambe.

En cas d'amputation d'une jambe gauche sans autre complication (bonne fonctionnalité de l'autre membre inférieur, absence de douleurs invalidantes au niveau du moignon...), la reprise de la conduite est possible avec l'utilisation d'un embrayage automatique, qui n'est pas considéré comme un aménagement du poste de conduite. Le permis de conduire portera alors la mention dite restrictive « embrayage automatique ».

Si l'atteinte est à droite, il faut ajouter à la démarche précédente un aménagement du véhicule de type inversion de pédale.

En cas d'amputation bilatérale, il y a incompatibilité avec la conduite, qui ne pourra être reprise qu'après aménagement du poste de conduite et adaptation fonctionnelle à l'appareillage.

II.1.5.2.2. Amputation de cuisse.

A ce niveau d'amputation, le côté atteint différencie la prise en charge selon le législateur : Si l'atteinte se situe du côté gauche, elle est compatible avec la conduite automobile, avec la mention « embrayage automatique » comme en cas d'amputation de jambe. Si l'atteinte est située à droite, un aménagement du véhicule est nécessaire pour la reprise de la conduite, comprenant un embrayage automatique et une inversion de pédale.

II.1.5.2.3. Ankylose et raideur des genoux et des hanches.

Le médecin agréé doit évaluer le retentissement fonctionnel de la raideur articulaire, qui ne présente pas de problème de compatibilité avec la conduite dans la majorité des cas. Lors d'un retentissement fonctionnel majeur, le côté atteint change la conduite à tenir :

Si la lésion est du côté gauche, compatibilité avec utilisation d'un embrayage automatique.

Si la lésion est du côté droit, compatibilité avec aménagement.

II.1.5.3. Cas particuliers de lésions multiples des membres.

Dans ce contexte, le médecin agréé jugera la capacité de conduite dans son ensemble, en s'aidant de l'expertise d'un médecin spécialiste et d'un expert technique si un aménagement est envisagé.

II.1.5.4. Lésions du rachis.

Les lésions du rachis présentent une double difficulté :

En cas de lésion uniquement du rachis, le médecin agréé jugera essentiellement la capacité à effectuer les mouvements de rotation du rachis. Si la rotation est insuffisante, on s'oriente vers une obligation de rétroviseurs bilatéraux additionnels adaptés.

En cas de lésions neurologiques associées, les séquelles doivent être évaluées dans leur ensemble : capacité de maintien et d'équilibre du tronc, motricité des membres inférieurs et supérieurs, ... Il s'agit de cas complexes nécessitant une évaluation pluridisciplinaire.



II.1.6. Pathologie métabolique et transplantation.

II.1.6.1. Épuration extra-rénale

Le spécialiste déterminera avec le patient le temps nécessaire entre la séance de dialyse et la reprise de la conduite : le patient peut présenter une baisse de vigilance, des vertiges suite à la séance.

II.1.6.2. Le diabète

Lorsque le diabète est traité médicalement, il convient d'assurer un suivi régulier du patient, au maximum tous les 5 ans selon le législateur, et d'évaluer le risque d'hypoglycémies induites.

Lorsque des hypoglycémies surviennent avec une altération de la conscience plus de deux fois en une année, le permis de conduire ne peut être délivré ni maintenu.

II.1.6.3. Transplantation d'organe.

« Le permis de conduire peut être délivré ou renouvelé à tout candidat ou conducteur ayant subi une transplantation d'organe ou porteur d'un implant artificiel. En l'absence d'incidence sur la conduite, il n'est pas nécessaire de demander un examen auprès d'un médecin agréé ». Sinon, le médecin agréé statuera au cas par cas.

II.2. Recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) à propos de la reprise de la conduite automobile en cas de lésion cérébrale. (8)

La HAS a publié en janvier 2016 une recommandation de bonne pratique concernant la « reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive ». Dans le domaine de la conduite automobile, il s'agit de la seule recommandation de bonne pratique de ces dernières années.

Cette recommandation concerne les patients atteints d'une lésion cérébrale acquise non évolutive, potentiellement atteints de séquelles de type sensorielles, sensitives, motrices, cognitives et/ou comportementales secondaires à un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral, une encéphalite, une anoxie cérébrale, une méningo-encéphalite.

Ces recommandations éditées dans un champ de recherche précis peuvent être appliquées à l'ensemble des lésions cérébrales acquises interférant avec la conduite automobile, en l'absence d'autres recommandations plus spécifiques.

Les recommandations sont détaillées ci-dessous, un tableau récapitulatif est disponible en annexe.

II.2.1. La détection des séquelles pouvant interférer avec la conduite

Recommandations 1 et 2

« Il est recommandé que toute personne victime d'une lésion cérébrale acquise non évolutive soit informée des éventuelles conséquences des lésions cérébrales sur ses aptitudes à la conduite automobile et fasse l'objet d'un repérage visant à évaluer l'éventuel impact des conséquences sensorielles et fonctionnelles (sensitives et/ou motrices, cognitives et/ou comportementales) sur ses capacités de conduite. »

« Pour toute personne qui n'aurait pas été repérée initialement, il est recommandé que l'ensemble des professionnels de santé s'implique dans le repérage puis les oriente vers l'un des médecins impliqués dans leur prise en charge (médecin généraliste, neurologue ou médecin rééducateur le plus souvent) pour aborder cette problématique de la conduite automobile. »

La première partie de cette recommandation spécifie qu'il incombe aux différents professionnels de santé une vigilance dans la détection des pathologies pouvant interférer avec la conduite automobile. En extrapolant cette recommandation, les médecins généralistes, qui sont souvent le premier recours pour les pathologies ne nécessitant pas d'hospitalisation, ont un rôle important à jouer dans la prévention et l'information des risques liés à une capacité de conduite diminuée, quelle qu'en soit la cause.

Sur le plan moteur, la recommandation 14 spécifie l'examen clinique :

« Il est recommandé d'évaluer les fonctions sensitives et motrices afin de déterminer :

- la force et le tonus musculaire,
- les amplitudes articulaires,
- la sensibilité superficielle et profonde,
- l'équilibre et la coordination,

ainsi que leur impact sur les capacités fonctionnelles et l'autonomie de la personne victime de lésion cérébrale acquise non évolutive. L'objectif de cet examen est notamment d'identifier un éventuel besoin d'aménagement du poste de conduite. »

A l'issue de cet examen clinique, le médecin peut juger que le patient ne présente pas de déficit moteur susceptible d'interférer avec la conduite automobile, ou au contraire estimer qu'une évaluation approfondie des capacités de conduite est nécessaire. La difficulté de cet examen réside en partie dans le fait qu'il n'existe pas de grille d'évaluation précise permettant de caractériser le degré d'une incapacité motrice dans le contexte de la conduite automobile, l'examineur doit par conséquent se fier à son ressenti et à son bon sens.



II.2.2. Indication d'un essai de conduite sur route .

Pour les cas où le patient présente des séquelles motrices, les recommandations se positionnent en faveur d'un essai sur route de conduite automobile, avec des objectifs décrits de manière précises. A l'heure actuelle, il semble que ce test en situation réelle soit l'examen le plus pertinent pour juger des aptitudes et des difficultés de chaque patient. L'intérêt qui en découle est de pouvoir tester différents types d'aménagements du véhicule et adapter au mieux le véhicule du patient dans un second temps. Concernant les simulateurs de conduite automobile qui se développent de plus en plus - certaines auto-écoles « classiques » en proposant aux jeunes souhaitant préparer leur permis de conduire- la HAS ne recommande pas leur usage exclusif. Ils peuvent être utilisés en amont des tests sur route pour se familiariser avec les commandes, mais en aucun cas les remplacer. La revue de bibliographie de la HAS préconise de ne pas substituer le test sur route par le simulateur car aucune étude n'a validé son usage actuellement.(9)

Dans notre région, le simulateur de conduite automobile le plus proche est au centre hospitalier d'Esquirol.

Recommandation 20 :

« En cas de séquelles sensibles et/ou motrices, un essai sur route est recommandé afin de valider la pertinence ou non d'un aménagement du poste de conduite et d'évaluer le temps d'apprentissage nécessaire à sa maîtrise. »

Recommandation 22 :

« En cas de séquelles cognitives et/ou comportementales, associées à des séquelles sensibles et/ou motrices nécessitant des aménagements du poste de conduite, il est recommandé de réaliser une évaluation sur route après une période de formation à la maîtrise de ces aménagements. »

II.2.3. Les conditions de l'essai de conduite avec une auto-école

L'évaluation des capacités de conduite sur route doit être réalisée (recommandation 23) :

- sur un véhicule à double-commande,
- sur une durée minimale de 45 minutes de conduite effective, sans dépasser 2 heures, à adapter en fonction de la personne et de l'environnement routier permettant l'évaluation,
- en binôme
- sur un parcours :
 - de complexité progressive, permettant à la personne de se familiariser avec le véhicule et à des situations de conduite de complexité progressive,

- comprenant, au regard des situations les plus citées dans la littérature(9), systématiquement les situations de conduite suivantes :
 - voies simples et multiples,
 - sens unique,
 - franchissement d'intersections comprenant différents types de priorité (par exemple : feu, stop, céder le passage, priorité à droite, intersection en T...),
 - sens giratoire, ronds-points,
 - ligne droite, virages à gauche et à droite,
 - changement de voie (droite et gauche),
 - conditions de trafic variées,
 - vitesses variées (<50 km/h jusqu'à vitesse maximale autorisée en fonction de l'environnement),
 - manœuvres,
 - suivi d'itinéraire,
 - situation de distraction dans le véhicule (conversation en circulation, radio...)
- comprenant, si l'environnement le permet, les situations de conduite suivantes :
 - voie d'insertion,
 - chaussée sans marquage au sol,
 - voie rapide, autoroute,
 - dépassement,
 - freinage d'urgence »

« En l'état actuel des connaissances, aucun outil de cotation des évaluations sur route ne peut être recommandé. Cependant au regard de la littérature(9), il est recommandé d'observer (recommandation 24) :

- les capacités d'accès au poste de conduite et de réglage de celui-ci (siège, rétroviseurs...),
- les comportements et compétences de conduite tels que :
 - le contrôle du véhicule (direction, frein, accélérateur +/- embrayage et vitesses, commandes obligatoires telles que clignotants, essuie-glaces, klaxon, feu de détresse, feux),
 - le positionnement sur la chaussée,
 - la gestion des trajectoires,



- l'adaptation de la vitesse,
- les capacités d'adaptation / stratégie de compensation,
- les compétences de conduite perceptivo-cognitives, telles que :
 - les capacités attentionnelles en situation de conduite (en particulier en attention divisée et attention sélective),
 - la prise en compte de l'environnement,
 - les capacités de jugement, de prise de décisions,
 - l'anticipation,
 - la fatigabilité,
 - le comportement,
 - la conscience des difficultés »

Une grille type d'évaluation de l'essai de conduite est proposée par la HAS, elle est disponible en annexe 2.

II.2.4. L'évaluation pluridisciplinaire

Étant établie dans le cas des lésions cérébrales acquises, cette recommandation préconise une évaluation pluriprofessionnelle (médecin, ergothérapeute, neuropsychologue, enseignant de conduite) des patients, par des intervenants au mieux habitués à ces situations, ou au minimum sensibilisés à la détection « des conséquences fonctionnelles, cognitives et comportementales ainsi qu'à leur impact potentiel sur l'activité de conduite automobile ».

L'objectif de l'évaluation pluriprofessionnelle est de remettre après concertation un avis favorable ou défavorable à la reprise de la conduite, afin que le médecin agréé ou la commission médicale ait des informations concrètes pour statuer sur la reprise de la conduite automobile.

II.2.5. L'obligation d'information du patient .

Le rôle médical est préventif dans ce contexte : il consiste à informer le patient des risques encourus lors de la conduite automobile. Mais il revient au patient de faire lui-même les démarches administratives de mise à jour du permis de conduire. Cette information doit être délivrée le plus tôt possible.

Les principaux points d'information que relève cette recommandation sont :

- principes de la réglementation en vigueur
- retentissement de la pathologie sur les capacités de conduite
- modalités du processus d'évaluation et ses conclusions, apprentissage de l'usage d'un aménagement.



- modalités de régularisation du permis de conduire

Ces informations doivent être transmises oralement, de préférence en présence d'un proche, en laissant une information écrite au patient à l'issue de l'entretien. Les professionnels de santé ne peuvent pas transmettre directement les données de leur évaluation au médecin agréé, il convient d'encourager le patient à transmettre lui-même ces informations.

Par ailleurs, ces recommandations apportent quelques précisions sur l'attitude et les explications à donner au patient :

- Concernant la place du ré-entraînement à la conduite : le patient doit être informé qu'à l'heure actuelle, il n'y a pas de preuve concernant l'efficacité d'un ré-entraînement sur route à la conduite automobile. Ainsi, celui-ci est possible avant une nouvelle évaluation de conduite, mais ne doit pas excéder 10 heures de conduite et doit être interrompu au bout de quelques heures si aucun bénéfice n'est observé.
- Concernant l'accompagnement d'un patient inapte à la conduite : l'annonce de l'inaptitude doit être effectuée en présence d'un proche du patient, et il faut rebondir en présentant les alternatives locales de mobilité.
- Concernant l'accompagnement d'un patient apte à la conduite sur un véhicule à adapter : l'annonce d'un avis favorable doit être suivie d'une proposition d'accompagnement concrète, avec la mise en relation avec les prestataires d'aménagement de véhicule, les aides financières existantes, ...

L'illustration 2 à la page suivante est un arbre décisionnel de la recommandation de la HAS présentant la conduite à tenir suite à la survenue d'un accident ischémique.

La synthèse de la recommandation de bonne pratique ainsi que le tableau global sont disponible en annexes 3 et 4 de cette thèse. .

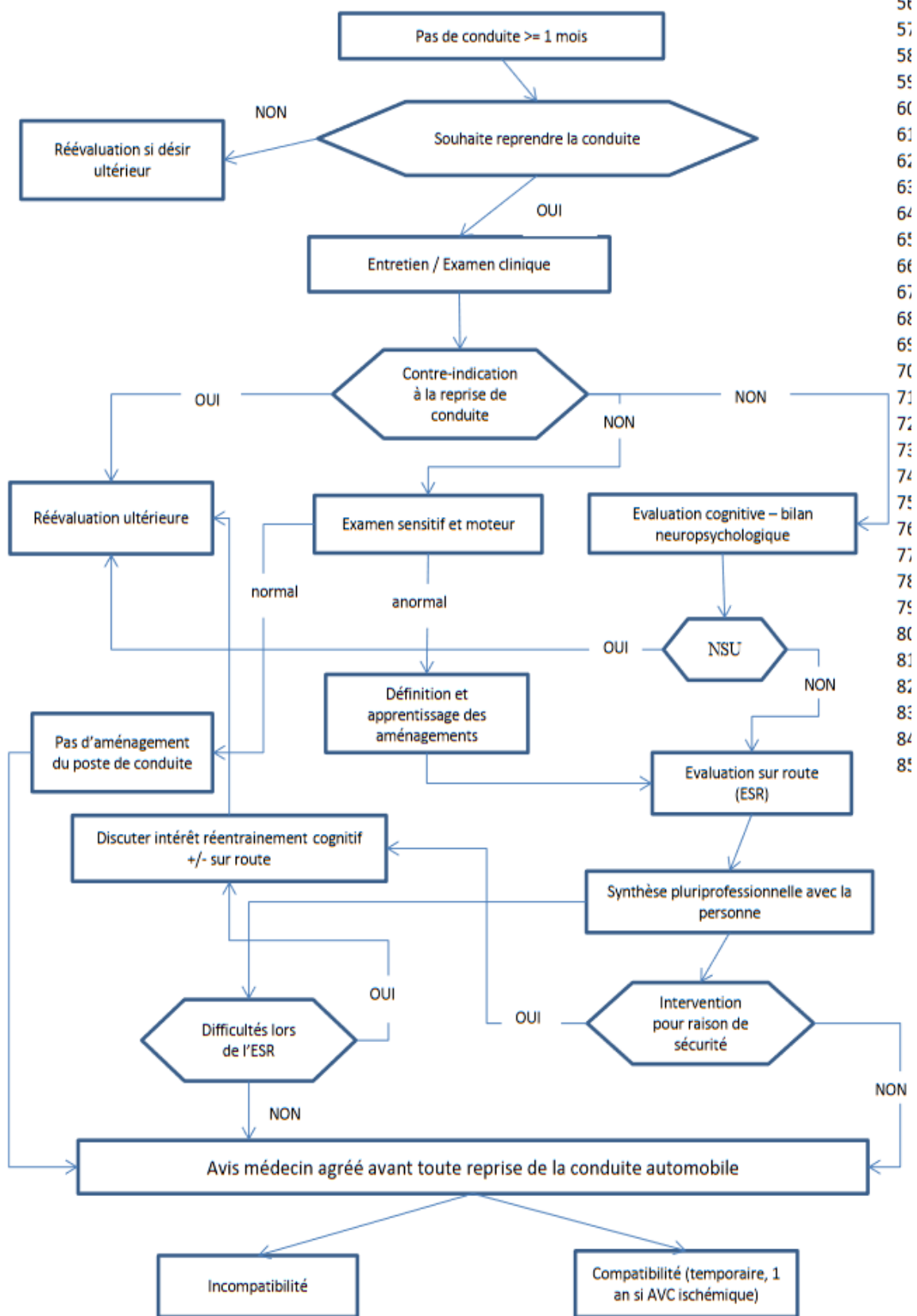


Illustration 2: Arbre décisionnel de la HAS

II.3. Médicaments et conduite automobile.

La prise de certains médicaments provoque une augmentation du risque d'être responsable d'un accident de la route. L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) rapporte « qu'une exposition à un médicament potentiellement dangereux est retrouvée chez près de 10% des accidentés de la route. La part des accidents attribuables à la prise de médicaments est toutefois difficile à déterminer précisément. Les hypnotiques et les anxiolytiques (en particulier les benzodiazépines) sont les substances les plus fréquemment retrouvées. Cependant, peu d'autres classes pharmacothérapeutiques ont été étudiées. »(10)

Dans le contexte de patients atteints d'un déficit moteur, la prise de médicaments est un sur-risque d'accident auquel il convient d'être particulièrement vigilant. Les médecins ont actuellement des aides à la prescription, notamment le VIDAL, qui permettent d'être plus facilement vigilant à ce problème. Les médicaments susceptibles d'altérer la capacité de conduite automobile sont classés en 3 catégories dites de niveaux de risque, reportées sur les boîtes de médicaments sous la forme de pictogrammes colorés en jaune, orange ou rouge (majoration du risque croissante). Le point à signaler concernant cette classification, est qu'elle est basée sur les effets intrinsèques du médicament uniquement, elle ne prend pas en compte la pathologie pour laquelle est prescrit ledit médicament. Il revient au prescripteur de prendre en compte les pathologies de son patient lors de la prescription.

II.3.1. Contexte réglementaire

II.3.1.1. L'obligation d'information du patient

Depuis loi du 4 mars 2002, les médecins ont une obligation d'information sur les traitements et leurs effets indésirables. En cas de litige, il incombe au médecin d'apporter la preuve qu'il a fourni l'information : après avoir informé à l'oral le patient des interactions médicaments-conduite, le médecin doit noter dans le dossier médical qu'il a délivré cette information. On peut également noter sur l'ordonnance la mention vigilance lors de la conduite avec le niveau de risque du médicament.

II.3.1.2. L'information concernant le médicament

Lors de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) d'un médicament, son effet sur les aptitudes à la conduite d'un véhicule est obligatoirement spécifié de trois sortes :

- dans la notice, rubrique « conducteurs et utilisateurs de machines »
- sur la boîte du médicament, sous la forme d'un pictogramme spécifique.
- dans le résumé des caractéristiques du produit, rubrique 4.7, « effet sur la capacité de conduire des véhicules ou d'utiliser des machines »

II.3.1.3. La gradation du pictogramme selon le niveau de risque



Illustration 3: Pictogrammes présents sur le conditionnement extérieur des médicaments concernés.

Le pictogramme d'un médicament est établi en fonction de son risque lors de la conduite. Cette classification comporte obligatoirement :

- une couleur spécifique : jaune, orange et rouge.
- une indication en toutes lettres du niveau de risque : 1, 2 ou 3.
- une mise en garde suivie d'une information sur l'attitude à adopter avant de conduire lors de la prise de ce traitement.

Niveau 1 (couleur jaune) :

Le risque est faible et dépend largement de la susceptibilité individuelle. Le patient trouvera dans la notice du médicament les mises en garde lui indiquant les cas où il devra s'abstenir de conduire (en particulier lorsqu'il aura précédemment ressenti des effets indésirables potentiellement dangereux).

=> Dans l'ensemble, ce groupe ne présente pas de contre-indication à la conduite, mais sensibilise à une vigilance accrue lors de la conduite.

Niveau 2 (couleur orange) :

Les effets pharmacodynamiques délétères pour la conduite automobile sont prédominants par rapport à la susceptibilité individuelle : il convient d'examiner, cas par cas, si la prise du médicament est compatible avec la conduite. La plupart du temps, le médicament n'est disponible que sur ordonnance et c'est le prescripteur qui appréciera l'état du patient et/ou sa réponse au médicament. Plus rarement, il s'agit d'un médicament disponible sans ordonnance et le conseil du pharmacien prend alors toute son importance.

=> L'aptitude à la conduite peut être remise en cause par la prise de ces médicaments. Il est nécessaire que le médecin (ou le pharmacien pour les traitements en vente libre) évalue avec son patient l'aptitude à la conduite.

Niveau 3 (couleur rouge) :

Les effets pharmacodynamiques du médicament rendent la conduite automobile dangereuse. Avec des médicaments de ce type (anesthésiques généraux, hypnotiques, collyres mydriatiques...), l'incapacité est généralement temporaire mais majeure.

=> après la prise d'un traitement de ce groupe, la conduite est formellement déconseillée. Il convient que le médecin évalue avec son patient le temps nécessaire avant de pouvoir conduire, par exemple après une période de sommeil pour un hypnotique.

II.3.1.4. Les limites du cadre réglementaire

La classification des médicaments se heurte à plusieurs difficultés, qui contribuent au sentiment de flou relatif du cadre réglementaire.

- La posologie d'un médicament va influencer de manière importante sur les effets du médicament, de manière difficilement prévisible lors de la prescription.
- La susceptibilité individuelle et le terrain du patient apportent également une incertitude quand à l'effet réel du médicament in vivo.
- Le risque estimé du médicament sur la conduite automobile n'est pas évalué selon un protocole standardisé.
- Les données épidémiologiques sont rares comparées au nombre des médicaments.

Dans tous les cas, le conducteur, indépendamment de l'information qui lui est due, a une responsabilité directe qui l'engage, lui et lui seul, à suivre l'avis médical reçu.

II.3.2. Traitements fréquemment prescrits présentant des risques lors de la reprise de la conduite.

- Niveau 1 :
 - Les anti-inflammatoires non stéroïdiens : ils peuvent être responsables de troubles sensoriels, de troubles de la vigilance et du comportement. Devant la rareté de ces événements, le patient doit simplement être prévenu de l'existence de ces effets indésirables.
 - Cas particulier de la codéine prise à la dose unitaire de 20 mg : à cette posologie, les effets indésirables sont exceptionnels. Une simple mise en garde est alors de rigueur.
- Niveau 2 :
 - La toxine botulique: utilisée dans la prise en charge de diverses pathologies oculaires et motrices et le comblement des rides du visage, peut entraîner



notamment des troubles visuels, une faiblesse musculaire, des vertiges ainsi que certains effets cardiovasculaires (arythmie, hypertension, syncope), potentiellement préjudiciables pour la conduite automobile. Son administration ne doit pas être banalisée. Après administration, une surveillance attentive du patient est de rigueur.

- Les myorelaxants d'action centrale (par exemple la méphésénine, en vente libre) ou d'action directe sur les fibres musculaires (par exemple le dantrolène, liste I) peuvent provoquer une somnolence, des vertiges, des troubles visuels à type de diplopie, une vision floue. Leur retentissement sur la conduite automobile, bien qu'il semble être peu intense, doit faire l'objet d'une évaluation par un professionnel de santé.
 - Les antalgiques opiacés : (pour mémoire, le tramadol et la codéine en font partie) Ils sont fréquemment responsables de somnolence, de vertiges, de troubles de l'attention, principalement lors de l'introduction du traitement et des changements de posologie. La capacité de conduite doit faire l'objet d'une évaluation soigneuse.
 - Les médicaments utilisés dans le phénomènes de dépendance (méthadone en tête) sont pour la plupart considérés en classe 2 .
 - Les antidépresseurs : quelle que soit leur classe pharmacologique, les antidépresseurs peuvent induire des troubles du comportement, une somnolence. Une évaluation médicale est indispensable avant de reprendre la conduite, qui reste à déconseiller au moment de l'initiation du traitement.
 - Les benzodiazépines et apparentées : l'effet principalement craint est la somnolence et le ralentissement psychomoteur. Cet effet est majoré en cas de prise concomitante d'alcool, neuroleptique, morphinique... La conduite est alors déconseillée lors de l'initiation du traitement, puis reprise avec prudence. Lors de l'utilisation de posologies élevées ou de formes parentérales, la conduite est incompatible.
 - Les traitements agissant sur le système nerveux central (psychostimulants, traitements de la démence, parasymphomimétiques) ont récemment été évalués et intégrés en niveau 2. (11)
 - Les antipsychotiques par voie orale sont classés niveau 2
 - Les antimigraineux de la classe des triptans.
- Niveau 3 :
- Les benzodiazépines et apparentées utilisées à forte posologie orale ou par voie parentérale.
 - Les neuroleptiques sous leur forme parentérale (hormis les formes à libération prolongée): contre-indication temporaire à conduite pour les effets de somnolence, troubles du comportement, dyskinésies tardives.
 - Les curares (blocage musculaire) et médicaments utilisés dans les



anesthésies générales : pas de conduite pendant au moins 24 heures après administration.

- Les collyres mydriatiques (mydriase) et cycloplégiques (paralyse de accommodation) : pas de conduite pendant les heures suivant l'administration du collyre, jusqu'à disparition complète des symptômes.

- Cas particulier du Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) : Il s'agit d'un médicament soumis à prescription médicale et réservé à l'usage professionnel, qui provoque une sédation de degré très variable selon les individus. La principale caractéristique de ce mélange réside dans la rapidité d'absorption et d'élimination du protoxyde d'azote au niveau pulmonaire, en raison de sa faible solubilité dans le sang et les tissus. Le retour à l'état de conscience initial se fait en quelques minutes suite à l'arrêt de l'inhalation. La conduite automobile est autorisée dès que le médecin s'est assuré du retour à l'état de conscience antérieur, en l'absence de survenue de complication .

- Cas particulier des anesthésies locales : si la plupart des anesthésiants locaux nécessitent une simple précaution d'usage et sont classés en niveau 2 , deux molécules sont classées en niveau 3 : (Lévo) Bupivacaïne et chloroprocaine.

II.4. Secret médical, Information du patient : respect du code de déontologie médicale.

II.4.1. Le secret médical.

« Article 4 (article R.4127-4 du code de la santé publique)

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » (12)

Le secret médical s'applique à tout médecin, en toutes circonstances, hormis quelques situations bien définies par le cadre législatif comme la maltraitance d'enfants, il est opposable à tout tiers. Le secret n'appartient à personne, le médecin en est seulement le dépositaire.

La notion de secret médical partagé entre différents médecins ne s'applique que dans le cadre d'une prise en charge partagée, afin d'assurer la continuité des soins, et en accord avec le patient.

Si le médecin est amené à rédiger un certificat médical à la demande d'un tiers, il ne peut lui remettre. Un certificat ne doit être remis qu'en main propre au patient concerné qui en fera ce que bon lui semble.



Dans le cadre des assurances, le secret médical s'applique également de plein droit : le médecin traitant d'une personne malade ne peut donner aucune information à la compagnie d'assurance. Seul le patient peut transmettre des informations à son assureur ou au médecin mandaté par l'assureur.

Le médecin qui se rend compte que la situation de son patient présente un risque pour la conduite automobile ne peut donc pas prévenir les autorités préfectorales ni un autre confrère comme un médecin agréé par la préfecture, encore moins l'assureur du patient. Il ne peut qu'informer son patient des risques qu'il prend en conduisant et le pousser à faire les démarches de régularisation de permis de conduire.

II.4.2. L'information du patient.

« Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique)
Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »(12)

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé, le médecin a le devoir d'informer son patient. L'information médicale doit être délivrée au cours d'un entretien individuel, seule l'urgence et l'impossibilité d'informer lèvent ce devoir. Elle doit être claire, loyale et appropriée. En cas de litige, il appartient désormais au médecin d'apporter la preuve qu'il a délivré l'information.

Dans le contexte d'une pathologie ou d'une prise de traitement présentant une contre-indication à la conduite, le médecin doit en informer son patient. Cependant seul le patient doit être informé, et il reste libre de suivre ou non les recommandations du médecin : il agira alors sous sa propre responsabilité. Il est à noter que le code de déontologie préconise que l'information d'un patient soit individuelle en général, mais dans le contexte d'un handicap moteur interférant avec la conduite, la Haute Autorité de Santé préconise de délivrer l'information concernant la conduite en présence d'un proche du patient. Se pose alors la question de la personne de confiance : si le patient a désigné une personne de confiance par écrit, celle ci devra également être informée de la situation, individuellement ou en présence du patient.

Une feuille type de délivrance d'information utilisée au centre hospitalier de Brive est disponible en annexe 5.



II.5. Refus de conformité du permis de conduire

Le fait de conduire un véhicule sans respecter les conditions de validité ou les restrictions d'usage du permis de conduire est une infraction au code de la route passible d'un retrait de 3 points. Il peut y être associé une peine maximale de deux ans d'emprisonnement ainsi qu'une amende de 4500€.

Le code pénal prévoit que la responsabilité pénale du conducteur est engagée s'il est responsable d'un accident sans avoir régularisé son permis de conduire. (articles du code pénal 223-1 et 221-6).

II.6. Code des assurances.

Toute modification de son état de santé entraînant une déficience est à signaler auprès de son assureur dans les meilleurs délais, dans un souci de transparence. Cependant, ce n'est pas à l'assureur de déterminer si le conducteur peut conduire ou non, mais uniquement à la préfecture, qui se base sur l'avis du médecin agréé.

Le code des assurances prévoit une exclusion de garantie dans le cas où le conducteur ne possède pas de permis en cours de validité au moment du sinistre. En cas d'accident dû à une pathologie considérée comme incompatible avec la conduite, l'assureur peut également opposer un refus de garantie si le conducteur malade est responsable. Le conducteur pourra contester le refus de garantie de l'assureur sur le principe de la bonne foi, dans ce cas ce sera une décision judiciaire qui fera la part des responsabilités.

A noter qu'en cas d'inaptitude prononcée par la préfecture suite à l'avis d'un médecin agréé, si le patient n'est pas d'accord et souhaite contester cette décision, il peut saisir la commission médicale d'appel dans les deux mois qui suivent la notification de la décision. Mais cet appel n'est pas suspensif, c'est-à-dire que l'inaptitude s'applique quand même pendant l'instruction du dossier. Le patient qui conduirait pendant cette période serait en infraction et son assureur peut également se dégager de sa responsabilité dans ce contexte.

II.7. Réglementations à l'étranger

En France, le permis de conduire est délivré pour la vie, il n'y a pas de remise en question ni de consultation médicale périodique d'aptitude. En comparaison, seuls quatre pays européens ne demandent pas d'examen médical sur vingt-huit...et vingt pays sur vingt-huit imposent en plus de la consultation initiale un suivi médical de contrôle après l'obtention du permis de conduire, à des fréquences allant de tous les trois ans à tous les dix ans. (13)

Le secret médical en France ne permet pas de signaler les conducteurs à risque aux autorités, quelle que soit la pathologie. Quinze pays européens permettent la dérogation au secret médical, et un seul (la Slovénie) oblige le médecin à signaler toute incapacité à la conduite. (13) Au Canada, la situation pratique varie d'un état à l'autre, mais globalement le médecin a l'obligation de dénoncer un patient présentant une inaptitude à la conduite continuant à conduire malgré l'avis contraire du médecin.(14)



III. La régularisation du permis de conduire.

Un patient souffrant d'un handicap moteur doit faire régulariser son permis de conduire. Pour ce faire, il va devoir avoir recours à différents intervenants : un médecin généraliste agréé par la préfecture pour la conduite automobile, une auto-école spécialisée, un inspecteur du permis de conduire, un garage automobile agréé... Leur rôle est développé ci-dessous, suivi de 2 cas concrets.

III.1. Le médecin agréé par la préfecture pour la conduite automobile.

Médecins généralistes à 95%, les médecins du permis de conduire sont plus âgés en moyenne que leurs confrères en activité. La moitié d'entre eux ont 60 ans ou plus (la limite d'âge de l'exercice de cette spécialité est fixée à 73 ans). Rares à exercer uniquement en commission préfectorale (5% d'entre eux), ils sont plus fréquents à être en cabinet de ville exclusivement (4 médecins sur 10) et ont une activité mixte pour 6 d'entre eux sur 10. En commission préfectorale, chaque médecin intervient peu (près de 2 demi-journées en moyenne par mois) mais y rencontre 19 usagers en moyenne par demi-journée, soit quasiment la limite maximale autorisée de 20 conducteurs. Le temps de consultation y est par conséquent relativement court (11 minutes en moyenne), durée jugée satisfaisante par près de 9 médecins de commission sur 10. Les médecins agréés disposent d'un peu plus de temps lorsqu'ils sont à leur cabinet (environ 18 minutes en moyenne). Ils y reçoivent 18,5 patients en moyenne par mois, parfois beaucoup plus. Sur un mois standard, 80 000 conducteurs seraient alors vus pour un examen d'aptitude à la conduite, 40 % en commission préfectorale et 60 % hors commission. Les profils des usagers reçus sont, du fait de la réglementation, variables : majoritairement des conducteurs ayant commis une infraction de type usage d'alcool ou de stupéfiant en commission et majoritairement des conducteurs professionnels en visite médicale périodique en ville.(15)

III.1.1. Les modalités pour devenir médecin agréé.

Un médecin agréé peut exercer cette fonction à son cabinet ou en commission médicale, les modalités à suivre sont les mêmes.(16)

Pour devenir médecin agréé par la préfecture pour la réalisation des visites médicales du permis de conduire, il faut en premier lieu remplir trois conditions depuis l'arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite (17) :

- Être inscrit au tableau de l'ordre des médecins et ne pas avoir fait l'objet de sanction ordinaire dans les cinq années précédant la demande.
- Être âgé de moins de 73 ans.
- Avoir suivi la formation initiale relative au contrôle médical de l'aptitude.

Dans un deuxième temps, le médecin répondant aux critères sus-cités fait la demande d'agrément à la préfecture du ou des départements dans lesquels il souhaite être agréé. L'agrément est délivré pour une durée de cinq ans. Le renouvellement est soumis aux mêmes conditions que sus-cité, à la différence que le médecin doit prouver qu'il participe à une formation continue sur le sujet.

La formation initiale dure neuf heures, elle peut être organisée par tout organisme de formation continue.

Le but de cette formation est :

- d'identifier la mission du médecin dans le cadre de la sécurité routière.
- de faire connaître les principales causes d'accidentalité.
- de connaître le cadre réglementaire et l'organisation administrative dans lesquelles s'exerce l'activité du contrôle médical.
- d'utiliser les outils diagnostics médicaux pour le repérage des conduites et situations à risque les plus fréquentes en matière de sécurité routière.

Le médecin qui a suivi l'ensemble de cette formation reçoit une attestation à faire parvenir à la préfecture lors de la demande d'agrément.

La formation médicale continue pour les médecins agréés dure trois heures, elle est à suivre tous les cinq ans avant le renouvellement de son agrément. Elle consiste en une actualisation des connaissances en matière de santé et de sécurité routière, en fonction de l'évolution de la réglementation et des connaissances scientifiques. Une attestation de suivi de la formation continue est délivrée à l'issue de celle-ci.

En cas de difficulté à trouver un centre de formation médicale proposant ce type de formation, l'Institut National de Sécurité Routière et de Recherches (INSERR) propose des dates de formations initiales et continues, qui sont elles aussi agréées.(18)

Le terme de médecin spécialiste agréé n'existe plus depuis l'arrêté du 31 juillet 2012, actuellement les médecins agréés peuvent envoyer le conducteur examiné voir le professionnel de santé compétent, c'est-à-dire le médecin spécialiste de leur choix.

III.1.2. L'organisation du contrôle médical.

Le premier recours est le médecin agréé exerçant à son cabinet, qui examine seul les conducteurs en consultation de manière générale, mais aussi en visite si la situation le justifie.

La commission médicale primaire, composée de deux médecins agréés, forme le deuxième recours, en cas de contestation de la part du patient ou à la demande du médecin agréé, mais aussi le premier recours pour les conducteurs ayant eu une invalidation ou annulation de leur permis de conduire ou ayant commis un délit routier (excès de vitesse de plus de 50 km/heure, conduite sous emprise de stupéfiants, conduite en état d'ivresse avec alcoolémie supérieure à 0,8 gramme/litre, ...). (17)

En cas de contestation d'un avis d'inaptitude à la conduite émis par la préfecture sur les recommandations d'un médecin agréé ou d'une commission médicale primaire, le conducteur peut saisir la commission médicale d'appel. Celle-ci est composée d'au moins deux médecins agréés tous deux différents de la première instance, dont au moins un est diplômé dans la discipline médicale dont relève l'affection de l'appelant. Cette commission est départementale.

En cas d'impossibilité d'obtenir une commission médicale départementale primaire ou d'appel, le préfet peut demander la tenue d'une commission inter départementale.

Le recours à un médecin agréé ou à une commission médicale est facturé au patient. La consultation au cabinet d'un médecin agréé coûte 36 euros. Le recours à une commission médicale préfectorale coûte 50 euros. Ces sommes ne peuvent jamais donner lieu à un remboursement par la sécurité sociale (18). Dans le cas d'une personne souffrant d'une invalidité délivrée par la CDAPH d'un taux égal ou supérieur à 50%, quelle que soit la nature de l'invalidité, le médecin sera directement rémunéré par la préfecture, le patient n'a pas à payer la consultation.

III.1.3. L'examen clinique du conducteur (avec certificat CERFA)

Le recours à un médecin agréé ou à la commission médicale primaire de la préfecture a pour but d'établir l'aptitude à la conduite avec ou sans adaptation du véhicule.

Pour uniformiser cette démarche, il existe un formulaire national à remplir par le patient pour la partie administrative, et par le médecin sollicité pour la partie médicale, disponible dans les auto-écoles, sur le site de la préfecture. Il s'agit du « formulaire CERFA d'avis médical n° 1480*01 » (20), disponible en annexe 2. Ce certificat, valable un an, est à envoyer à la préfecture (21).

Pour établir ce certificat médical, le médecin commence par un interrogatoire du patient reprenant ses antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements actuels. Le médecin agréé effectuant la consultation médicale d'aptitude ne peut pas être le médecin traitant du patient, il n'a pas accès au dossier médical de celui-ci. Il convient de convaincre dans la mesure du possible le patient d'amener avec lui le maximum d'informations médicales, mais la décision revient au patient.

La recherche d'addiction est systématique : tabac, alcool, autres drogues. L'estimation de la consommation et de la dépendance peut se faire à l'aide d'échelles spécialisées comme le test de Fagerström pour le tabac(22) ou le test AUDIT-C pour l'alcool(23). L'estimation de la dépendance à l'alcool peut également être réalisée par la grille clinique dite de Lego qui



permet une estimation se basant non pas sur les déclarations du patient mais les observations du médecin. Cette grille repose sur 6 items : aspect du visage, des conjonctives et de la langue, tremblements de la bouche, de la langue et des extrémités.

La recherche de pathologie psychiatrique doit être systématique.

L'examen clinique en lui-même consiste en un examen standard avec entre autres mesure des constantes, auscultation cardio-pulmonaire, recherche de troubles métaboliques, (24)tonus général, marche, examen orthopédique, puis un examen neurologique à la recherche de vertiges, troubles de l'équilibre (test de Romberg), déficits sensitivo-moteurs, recherche de déficit visuel ou auditif.

S'il le juge nécessaire, le médecin agréé peut demander un avis complémentaire à un confrère avant de valider le certificat médical. Par exemple en cas de doute sur le champ visuel, le médecin doit demander une mesure de ce champ visuel auprès d'un ophtalmologue. Une biologie peut également être exigée par le médecin.

En fonction des résultats de l'examen clinique, le médecin remplit le certificat médical, qui comprend quatre possibilités :

- Apte.
- Apte temporaire : durée de validité à préciser.
- Apte avec restrictions : correction de la vision, port d'une prothèse, conduite d'un véhicule aménagé, dispense de port de la ceinture de sécurité.
- Inapte.

Le médecin peut apporter des observations dans une partie prévue à cet effet, afin de préciser son jugement.

Le certificat est remis au patient lui-même, qui devra se charger de le porter au service des permis de conduire de la préfecture.

Le modèle du certificat est disponible en annexe 6 (volets 1 et 2).

III.1.4. Les mentions additionnelles du permis codifiées (arrêté du 04/08/2014)

Le médecin agréé peut émettre un avis favorable à la conduite automobile, avec certaines restrictions. Ces restrictions seront apposées sur le permis de conduire du patient par la préfecture. La liste des restrictions est codifiée, elle est présentée dans l'illustration 4 (25). Ces mentions peuvent être modifiées suite à un changement de l'état de santé du conducteur, mais il faudra alors qu'il suive les mêmes démarches de régularisation du permis de conduire.

Conducteur (raisons médicales)

01. Dispositif de correction et/ ou de protection de la vision.
02. Prothèse auditive/ aide à la communication.
03. Prothèse (s)/ orthèse (s) des membres.
05. Usage restreint (indication du sous-code obligatoire, conduite soumise à restrictions pour raisons médicales).
 - 05.01. Restreint aux trajets de jour (par exemple : une heure après le lever du soleil et une heure avant le coucher).
 - 05.02. Restreint aux trajets dans un rayon de km du lieu de résidence du titulaire, ou uniquement à l'intérieur d'une ville/ d'une région.
 - 05.03. Conduite sans passagers.
 - 05.04. Restreint aux trajets à vitesse inférieure ou égale à... km/ h.
 - 05.05. Conduite uniquement autorisée accompagnée d'un titulaire de permis de conduire.
 - 05.06. Sans remorque.
 - 05.07. Pas de conduite sur autoroute.
 - 05.08. Pas d'alcool.

Adaptations du véhicule

10. Changement de vitesses adapté.
15. Embrayage adapté.
20. Mécanismes de freinage adaptés.
25. Mécanismes d'accélération adaptés.
30. Mécanismes de freinage et d'accélération combinés adaptés.
35. Dispositifs de commande adaptés (commutateurs de feux, essuie-glaces, indicateurs de changement de direction, etc.).
40. Direction adaptée.
42. Rétroviseurs adaptés.
43. Siège du conducteur adapté.
44. Adaptations du motorcycle.
 - 44.01. Frein à commande unique.
 - 44.02. Frein à main adapté (roue avant).
 - 44.03. Frein à pied adapté (roue arrière).
 - 44.04. Poignée d'accélérateur adaptée.
 - 44.05. Changement de vitesses et embrayage adaptés.
 - 44.06. Rétroviseurs adaptés.
 - 44.07. Commandes d'accessoires adaptés (indicateurs de changement de direction ...).
 - 44.08. Siège adapté.
45. Motorcycle avec side-car.
46. Tricycles seulement.

Illustration 4: Mentions additionnelles codifiées du permis de conduire

III.2. Le rôle de l'auto-école

III.2.1. Rappel sur les différents types de permis de conduire.

L'auto-école a un rôle pédagogique dans la présentation des différents types de permis de conduire. Il existe plusieurs catégories de véhicules, qui ne nécessitent pas les mêmes autorisations. (26)

Le permis de conduire A, usuellement appelé permis moto, se décline en plusieurs catégories :

- Le permis AM : concerne les cyclomoteurs et quadricycles dont la puissance est maximale est de 4 kW et ne dépassant pas 45 km/heure (communément appelés « voiturettes »). Il est obligatoire uniquement pour les personnes nées après le 31 décembre 1987, en l'absence d'autre permis de catégorie supérieure. Il peut être passé dès les 14 ans.
- Les permis A1, A2 et A : concernent uniquement les véhicules à 2 roues, chaque catégorie correspondant à un niveau de puissance.

Le permis de conduire B, usuellement nommé permis voiture, comprend deux catégories :

- Le permis B1 : version allégée du permis B, il concerne les tricycles et les quadricycles à moteur de puissance maximale de 15 kW.
- Le permis B : concerne toutes les voitures d'un poids total en charge inférieur à 3,5 tonnes.

III.2.2. Adaptation au handicap.

Le rôle principal de l'auto-école est de présenter et de faire essayer les différents aménagements de véhicule possibles, puis de former le patient à l'utilisation du matériel choisi.

Le véhicule d'auto école-doit être doté d'une boîte de vitesse automatique pour une plus grande simplicité d'utilisation lors de la conduite. Le principe est de proposer du matériel démontable et interchangeable afin de s'adapter au plus nombre de patients. Le système d'accélérateur peut ainsi rester à pédale classique ou inversée, ou être au volant par le biais d'un cercle au volant, d'une poignée de type moto. Le système de freinage peut être à pédale ou par une manette au volant. Le système directionnel de la voiture a la possibilité d'être amélioré par la mise en place d'une boule au volant, avec ou sans commande d'avertisseurs associée (phares, clignotants, ...).

Pour les patients atteints de pathologies lourdes ne permettant pas leur transfert dans un véhicule classique, il faudra passer par des auto-écoles spécialisées dans le domaine du handicap.

Les moniteurs d'auto-écoles utilisant ces systèmes sont habitués et formés pour accueillir les personnes souffrant d'un handicap. Ils peuvent ainsi conseiller les patients vers le système le plus adapté à leur pathologie.

La formation à l'utilisation des aménagements du véhicule dure en moyenne une dizaine d'heures de cours. Il existe un surcoût par rapport aux véhicules-écoles non adaptés qui est à la discrétion des auto-écoles.

Les cours de conduite sont intégralement à la charge du patient.



III.2.3. Passer son permis en cas de handicap préalable.

La situation d'une personne présentant un handicap et souhaitant passer son permis de conduire doit suivre une procédure similaire à celle d'un patient souhaitant régulariser son permis de conduire(27).

Dans un premier temps, la consultation d'un médecin agréé permet d'obtenir un certificat médical définissant l'aptitude et les éventuelles indications d'aménagement du véhicule.

Puis il est conseillé au candidat d'adresser ce certificat médical à la préfecture rapidement afin de pouvoir rencontrer un inspecteur du permis de conduire du Service de l'Éducation Routière, rattaché à la Direction Départementale de l'Équipement (DDR). L'inspecteur rencontré va pouvoir présenter au candidat les différents types d'aménagements homologués et le conseiller sur l'équipement a priori le mieux adapté. Une deuxième rencontre est proposée à l'issue de la formation pratique avec l'auto-école afin de valider les choix de l'aménagement du véhicule avant de passer l'examen du permis.

Le candidat suit la formation de conduite de manière classique dans une auto-école de son choix, qui est en mesure de mettre à sa disposition un véhicule avec les équipements adaptés. A la fin de la formation, le candidat doit avoir réussi l'épreuve théorique du permis, appelée communément « le code », puis se présenter à l'épreuve pratique .

L'épreuve pratique se déroule avec le véhicule aménagé, soit celui de l'auto-école, soit celui du candidat. Le temps prévu pour l'épreuve est doublé, à savoir une durée prévisionnelle d'une heure. Ce temps sert à la vérification administrative (validité du certificat médical, les résultats de l'épreuve théorique, ...), à la vérification des aménagements du véhicule, c'est-à-dire l'adéquation des équipements avec les capacités résiduelles du candidat, puis à l'évaluation de la conduite, qui est double : elle consiste d'une part à vérifier la bonne utilisation des équipements supplémentaires par le candidat, et d'autre part à évaluer les connaissances et savoir-faire évalués lors des examens traditionnels.(28)

En cas d'échec à l'épreuve pratique ou si le candidat en fait la demande, il peut être proposé la conduite supervisée. C'est une forme de conduite accompagnée, sauf que le conducteur doit avoir au moins 18 ans. Elle s'applique à la catégorie B du permis de conduire. L'accompagnateur doit être titulaire du permis depuis 5 ans minimum. Il n'y a pas de durée limite à la conduite supervisée. L'intérêt est d'acquérir une expérience de conduite supplémentaire, la limite concerne les aménagements de véhicule qui sont requis par le handicap du patient, qui doivent être présents sur le véhicule conduit par le candidat au permis.



III.3. Le rôle de l'inspecteur du permis de conduire.

L'inspecteur du permis de conduire du Service de l'Éducation Routière rattaché à la Direction Départementale de l'Équipement (DDR) a un rôle de conseil et d'évaluation(27).

Le rôle de conseil auprès des patients se retrouve en amont de l'examen du permis de conduire. Il consiste à rencontrer les personnes souhaitant régulariser ou obtenir pour la première fois leur permis de conduire afin d'évoquer avec elles les aménagements homologués pour la conduite que leur état de santé requiert. Les suggestions d'aménagement sont faites en premier lieu par le médecin agréé lorsque le patient n'est pas hospitalisé ou par le médecin de rééducation et son équipe lorsque le patient est en cours de rééducation dans un centre spécialisé. L'inspecteur oriente et valide ainsi les choix pratiques des aménagements dictés par l'état de santé du patient. Ce travail de conseil, qu'il soit fait en collaboration ou non avec les professionnels de santé, est important pour apporter des réponses fiables aux patients : il s'agit d'être sûr que les aménagements de son véhicule seront homologués lors de l'examen.

Le rôle d'évaluation du permis de conduire est la partie la plus connue des patients. On distingue deux cas de figure :

- Dans le cas d'un candidat non détenteur du permis de conduire : le rôle de l'inspecteur est détaillé dans le chapitre III.2.3.
- Dans le cas d'un candidat souhaitant régulariser son permis de conduire : l'examen théorique n'est pas à repasser. Seul la partie pratique est évaluée, mais de manière différente de l'épreuve pratique habituelle. En effet, l'inspecteur évalue uniquement la maîtrise des aménagements du véhicule dans le respect des règles de sécurité et l'adéquation entre l'équipement mis en place et les capacités résiduelles du patient. Il s'agit bien d'une régularisation et non d'une obtention du permis.

IV. Les principaux aménagements de véhicules, les aides à la mobilité.

IV.1. Les principaux aménagements des véhicules.

La possibilité de conduire une voiture est souvent corrélée à une adaptation du véhicule dans le cadre d'un handicap moteur. Cette adaptation concerne deux principaux points : l'accessibilité au véhicule et la gestion des commandes de conduite. L'adaptation d'un véhicule doit se faire auprès d'un garagiste homologué, sur un véhicule neuf ou ancien.

L'accessibilité de la voiture est la première difficulté à étudier. Si la personne a la capacité de s'installer directement dans un fauteuil standard, auquel cas aucun aménagement n'est à envisager. Sinon, il faut adapter l'accessibilité selon la capacité de transfert du patient. Si le patient ne peut être déplacé de son propre fauteuil roulant, il faut s'orienter vers un système de rampe d'accès permettant de faire rentrer le patient sur son fauteuil dans le véhicule puis fixer le fauteuil au niveau du poste de conduite. Si le patient peut être transféré, il faut s'orienter vers une adaptation du siège conducteur avec un système de pivot à l'extérieur.

La gestion des commandes concerne en priorité la capacité directionnelle, l'accélération et le freinage.

La commande directionnelle du véhicule reste principalement le volant, exceptionnellement un joystick. Le volant est équipé si nécessaire d'une sur-assistance pour que la commande soit facile à manœuvrer. La préhension du volant pouvant être complexe, il existe différents systèmes d'aides, basés sur le principe d'une boule au volant (illustrations 6 et 7).

La commande d'accélérateur peut rester une pédale, inversée si nécessaire, ou être une commande au volant : cercle sur le volant (illustration 5), gâchette, manette en arrière du volant, poignée latérale... L'électronique permet de filtrer le fonctionnement de ces systèmes.



Illustration 5: Accélérateur par cercle au volant associé à une manette de frein.



Illustration 6: Boule au volant équipée d'un joystick pour les commandes de clignotants.



Illustration 7: Poignée directionnelle utilisée en cas de déficit moteur important des membres supérieurs.

La commande de frein, si la pédale ne peut être utilisée, est principalement installée via un levier en arrière du volant à pousser, il agit de manière mécanique sur le système de freinage.

Les commandes annexes (phares, clignotants, essuies-glaces,...) peuvent être regroupées sur une télécommande (illustrations 8 et 9).



Illustration 8: Boule au volant avec télécommande pour les signaux d'alerte.



Illustration 9: Détail de la télécommande.

IV.2. Les aides financières pour l'adaptation des véhicules.

Il existe deux principales sources d'aides financières pour l'aménagement des véhicules : La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et l'Association de Gestion de l'Emploi, de la Formation et de l'Insertion pour les Personnes Handicapées (AGEFIPH), ainsi que son pendant pour la fonction publique, les Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées de la Fonction Publique (FIPHFP), qui sont des associations de gestion des fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Il existe des aides supplémentaires possibles auprès des caisses de retraites complémentaires, des comités d'entreprise, des mutuelles, des fonds sociaux des mairies, ... mais il n'y a alors pas de règle bien définie, il s'agit d'aides délivrées au cas par cas(29).

IV.2.1. La Prestation de Compensation de Handicap (PCH).

Les aides auxquelles ont droit la majorité des patients sont à réclamer auprès de la MDPH. La PCH est une aide versée par le département, personnalisée, modulable selon les besoins du patient. C'est une aide qui recouvre cinq versants : l'aide humaine à domicile, l'aide technique, l'aide à l'aménagement du logement, l'aide au transport et l'aide exceptionnelle.

Les conditions d'obtention sont :

- avoir au moins une difficulté absolue ou au moins deux difficultés graves pour la réalisation d'une activité (mobilité, communication, ...).
- avoir moins de 60 ans (pour la première demande) ou être en activité professionnelle passé l'âge de 60 ans.
- Être résidant en France.
- Avoir moins de 26 579 euros annuels en revenu personnel pour obtenir 100% de la PCH, au delà de cette somme, on ne touche que 80% de la PCH.

Pour obtenir les financements des aménagements de son véhicule, le patient doit récupérer et remplir un dossier de demande MDPH cerfa n°13788*01 soit auprès de la MDPH locale soit sur le site internet dédié (30). Il faut que le patient joigne au formulaire un certificat médical daté de moins de trois mois.

Le certificat médical CERFA n°13878*01 est à remplir soit par le médecin traitant soit par le médecin du centre où est hospitalisé le patient. Il existe un guide pour l'utilisation de ce certificat, destiné aux médecins, disponible sur internet(31).

Après instruction du dossier par la MDPH locale, le dossier est ensuite transmis à la Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées pour la décision, qui sera rendu dans un délai maximal de 4 mois après le dépôt du dossier. Si le patient n'a pas de nouvelles passé ce délai, c'est que le dossier a été refusé.



Dans le cas de l'aménagement du véhicule, c'est la partie aide au transport de la PCH qui est sollicitée . Cette aide au transport comprend l'aménagement du véhicule et les surcoûts liés au trajets. Pour en bénéficier, il faut être titulaire du permis de conduire portant la mention restrictive d'un poste de conduite adapté.

Les frais d'aménagement du véhicule sont pris en charge à 100% dans la limite de 1500€ euros (80% pour les patients dépassant le plafond de ressources), puis à 75% entre 1500 et 5000 euros, quels que soient les revenus. Cette aide ne peut être renouvelée avant 5 ans.

Les surcoûts liés au trajet peuvent être financés lors de l'utilisation d'une voiture particulière dans la limite de 0,50 euros par kilomètre et de 12000 euros sur une période de 5 ans.

La PCH étant liée à un critère d'âge assez strict, une part non négligeable de patients n'y sont pas éligibles. Si la personne ne peut pas prétendre à la PCH, elle transmet quand même son dossier à la MDPH qui pourra lui verser une aide par le biais du fond départemental de compensation en fonction de ses besoins.

IV.2.2. L'Association de Gestion de l'Emploi, de la Formation et de l'Insertion pour les Personnes Handicapées (AGEFIPH).

Les aides versées par l'AGEFIPH(32) aux personnes handicapées s'adressent à ceux qui ont un emploi ou sont en projet de reprise d'emploi :

- Salariés.
- Travailleurs indépendants.
- Demandeurs d'emploi et détenteurs d'une promesse d'embauche.
- Stagiaire de la formation professionnelle.
- Étudiants de l'enseignement supérieur en stage obligatoire.

Ces aides à la mobilité sont importantes :

- Financement de 50 % du coût de l'aménagement nécessaire d'un véhicule, dans la limite de 9000 euros.
- Aide maximum de 10 000 euros pour l'achat d'un véhicule aménagé.
- Aide ponctuelle dans la limite de 4000 euros par an pour effectuer des trajets professionnels lorsque la personne ne peut pas encore utiliser son véhicule ni les transports en commun, et qu'elle utilise un transport adapté.
- Aide forfaitaire de 1000 euros pour financer le surcoût de la formation au permis de conduire dans le contexte de handicap, si le permis est requis pour le projet professionnel. Cette aide ne s'applique pas pour une régularisation du permis de conduire.

Il revient au patient de faire la demande de ces aides soit directement soit par son employeur ou pôle emploi.

IV.2.3. Le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées de la Fonction Publique (FIPHFP).

Le fond pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique accompagne les employeurs publics dans la mise en œuvre de politiques d'inclusion professionnelle. Les fonds mobilisables lors de la survenue d'un handicap servent à l'aménagement du poste de travail, à la formation professionnelle, à l'aménagement d'un véhicule et à la prise en charge de transports assistés pour se rendre au travail. Pour l'aide à l'aménagement de son véhicule, la personne concernée doit prendre contact avec le FIPHFP qui étudiera son dossier et lui proposera une aide financière en fonction de sa situation.

IV.3. Les alternatives locales à la conduite automobile en cas d'inaptitude.

L'inaptitude à la conduite automobile est un frein à l'autonomie du patient, mais il existe des alternatives permettant d'en atténuer les effets.

La première alternative est le transport privé, avec de nombreux taxis homologués pour le Transport de Personnes à Mobilité Réduite (TPMR). Le tarif est à la charge du patient.

La deuxième alternative est le transport public, avec les services de transport en commun qui sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. Chaque communauté de communes est libre de créer des services spécifiques dédiés. Pour exemple, la communauté urbaine de Brive la Gaillarde a mis en place un service appelé « Libéo Accessible », qui est un service de transport public pour les personnes ne pouvant pas utiliser les transports en commun habituels. Il permet à ses adhérents de se déplacer d'un endroit à l'autre sur le territoire de l'agglomération briviste sur simple réservation du trajet à l'avance. Le coût est d'un euro par trajet actuellement. Il n'y a pas de justification de trajet avec ce système, on peut l'utiliser pour le motif que l'on souhaite. Par contre, le nombre de trajets par mois et par personne est limité à 16.

Au niveau départemental, la Corrèze propose le service Handimobile sur le même principe que le service Libéo accessible sur Brive, avec un nombre de trajets limités à 18 par mois, valables dans toute la Corrèze.

Pour les transports à visée professionnelle, comme décrit dans le chapitre III.4.2, l'AGEFIPH et le FIPHFP peuvent proposer une aide financière pour la prise en charge des transports en véhicule TPMR.

Pour les personnes bénéficiant d'une auxiliaire de vie, celle-ci peut aider pour les déplacements en conduisant le patient faire ses courses, ...

V. Situations pratiques.

V.1. Parcours sans aménagement du véhicule.

Mme Ghislaine N. a fait une démarche de régularisation de son permis de conduire en 2016-2017, à la suite d'une hémiparésie gauche dans le cadre d'un accident vasculaire cérébral.

L'histoire clinique commence en septembre 2016 par une hémiparésie du membre supérieur gauche essentiellement motrice, secondaire à un accident vasculaire cérébral ischémique dans le territoire sylvien droit. Elle bénéficie alors d'un traitement par thrombolyse. Les symptômes diminuent d'intensité en quelques jours pendant son séjour en neurologie. Le bilan réalisé retrouve un foramen ovale perméable sans autre anomalie. Suite à son transfert en service de rééducation, la patiente poursuit sa récupération. A la fin de son séjour, en décembre 2016, la force motrice est considérée comme normale, une petite fatigabilité à l'effort prolongé est notée. Sur le plan sensitif, la proprioception et la sensibilité épicrotique sont bien présentes. Seule la sensibilité au chaud/froid reste partiellement déficitaire. La patiente décrit par contre des douleurs neuropathiques au niveau de la main gauche, pour lesquelles un traitement par Prégabaline est mis en place progressivement pour atteindre une posologie journalière de cinquante milligrammes matin midi et soir.

Au cours de son séjour dans le service de médecine physique et rééducation, une information orale avec support écrit sur la conduite automobile a été délivrée à la patiente. Cette information explique que le patient ne peut pas reconduire tant qu'il n'a pas régularisé son permis de conduire suite à cette pathologie, et quelles sont les principales démarches à réaliser. La patiente a signé un papier certifiant avoir reçu cette information, document conservé dans le dossier médical.

La patiente a accepté de suivre le protocole de reprise de conduite automobile mis en place dans le service de rééducation. Lors des permissions de sortie du service le week-end, elle n'a pas conduit son véhicule. Peu avant la fin de son séjour en rééducation, le 16-12-2016, Mme N. a réalisé un premier test de conduite automobile sur une voiture d'auto-école à boîte de vitesse mécanique, en présence d'une ergothérapeute du service et du moniteur de l'auto-école concernée. Cette évaluation a pu se dérouler dans de bonnes conditions, la patiente n'ayant pas ressenti de fatigue particulière tout au long de l'essai. Toutes les configurations de conduite et mises en situation ont pu être testées. L'utilisation du volant, des commandes annexes et des pédales n'a posé aucune difficulté. La conduite à une main, droite puis gauche, et les manœuvres ont été réalisées sans encombre. La gestion des éléments extérieurs n'a posé aucune difficulté. La patiente a conduit pendant une heure complète. Le coût de la leçon de conduite a été de 45 euros, à la charge de la patiente.

A noter qu'au moment de cet essai, la patiente était en cours de traitement par prégabaline,

classé niveau 2 vis-à-vis du risque de conduite (conduite soumise à avis médical préalable), mais qu'elle le tolérait bien et ne présentait pas de trouble de vigilance ni de somnolence diurne.

La patiente est rentrée à son domicile en fin d'année 2016. Elle a pris rendez-vous chez un médecin agréé par la préfecture proche de son domicile, en le choisissant sur une liste de médecins agréés fournie par le service de rééducation. Elle a amené ses documents médicaux avec elle, ainsi que le rapport de l'auto-école sur l'essai de conduite. L'examen médical a consisté en un interrogatoire sur la vision, un testing de l'équilibre global, puis unipodal, un test de la marche et de la motricité des membres supérieurs. La mobilité du rachis cervical a été vérifiée. Devant l'absence d'élément péjoratif vis-à-vis de la conduite automobile, le médecin lui a remis en mains propres un certificat médical d'absence de contre-indication à la conduite sans limite de temps ni obligation de nouvelle visite médicale. Le médecin n'a pas fait payer la patiente.

Mme N. a transmis à la préfecture le certificat médical du médecin agréé. Ce certificat a été intégré à son dossier personnel. La patiente a reçu un courrier lui attestant que son dossier administratif est à jour, et qu'elle peut reprendre la conduite sans modification ni de son permis ni de son véhicule.

Actuellement la patiente conduit seule sur tout type de trajet, courte ou longue distance. Elle rapporte uniquement une fatigabilité plus importante qu'avant son accident vasculaire cérébral, avec des pauses nécessaires au bout d'une heure trente de conduite environ.

V.2. Parcours avec aménagement du véhicule.

Monsieur Gilles L., actuellement âgé de 69 ans, a dû faire une démarche de régularisation de son permis de conduire à deux reprises au cours de sa vie.

Ce patient, suivi pour une maladie de Buerger (ou thromboangéite oblitérante) depuis de nombreuses années, présente également des facteurs de risques vasculaires (tabagisme, dyslipidémie, hypertension artérielle et surpoids). Pour rappel, la maladie de Buerger (à ne pas confondre avec la maladie de Berger) est une artériopathie inflammatoire exclusivement distale, touchant et oblitérant les vaisseaux, artères et veines, de moyen et petit calibre, qui représente 1 à 2% des artériopathies des membres inférieurs. Il existe une composante génétique et ethnique. Le sevrage tabagique est le seul moyen de limiter la progression de la maladie.

Son métier est chauffeur routier, lorsqu'en 1992, dans un contexte de tabagisme actif important, une amputation de sa jambe gauche tibiale est réalisée. Un appareillage par prothèse tibiale gauche est mis en place avec succès, le patient reprend la marche. Son permis de conduire pour les poids lourds lui est alors retiré, il change de métier en devenant



gestionnaire dans une société de transport routier, et entame des démarches pour la reprise de la conduite automobile (permis B). Pour ce faire, il est reçu à sa demande par le médecin agréé par la préfecture d'Arras (62), qui donne son accord sur le plan médical pour le permis de la conduite sur les véhicules équipés d'une boîte de vitesse automatique, avec un contrôle médical à effectuer tous les cinq ans. En effet, le patient ne présente pas de gêne fonctionnelle sur le membre inférieur droit, ni sur aucun des deux membres supérieurs. La conduite avec un embrayage automatique ne pose pas de souci particulier, le patient n'ayant pas besoin de se servir de son membre inférieur gauche. Une mention restrictive est alors apposée sur permis de conduire spécifiant cette condition.

Le permis lui est renouvelé tous les cinq ans lors de la visite médicale obligatoire, y compris suite à l'apparition de nouvelles complications : suite à une nouvelle poussée de sa maladie, le patient est amputé de la phalange distale des quatrièmes doigts droit et gauche et du cinquième doigt gauche. Le mouvement de pince des mains, nécessaire pour la conduite classique, n'étant pas affecté par ces amputations, il n'y a pas eu lieu d'apporter des modifications à son permis de conduire ni de prévoir des aménagements spécifiques du véhicule.

Plusieurs années plus tard, en juin 2014, le patient ayant repris un tabagisme important, une nouvelle amputation est nécessaire, cette fois au niveau de la jambe droite, au même niveau que la gauche. L'opération se complique d'une infection du site opératoire entraînant un retard dans la prise en charge en rééducation, puis une décompensation cardiaque sur un terrain de coronaropathie, qui retarde à nouveau la rééducation. Un an plus tard, un appareillage est mis en place sur le côté droit, ainsi qu'une réadaptation de son ancienne prothèse du côté gauche. Le patient reprend progressivement la marche dans le service de rééducation. Pendant cette période qui a duré un peu plus d'un an, le patient n'a pas pu conduire, son état général étant trop altéré. Suite à l'appareillage et à la reprise de la marche qui a suivi, monsieur L. a exprimé au médecin rééducateur le souhait de reprendre la conduite automobile rapidement.

En juin 2015, le service de rééducation de l'hôpital de Brive met en relation le patient avec une auto-école locale qui propose différents types d'aménagements du véhicule d'apprentissage, adaptables selon le type de handicap. Un premier bilan de conduite est réalisé par l'auto-école en présence d'une ergothérapeute du service, qui se révèle concluant. L'auto-école, suite aux recommandations de l'ergothérapeute, avait équipé le véhicule d'un système d'accélérateur par cerclage au dessus du volant, et la commande de freinage côté main droite du conducteur en arrière du volant. Le véhicule était doté d'une boîte automatique. Il n'y avait alors aucunement besoin d'utiliser les membres inférieurs pour conduire ce véhicule. Le patient décide de continuer les leçons de conduite, un dizaine d'heures sont programmées pour l'apprentissage de cette nouvelle façon de conduire.

Les leçons de conduite suivantes se déroulent également dans le cadre de son séjour en rééducation, le véhicule venant le chercher dans le service et le ramener à l'issue du cours. Les frais de l'auto-école sont à la charge du patient. Le ressenti du patient est très positif, il se déclare satisfait de l'aménagement du véhicule et trouve le système intuitif.

A la fin des leçons de conduite, le patient prend rendez-vous avec un médecin agréé pour la conduite automobile par la préfecture de Corrèze à Ussel. Il se rend sur place avec ses documents médicaux, courriers d'hospitalisation et ordonnances. Un examen médical standard est réalisé, puis quelques spécificités : examen visuel avec champ visuel,



amplitudes articulaires et force musculaire des membres supérieurs, capacité à serrer des objets avec ses mains. Les prothèses des membres inférieurs n'ont pas été testées à ce moment. Un certificat médical est alors remis au patient avec la présence de restrictions : véhicule doté d'une boîte automatique, et système de commandes d'accélérateur et de freinage entièrement au volant, sans utilisation de pédalier.

Le patient fourni le certificat à l'auto-école qui le fait suivre au service des permis de conduire de la préfecture, et une évaluation de la conduite avec aménagements est organisée : avec le véhicule habituel de l'auto-école, équipé des commandes au volant, en présence d'un examinateur du permis de conduire et du moniteur d'auto-école. L'examen s'étant déroulé sans incident, le permis de conduire B lui est confirmé sans limite de validité dans le temps, avec les mesures restrictives préconisées par le médecin agréé (15, 20 et 25 ,Illustration 12).

Le patient a fait équiper son véhicule (un Renault Captur en boîte automatique) dans un garage agréé à réaliser les aménagements pour conducteurs handicapés. L'installation du système de cerclage au-dessus du volant pour l'accélération et du freinage par commande manuelle lui est revenu à 2400 €. Le système est entièrement déconnectable par un simple bouton pour pouvoir être conduit de manière classique par un autre conducteur (les pédales de frein et d'accélérateur étant physiquement présentes, cf illustrations 10 et 11). Le patient avait fait une demande de financement via l'assistante sociale auprès de la MDPH (Maison Départemental Pour le Handicap), mais vu le délai d'obtention du financement d'environ 6 mois, il a préféré retirer son dossier et financer les travaux par lui-même. Cet aménagement n'est pas considéré comme aménagement fixe vu qu'il est réalisé sur un véhicule et non dans une maison/appartement, par conséquent, il n'a pas eu de droit à la défiscalisation.

Actuellement, le patient conduit son véhicule sans difficulté apparente, et ne décrit pas de fatigabilité plus importante qu'avant au niveau de la conduite. Il effectue régulièrement des trajets Ussel-Brive aller retour dans la même journée.



Illustration 10: accélérateur au volant



Illustration 11: freinage manuel

	9.	10.	11.	12.
246729	AM	19.01.13	---	---
6762	A1	19.05.67	---	---
	A2	---	---	---
	A	---	---	---
	B1	19.05.67	---	---
	B	19.05.67	---	15;20;25
	C1	06.06.67	---	---
	C	---	---	---
	D1	06.06.67	---	---
	D	---	---	---
	BE	---	---	---
	C1E	06.06.67	---	---
	CE	---	---	---
	D1E	06.06.67	---	---
	DE	---	---	---
	(B)	79(>3500KG)		
12.				
	01			

153412002143

12.

1. Nom 2. Prénom 3. Date et lieu de naissance 4a. Délivré le 4b. Expire le 4c. Délivré par 5. N° de permis 10. Depuis le 11. Jusqu'au 12. Codes

Illustration 12: mentions additionnelles du permis de conduire de M. Gilles L.

VI. Analyse

A l'issue de ces recherches, il apparaît que le patient est le principal acteur de la démarche de régularisation de son permis de conduire. Or, la plupart du temps, il ignore la nécessité de régularisation de son permis de conduire suite à l'apparition d'un handicap moteur.

Le rôle du médecin, notamment le médecin traitant, est de dépister les séquelles orthopédiques entraînant une déficience, d'informer le patient quant à l'obligation légale de régulariser son permis de conduire. Cette situation étant protégée par le secret médical, il incombe au médecin de convaincre le patient de l'efficacité de la démarche, le patient restant libre de suivre ou non ce conseil. La traçabilité de la délivrance de l'information est alors primordiale du point de vue médico-légal, puisqu'il appartient au médecin de prouver qu'il a bien délivré cette information.

La démarche de régularisation du permis de conduire passe en premier lieu par la consultation d'un médecin généraliste agréé par la préfecture pour les permis de conduire. Il ne peut s'agir du médecin traitant du patient. Cette consultation coûte 36 €, elle n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Après examen clinique du patient et un éventuel avis d'un confrère spécialiste, le médecin agréé délivre un certificat médical au patient.

Le certificat médical est donné au patient, qui a la charge de le faire parvenir à la préfecture. Il établit 4 situations : apte, apte temporaire, apte avec restrictions, inapte.

Si le patient est apte, la préfecture met à jour le permis de conduire, qui reste valable à vie, sous réserve d'un nouvel événement.

Si le patient est apte temporaire, la préfecture délivre un permis de conduire habituel avec une durée de validité qui peut être variable selon la pathologie. A l'issue de cette période, le patient doit revoir un médecin agréé qui réévalue la situation et établit un nouveau certificat médical.

Si le patient est apte avec restrictions, la préfecture délivre un permis de conduire avec des mentions restrictives, qui peuvent être un port de prothèses, un dispositif de correction de la vision, la conduite d'un véhicule aménagé (en spécifiant le type d'aménagements) ou le non-port de la ceinture de sécurité. Dans le cas d'aménagement du véhicule, le patient doit rencontrer l'inspecteur du permis de conduire pour définir le type précis d'aménagements du véhicule, apprendre à les utiliser en prenant des cours de conduite dans une auto-école adaptée, passer une évaluation de conduite avec l'inspecteur précédemment rencontré. Suite à la validation des adaptations du véhicule, le patient doit faire installer les éléments en question sur son véhicule dans un garage agréé.

Si le patient est inapte, son permis lui est alors retiré et la conduite automobile interdite. Il ne peut pas lui être conseillé l'utilisation d'une voiture sans permis, le patient doit alors trouver d'autres moyens de déplacement ou l'aide de tierces personnes.

En cas de litige avec le certificat médical établi par le médecin agréé, le patient peut saisir une commission médicale d'appel auprès de la préfecture, qui statuera sur son cas.

La fiche d'information en illustration ci-dessous est destinée aux médecins généralistes, elle synthétise le parcours de la reprise de la conduite automobile et la place du médecin dans cette démarche.



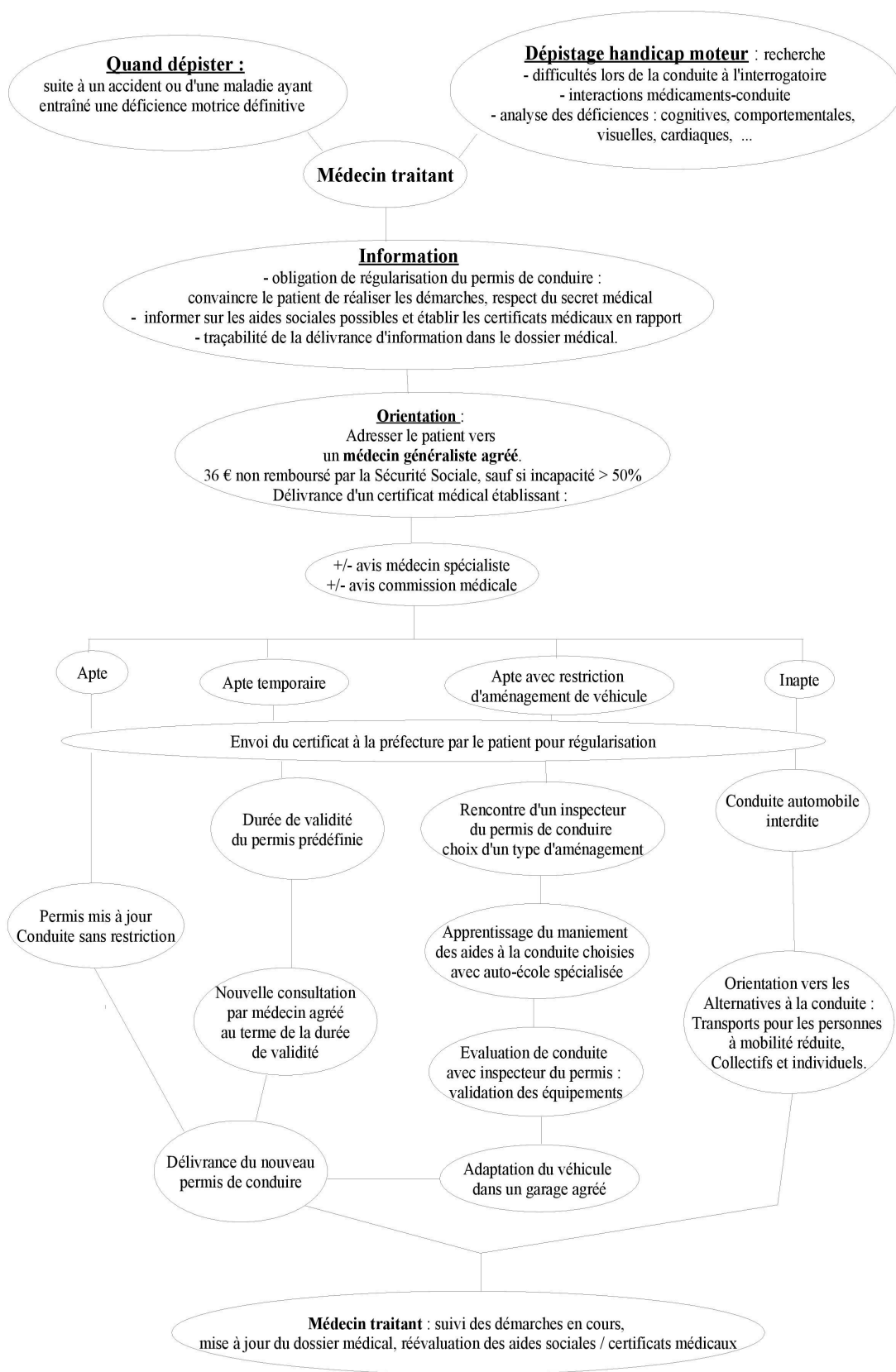


Illustration 13: Fiche synthèse sur la reprise de la conduite automobile suite à l'apparition d'un handicap moteur.

VII. Discussion

La conduite automobile est un élément majeur de l'autonomie des patients, il est essentiel de la préserver au maximum. La survenue d'un handicap moteur remet en cause la validité du permis de conduire, obligatoire en France pour conduire une voiture. La législation française ne prévoit pas de visite médicale systématique ni pour l'obtention ni pour le maintien du permis de conduire. Il appartient au conducteur de déclarer toute pathologie interférant avec la conduite telle que définie dans l'arrêté du 18 décembre 2015. Le patient présentant une telle pathologie ne peut deviner qu'il ne peut pas conduire. Il appartient donc au médecin qui pose le diagnostic d'alerter sur le risque lié à la conduite automobile, et de conseiller le patient sur la démarche à suivre.

A l'heure actuelle, la conduite automobile est indispensable pour accomplir toutes les activités de la vie quotidienne sans contrainte. Que ce soit pour aller faire ses courses, aller au travail, faire des activités ludiques, la voiture permet de se déplacer rapidement sur de longues distances sans fatigue. Avec l'extension de l'urbanisme, les services utiles au quotidien sont de plus en plus éloignés du domicile. Le fait de pouvoir conduire soi-même son véhicule permet d'être indépendant vis-à-vis d'une tierce personne. L'impact de la conduite automobile est par conséquent très fort sur la qualité de vie d'une personne.

La survenue d'un handicap moteur est une contre-indication temporaire à la conduite automobile, valable tant que le permis de conduire n'est pas mis à jour. Cela aggrave la dépendance de la personne souffrant d'un handicap, qui se retrouve dépendante de tierces personnes pour tous ses déplacements. La reprise du travail est également compromise dans cette situation. Il est donc important pour le confort de vie de pouvoir régulariser son permis de conduire le plus rapidement possible. En cas d'inaptitude à la conduite, le patient doit en être informé rapidement afin de pouvoir trouver des alternatives à la conduite.

Dans le contexte de l'apparition d'un handicap moteur, quelle qu'en soit l'origine, la marche à suivre standard est décrite dans l'analyse de cette thèse. La seule recommandation médicale émise sur le sujet concerne les patients atteints d'une lésion cérébrale acquise non évolutive, décrite dans le chapitre II.2. Cette recommandation préconise d'aller un peu plus loin dans la démarche de reprise de conduite, principalement en proposant dans un premier temps que les patients soient évalués dans les services de médecine physique et de rééducation par une équipe pluridisciplinaire, avec au moins un médecin et un ergothérapeute.

Le développement d'accueils de jour dans les unités de médecine physique et de rééducation dédiés à l'évaluation de la conduite automobile prend ici tout son sens pour apporter une évaluation précise des capacités de conduite. La principale difficulté réside dans la sélection des patients à orienter vers ces évaluations de conduite : si la recommandation de la HAS se prononce dans le cadre des lésions cérébrales acquises non évolutives, comment sélectionner les autres patients ? Faut-il être systématique et adresser tout patient nécessitant une réévaluation du permis de conduire ou au contraire faut-il laisser



les médecins agréés demander une expertise d'essai sur route pour les situations qui ne leurs paraissent pas claires ?

Dans un deuxième temps, le patient réalise un essai de conduite automobile sur route avec une auto-école partenaire au cours duquel l'ergothérapeute accompagne et conseille le patient sur le choix des équipements adaptés à son handicap. Les simulateurs de conduite vont probablement prendre une place de plus en plus importante dans l'évaluation de la conduite, mais ils ne sont actuellement pas validés sur le plan scientifique. Leur intérêt par rapport à la conduite sur route avec une auto-école reste donc discutable au cas par cas. Ils peuvent tout de même apporter une aide pour les patients anxieux à l'idée de reconduire, qui seront initialement plus en confiance avec un simulateur qu'avec une auto-école. Le coût financier d'un simulateur de conduite reste cependant un frein à son développement, surtout en comparaison à un essai de conduite sur route qui est financé par le patient lui-même.

La rencontre de l'inspecteur du permis de conduire arrive ici dans un troisième temps. Celui-ci a, dans cette situation, un rôle purement administratif de validation des équipements ou adaptations choisies et non plus un rôle de conseil.

Actuellement, des services de Médecine Physique et de Rééducation (MPR) accueillent des patients spécifiquement pour la reprise de la conduite automobile en se basant toujours sur cette recommandation. L'avantage de cette évaluation intra-hospitalière est d'avoir a priori une meilleure adhésion à la démarche de régularisation du permis de conduire. La limite concerne les patients souffrant d'un handicap qui ne passent pas dans les services de MPR, et ne bénéficient donc pas de cette prise en charge, à moins d'y être adressés spécifiquement.

D'un point de vue théorique, la recommandation de la HAS peut être étendue à toutes les situations de handicap moteur. D'un point de vue pratique, il faut prendre en compte les difficultés techniques de la mise en place systématique d'une telle démarche. Mais le résultat d'un tel exercice paraît intéressant pour le médecin agréé : un rapport de l'essai de conduite automobile permet au médecin d'affiner son expertise, d'avoir un éclairage différent sur les capacités de conduite en situation réelle. Le médecin pourrait ainsi prendre en compte l'aspect fonctionnel du patient dans son analyse globale, et prendre une décision d'aptitude à la conduite la plus juste possible.

La première information sur la conduite automobile doit être donnée par le médecin faisant le diagnostic du handicap. Ce diagnostic est souvent fait à l'hôpital, et le patient est libre de suivre ces recommandations. Le rôle du médecin traitant, qui assure le suivi régulier et la coordination du parcours de soins du patient, est de s'assurer dans un premier temps que le patient a reçu et compris l'information, et dans un deuxième temps qu'il effectue bien la régularisation de son permis de conduire. Le médecin traitant connaît bien son patient et a une relation de confiance réciproque, ce qui est primordial pour s'assurer de la compliance du patient.

En France, le secret médical ne peut pas être levé dans cette situation, quelle que soit la gravité et la nature du handicap. Le rôle du médecin est par conséquent purement informatif. Il faut convaincre le patient de suivre le parcours de régularisation. La survenue d'un handicap moteur est corrélée à une souffrance psychique qui ne favorise pas la bonne

adhésion du patient aux soins et aux recommandations du corps médical. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'on explique au patient qu'il ne peut plus conduire tant que son permis de conduire n'est pas régularisé. L'annonce de cette nouvelle doit par conséquent être réalisée avec tact et mesure, et insister sur le fait que l'interdiction de conduite n'est pour l'instant que temporaire. Le but de la régularisation est bien de permettre au maximum de personnes de conduire, mais en sécurité avec si nécessaire des adaptations du véhicule. En cas de refus initial, le médecin traitant, qui voit le patient régulièrement, peut réexpliquer à plusieurs reprises le bien fondé de cette démarche, et ainsi tenter de raisonner son patient.

Dans ce contexte, la recommandation de la HAS étudiée précédemment préconise de délivrer l'information en présence d'un accompagnant, de préférence la personne de confiance du patient. En cabinet de médecine de ville, il s'agira le plus couramment du conjoint ou des ascendants / descendants. La présence d'une tierce personne permet non seulement de mettre en confiance le patient mais aussi d'avoir un moyen de pression détourné. En effet, la législation interdit à tout médecin de dénoncer un patient.

En revanche, il existe une possibilité de visite médicale obligatoire : si une personne prévient la préfecture qu'un conducteur présente visiblement des difficultés à conduire, le préfet peut demander une expertise médicale du patient qui sera obligé de s'y soumettre. Il pourrait s'agir par exemple de la personne de confiance ayant participé à la réunion d'information sur le permis de conduire qui, devant le refus du patient de se soumettre de lui même à la régularisation du permis, décide d'avertir la préfecture du potentiel risque pour la sécurité routière de laisser le patient conduire. Toutefois, il apparaît peu déontologique que ce soit le médecin qui délivre cette possibilité de délation à la personne de confiance, cela pourrait être considéré comme un détournement du secret médical.

Il convient de préciser que, théoriquement, le rôle de la personne de confiance est d'accompagner le patient dans ses démarches et rendez-vous médicaux, et d'être consultée par les médecins pour rendre compte des volontés du patient lorsque celui-ci ne peut être consulté. Dans cette situation, le rôle de la personne de confiance est ambigu : en effet, le patient est apte à prendre et exprimer la décision de se conformer ou non à la régularisation du permis de conduire. Le rôle de la personne de confiance n'est pas de décider à l'encontre de la volonté du patient. D'un point de vue déontologique, par rapport au secret médical, ne faut-il pas informer au préalable le patient qu'une information va être donnée sur ses capacités à la conduite ? D'un point de vue éthique, la personne de confiance peut-elle réellement dénoncer à la préfecture un patient qui refuse de régulariser son permis de conduire ? Son rôle ne devrait-t-il pas se limiter à convaincre le patient d'adhérer à la démarche de reprise de conduite, comme le médecin ?

Les médecins ne reçoivent pas de formation spécifique sur le sujet des contre-indications médicales à la conduite automobile lors de leurs études. Des informations sont délivrées de manière occasionnelles, lors de formations médicales continues, via des revues médicales. Plus récemment, le conseil de l'ordre des médecins a adressé aux médecins des plaquettes d'informations générales sur la conduite automobile, mais décrire précisément le parcours de reprise de la conduite automobile. Il apparaît important que les médecins puissent avoir accès à une information simple, synthétisant l'ensemble de la démarche de régularisation du permis de conduire, afin de pouvoir informer à leur tour les patients. Dans ce sens, la diffusion d'une fiche explicative synthétisant ce parcours à l'ensemble des



médecins généralistes permettrait d'avoir un support à conserver pour informer les patients lorsque le cas se présente. En effet, cette situation n'étant pas fréquente dans le travail quotidien d'un médecin généraliste, la présence d'un support écrit auquel se référer est importante. On peut également envisager que le médecin laisse au patient qu'il informe la fiche dont il se sert, pour que celui-ci ait un support écrit auquel se référer.

Par ailleurs, le rôle du médecin traitant dans la reprise de la conduite automobile ne doit pas se limiter à l'information et à l'explication du parcours de reprise de la conduite, il doit aussi aider son patient sur le plan des aides sociales. Pour percevoir les différentes aides évoquées, comme la PCH, l'AGEFIPH,.... le patient doit fournir un certificat médical adéquat rédigé par son médecin. Le coût financier de la régularisation du permis peut être élevé, et alourdi par un aménagement du véhicule. Pour une meilleure adhésion du patient au programme, le médecin doit aider son patient à percevoir les aides financières disponibles. La communication avec les travailleurs sociaux est primordiale dans ce contexte, puisque ce sont eux qui orientent le patient vers les aides sociales auxquelles ils ont droit.

Les biais de cette étude sont essentiellement représentés par le nombre de sources étudiées comparées à la multitudes de sources d'informations sur le sujet, mais aussi par le fait que la législation est en perpétuel renouvellement, ce qui implique de mettre à jour régulièrement les informations.

La question du vieillissement se pose également dans cette thèse : les personnes âgées peuvent présenter des difficultés motrices d'apparition progressives, et s'habituer à conduire en adaptant d'elles-mêmes leur conduite. Dans ce contexte, faut-il prévoir un dépistage de masse avec une consultation médicale systématique comme dans certains pays ou rester sur un dépistage individuel en sensibilisant les acteurs concernés, à savoir médecins et patients ? Autant de questions qui sont à l'heure actuelle en attente de décision de la part du législateur.

Conclusion

La reprise de la conduite automobile suite à l'apparition d'un handicap moteur est une étape importante pour l'autonomie des patients, qui passe obligatoirement par une régularisation du permis de conduire auprès des services de la préfecture. Le patient est acteur dans cette étape. Le rôle du médecin est de l'accompagner : l'informer de l'existence de cette obligation, l'aider à obtenir les aides sociales justifiées, l'orienter vers le bon interlocuteur, en l'occurrence le médecin généraliste agréé par la préfecture pour la conduite automobile. Le médecin agréé statue sur la capacité médicale à conduire. Pour ce faire, l'évaluation de conduite préalable dans les centres de médecine physique et de rééducation peut permettre d'améliorer la prise en charge des patients effectuant une régularisation du permis, il serait intéressant d'en évaluer la portée. Mais l'avenir ne sera-t-il pas modifié par l'arrivée sur le marché des voitures autonomes ?



Références bibliographiques

1. A CRITICAL VIEW OF DRIVER BEHAVIOR MODELS: - 1985_criticial_view.pdf [Internet]. [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: http://jamichon.nl/jam_writings/1985_criticial_view.pdf
2. Analyse de l'activité de conduite par les chaînes de Markov cachées et les modèles de ruptures multi-phases: méthodologie et applications [Internet]. [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00543729/document>
3. Permis de conduire et mauvaise vision [Internet]. SNOF. [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.snof.org/encyclopedie/permis-de-conduire-et-mauvaise-vision>
4. Arrêté du 18 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.
5. sfcario Recommandations [Internet]. [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: http://www.sfcario.fr/sites/default/files/Groupes/GERS/Actualites/reco_referentiel_gers_long_2011.pdf
6. somnolence-diurne par Billiard [Internet]. [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.sfrms-sommeil.org/wp-content/uploads/2012/10/somnolence-diurne.pdf>
7. VERCUEIL L. EPILEPSIE & TRAVAIL / FICHE PRATIQUE : Conduites de véhicules à moteur : quelles réglementations ? [Internet]. Ligue Française contre l'Epilepsie - LFCE. [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: http://www.lfce.fr/EPILEPSIE-TRAVAIL-FICHE-PRATIQUE-Conduites-de-vehicules-a-moteur-queelles-reglementations_a620.html
8. Reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive [Internet]. [cité 14 mars 2017]. Disponible sur: http://www.sofmer.com/download/sofmer/RCALC_reco1.pdf
9. argumentaire_250116_def.pdf [Internet]. [cité 11 août 2017]. Disponible sur: http://www.ifsttar.fr/fileadmin/redaction/Actualites/argumentaire_250116_def.pdf
10. Mise au Point / médicaments et conduite automobile - faff1e402339cd443a9894792f20d31d.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2017]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/faff1e402339cd443a9894792f20d31d.pdf
11. Actualisation de la liste des médicaments du système nerveux central pouvant altérer la conduite automobile - Point d'information - ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Actualisation-de-la-liste-des-medicaments-du-systeme-nerveux-central-pouvant-alterer-la-conduite-automobile-Point-d-information>
12. Les commentaires du code de déontologie | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>
13. Évaluation médicale de l'aptitude à la conduite automobile au sein de l'Union européenne - 1-s2.0-S0755498215001451-main.pdf [Internet]. [cité 2 août 2017].

Disponible sur: http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unilim.fr/S0755498215001451/1-s2.0-S0755498215001451-main.pdf?_tid=da7f0718-7753-11e7-8c76-00000aab0f27&acdnat=1501658949_7829df8c2c2aa7606eec305729af4e59

14. Évaluation-de-la-capacité-de-conduire-2009.pdf [Internet]. [cité 21 sept 2017]. Disponible sur: <https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/%C3%89valuation-de-la-capacit%C3%A9-de-conduire-2009.pdf>
15. Enquete sur les pratiques des médecins en commission médicale INSERR juillet 2014.
16. Nouvelles modalités d'agrément pour les médecins qui assurent les visites médicales du permis de conduire | Visites médicales du permis de conduire [Internet]. [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.visite-medicale-permis-conduire.org/mises-au-point/nouvelles-modalites-agrement-medecins-visites-medicales-permis-conduire>, <https://www.visite-medicale-permis-conduire.org/mises-au-point/nouvelles-modalites-agrement-medecins-visites-medicales-permis-conduire>
17. Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite.
18. Médecins aptitude à la conduite | Institut national de sécurité routière et de recherches [Internet]. [cité 29 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.inserr.fr/formation-categorie/medecins-aptitude-la-conduite>
19. Le prix des visites médicales du permis de conduire a changé au 1 mai 2017 | Visites médicales du permis de conduire [Internet]. [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.visite-medicale-permis-conduire.org/selection-des-derniers-textes-parus-au-journal-officiel-dans-le-domaine-de-la-conduite/prix-visites-medicales-permis-conduire-modifie>, <https://www.visite-medicale-permis-conduire.org/selection-des-derniers-textes-parus-au-journal-officiel-dans-le-domaine-de-la-conduite/prix-visites-medicales-permis-conduire-modifie>
20. Document1 - cerfa_14880.pdf [Internet]. [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: file:///C:/Users/matgu/AppData/Local/Temp/cerfa_14880.pdf
21. Visite médicale chez un médecin agréé par le préfet de police consultant en cabinet - La préfecture de Police [Internet]. [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.prefecturedepolice.interieur.gouv.fr/Demarches/Particulier/Permis-de-conduire-et-papiers-du-vehicule/Permis-de-conduire/Visite-medicale-chez-un-medecin-agree-par-le-prefet-de-police-consultant-en-cabinet>
22. Collège national de pneumologie [Internet]. [cité 8 déc 2017]. Disponible sur: http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2017/04/item-73_Tabac-2017_04.pdf
23. abrege-hge-cd_2015_chap01_item74_ue3.pdf [Internet]. [cité 8 déc 2017]. Disponible sur: https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/Abrege-HGE/abrege-hge-cd_2015_chap01_item74_ue3.pdf
24. Comment les médecins évaluent la consommation d'alcool des conducteurs lors des visites médicales du permis de conduire ? | Visites médicales du permis de conduire [Internet]. [cité 8 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.visite-medicale-permis-conduire.org/mises-au-point/medecins-consommation-alcool-conducteurs-visites-medicales-permis-conduire>, <https://www.visite-medicale-permis-conduire.org/mises-au-point/medecins-consommation-alcool-conducteurs-visites-medicales-permis-conduire>



25. Arrêté du 4 août 2014 modifiant l'arrêté du 20 avril 2012 fixant les conditions d'établissement, de délivrance et de validité du permis de conduire.
26. Quel permis pour quelle catégorie de véhicules ? [Internet]. [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12096>
27. CEREMH - Passer son permis de conduire [Internet]. [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.automobile.ceremh.org/index.php?espace=2&ppPage=2>
28. Arrêté du 19 février 2010 relatif aux modalités de l'épreuve pratique de l'examen du permis de conduire de la catégorie B et de la sous-catégorie B1.
29. Guide-vehicules-2014-2015.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.apc-handicap.org/wp-content/uploads/2016/12/Guide-vehicules-2014-2015.pdf>
30. MDPH de la Corrèze (19): Formulaire de demandes [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <http://annuaire.action-sociale.org/MDPH/MDPH-19-Corr%C3%A8ze/Formulaires.html>
31. mode d'emploi Vdef octobre 2009 - mode_d_emploi_certificat_mdph_octobre_2009.pdf [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/mode_d_emploi_certificat_mdph_octobre_2009.pdf
32. Aides à la compensation du handicap - Compensation du handicap - Personne handicapée - agefiph [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: https://www.agefiph.fr/Personne-handicapee/Compensation-du-handicap/Aides-a-la-compensation-du-handicap#ss_article_1



Annexes

Annexe 1. Extrait de l'arrêté du 15 décembre 2015 concernant l'appareil locomoteur.....	78
Annexe 2. Fiche d'évaluation de conduite proposée par la HAS.....	79
Annexe 3. Synthèse de la recommandation de bonne pratique de la HAS.....	80
Annexe 4 . Synthèse de la reprise de la conduite automobile (Tableau de l'HAS).....	83
Annexe 5. Document certifiant la délivrance d'information sur la reprise de la conduite du CH Brive.....	84
Annexe 6. Certificat médical concernant le permis de conduire, volets 1 et 2.....	85



Annexe 1. Extrait de l'arrêté du 15 décembre 2015 concernant l'appareil locomoteur.

29 décembre 2015

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 54 sur 159

	ischémiques transitoires	à toute reprise de la conduite ; compatibilité temporaire : 1 an.
	4.7.3 : Infarctus cérébral	Incompatibilité temporaire selon la nature du déficit (cf. 4.4.1 ; 2.1.2). Avis spécialisé si nécessaire.
4.8. Psychose aiguë et chronique		Incompatibilité en cas de manifestations cliniques pouvant interférer avec la conduite automobile. Compatibilité temporaire éventuelle en cas de rémission confirmée par des examens régulièrement renouvelés (voir 4.2). Avis spécialisé nécessaire qui s'appuiera sur les indications du médecin traitant. Tout trouble mental ayant entraîné une hospitalisation d'office nécessite l'avis du psychiatre agréé, autre que celui qui soigne le sujet, préalablement au passage de l'intéressé devant le médecin agréé.
4.9. Pathologie interférant sur la capacité de socialisation	4.9.1 : Analphabétisme	Avis spécialisé en cas d'incapacité d'apprendre à lire par insuffisance psychique (et non par illettrisme).
	4.9.2 : Déficience mentale majeure, altération majeure des capacités de socialisation.	Avis spécialisé.
CLASSE V : APPAREIL LOCOMOTEUR		
<p>L'évaluation des incapacités physiques doit reposer essentiellement sur des constatations permettant de déterminer si l'incapacité constatée risque d'empêcher une manœuvre efficace et rapide et de gêner le maniement des commandes en toutes circonstances, et notamment en urgence. Un test pratique est, si nécessaire, effectué.</p> <p>Pour les permis A1, A2 et A, dans les cas exceptionnels où l'aptitude médicale peut être envisagée, l'avis de l'inspecteur du permis de conduire et de la sécurité routière sera recueilli lors d'un test pratique préalable à l'examen, ou à la régularisation du permis de conduire (il sera contacté avant toute décision d'aménagement) : l'efficacité des appareils de prothèse et l'aménagement du véhicule conseillés par les médecins sont appréciés et vérifiés par l'expert technique. Il s'assurera qu'avec ces dispositifs l'évaluation de la capacité médicale et des comportements confirme que la conduite n'est pas dangereuse. Une concertation entre le médecin et celui-ci, préalable à toutes les décisions d'aménagement dans les cas difficiles (voire en cas d'avis divergents), sera envisagée si nécessaire conformément à la réglementation en vigueur.</p> <p>Lorsque le handicap est stabilisé, et en l'absence de toute autre affection pouvant donner lieu à un permis temporaire, le permis est délivré à titre permanent.</p> <p>L'embrayage automatique ou le changement de vitesses automatique, lorsqu'ils constituent la seule adaptation nécessaire, ne sont pas considérés comme des aménagements et autorisent l'attribution des permis B1 et B, mention restrictive : "embrayage adapté" et/ou "changement de vitesse adapté" (codes 10 et/ou 15).</p>		
	catégories A1, A2, A	catégories B, B1 et BE
5.1. Membres supérieurs	Le médecin agréé tiendra compte de la valeur fonctionnelle du membre supérieur dans son ensemble.	



		La qualité des moignons bien étoffés et non douloureux, le jeu actif et passif des différentes articulations et leur coordination doivent permettre une prise fonctionnelle avec possibilité d'opposition efficace	
	5.1.1 : Doigts mains	Incompatibilité de toute lésion gênant les mains ou les bras dans la triple fonction de maintien du guidon, de rotation des poignées ou de manœuvre des manettes. Dans certains cas de réadaptation exceptionnelle, la capacité de conduite est laissée à l'appréciation du médecin agréé. La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap, de l'appareillage et de l'adaptation fonctionnelle. Avis spécialisé obligatoire et voir préambule.	Compatibilité si la pince est fonctionnelle, avec opposition efficace.
	5.1.2 Pronosupination	L'absence ou la diminution notable de la fonction de pronosupination nécessitent, si besoin, un avis spécialisé.	
	5.1.3 Amputation main, avant-bras, bras	Incompatibilité (voir paragraphe 5.1.1).	Compatibilité sous réserve d'un aménagement du véhicule.
	5.1 A : Raideurs des membres supérieurs	Avis spécialisé si nécessaire, en cas de lésions fixées des nerfs, des os, des articulations, des tendons ou des muscles entraînant une diminution importante de la fonction.	Avis spécialisé si nécessaire, en cas de lésions fixées des nerfs, des os, des articulations, des tendons ou des muscles entraînant une diminution importante de la fonction.
		Les ankyloses, les arthrodèses du coude et de l'épaule non douloureuses en position de fonction pour la conduite automobile sont compatibles.	
5.2. Membres inférieurs	5.2.1 Amputation jambe	La capacité à conduire est laissée à l'appréciation du médecin agréé (voir "préambule"). La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation	La nécessité d'un aménagement sera envisagé en fonction du handicap, de

	fonctionnelle à l'appareillage. Avis spécialisé, si nécessaire et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.	son évolutivité, de la qualité du moignon et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage. L'embrayage automatique, lorsqu'il constitue la seule adaptation nécessaire, n'est pas un aménagement et autorise l'attribution d'un permis B, mention restrictive "embrayage automatique".
5.2.2 Amputation cuisse	: La capacité à conduire est laissée à l'appréciation du médecin agréé (voir "préambule"). La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage. Avis spécialisé obligatoire et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.	A gauche : compatibilité permis B, mention restrictive "embrayage automatique". A droite : compatibilité permis avec aménagement.
5.2.3 Ankylose, raideur, du genou	: La capacité à conduire est laissée à l'appréciation du médecin agréé (voir "préambule"). La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage. Avis spécialisé obligatoire et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.	Si la gêne fonctionnelle est importante : A gauche : compatibilité permis B avec embrayage automatique A droite : compatibilité avec aménagement.
5.2.4 Ankylose,	: La capacité à conduire est laissée à l'appréciation du médecin agréé (voir	Si la gêne fonctionnelle

raideur de la hanche	"préambule"). La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage. Avis spécialisé et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.	est importante A gauche : compatibilité et permis B avec embrayage automatique A droite : compatibilité avec aménagement.
5.2.5 : Lésions multiples des membres	Incompatibilité en cas d'atteinte de la fonction des deux membres supérieurs ou d'un membre supérieur et d'un membre inférieur. Dans les autres cas, la capacité à conduire est laissée à l'appréciation du médecin agréé (voir "préambule"). La nécessité de l'adjonction d'un side-car sera envisagée en fonction du handicap et de l'adaptation fonctionnelle à l'appareillage. Avis spécialisé obligatoire et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.	L'association de diverses lésions uni- ou bilatérales sera laissée à l'appréciation du médecin agréé. Avis spécialisé et vérification des capacités du conducteur par l'expert technique en cas de permis avec aménagement.
5.3. Rachis	Les mouvements de rotation doivent être conservés de manière satisfaisante : obligation, si nécessaire, de rétroviseurs bilatéraux additionnels et adaptés. En cas de lésion neurologique associée, outre l'atteinte motrice des membres, la stabilité du tronc et l'équilibre du bassin seront soigneusement évalués (compatibilité avec aménagements).	
5.4. Déficit moteur vasculaire, tumoral, infectieux et dégénératif, monoplégie, paralysie plexique, hémiplégie et paraplégie	post-traumatique, Selon la localisation voir 5.1, 5.2, 4.4, 4.5 et 4.7.	
CLASSE VI : PATHOLOGIE METABOLIQUE ET TRANSPLANTATION		
6.1. Insuffisance rénale traitée par épuration extra-rénale	Avis spécialisé, si nécessaire. En raison d'une baisse éventuelle de la vigilance due aux modifications hémodynamiques et métaboliques faisant suite à une séance de dialyse, l'heure précise de reprise de la conduite est laissée à l'appréciation du spécialiste.	
6.2. Diabète. Dans les paragraphes	6.2.1 : Traité par médicaments pour le	Cf. classe 1 et paragraphe 2.1. Avis spécialisé et contrôle médical régulier, adapté à chaque cas, dont

Annexe 2. Fiche d'évaluation de conduite proposée par la HAS.

Reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive

Annexe 13 Synthèse des éléments à observer lors d'une évaluation sur route

Situations Contrôles	Voie simple	Voie multiple	Ligne droite	Virage à droite / à gauche	Sens giratoire / rond-point	intersections	Changement de voie	Voie rapide / autoroute	Voie d'insertion	Suivi d'itinéraire	stationnement	Autre (dépassement, freinage d'urgence...)
	Contrôle du véhicule											
Positionnement sur la chaussée												
Gestion des trajectoires												
Adaptation de la vitesse												
Capacités d'adaptation / stratégie de compensation												
Capacités attentionnelles												
Prise en compte de l'environnement												
Anticipation												
Prise de décision / capacités de jugement												
Intervention (volant / frein)												
						commentaires						
Fatigabilité (perçue par l'examineur / ressentie par la personne)												
Capacité d'accès au poste de conduite / réglages												
Adaptation aux aménagements du poste de conduite												
Comportement												
Conscience des difficultés / auto-évaluation												
Conclusion pluriprofessionnelle												

Annexe 3. Synthèse de la recommandation de bonne pratique de la HAS.



SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive

Janvier 2016

En France, près de 300 000 personnes par an sont nouvellement victimes de lésions cérébrales acquises non évolutives (traumatisme crânien (TC), accident vasculaire cérébral (AVC), et autres lésions cérébrales acquises non évolutives (encéphalite, anoxie cérébrale, méningo-encéphalite).

La réglementation française impose à tout titulaire d'un permis B, de faire contrôler son aptitude médicale à la conduite, **dès lors qu'une ou plusieurs fonctions nécessaires à cette activité sont touchées**. Ce contrôle est réalisé par un médecin agréé par la préfecture qui est seul habilité à donner un avis d'aptitude qui est ensuite transmis au Préfet, pour décision. Ce contrôle peut favoriser la reprise de la conduite automobile, en proposant des aménagements du poste de conduite.

Les textes réglementaires imposent l'obligation d'un contrôle médical après un accident vasculaire cérébral. Ils ne l'imposent aux TC et autres lésions cérébrales acquises non évolutives, que dans le cas d'un retentissement sur les fonctions nécessaires à l'activité de conduite.

Cette recommandation définit, pour les personnes victimes de lésions cérébrales acquises non évolutives qui souhaitent continuer à conduire, et au regard des impératifs réglementaires en lien avec l'aptitude médicale à la conduite automobile :

- les modalités de repérage
- les modalités de l'évaluation
- l'accompagnement à mettre en place tout au long du parcours de soins.

En l'absence de littérature de fort niveau de preuve, chaque recommandation est avant tout fondée sur un accord d'experts

IL EST CONSEILLÉ DE REPREDRE LA CONDUITE AUTOMOBILE APRÈS...	
TC léger	- Un délai de 24 h
TC modéré à sévère	- Une évaluation pluriprofessionnelle des capacités de conduite automobile - Une consultation auprès du médecin agréé par la préfecture (obligation réglementaire)
AVC mineur sans prise en charge rééducative après hospitalisation initiale	- Un délai minimum de 15 jours - Un repérage des troubles visuels, sensitifs, moteurs, cognitifs et/ou comportementaux (réalisé par un médecin du parcours de soins ou par le médecin agréé par la préfecture) - Une consultation auprès du médecin agréé par la préfecture (obligation réglementaire)



IL EST CONSEILLÉ DE REPRENDRE LA CONDUITE AUTOMOBILE APRÈS...	
AVC modéré à sévère avec prise en charge rééducative après hospitalisation initiale	<ul style="list-style-type: none"> - Un délai minimum d'un mois - Une évaluation pluriprofessionnelle des capacités de conduite automobile - Une consultation auprès du médecin agréé par la préfecture (obligation réglementaire)
Autres lésions cérébrales « mineures »	<ul style="list-style-type: none"> - Un repérage des troubles visuels, sensitifs, moteurs, cognitifs et/ou comportementaux (réalisé par un médecin du parcours de soins) - Dans le cas de troubles repérés : <ul style="list-style-type: none"> - Une évaluation pluriprofessionnelle des capacités de conduite automobile - Une consultation auprès du médecin agréé par la préfecture (obligation réglementaire)
Autres lésions cérébrales « modérées à sévères »	<ul style="list-style-type: none"> - Une évaluation pluriprofessionnelle des capacités de conduite automobile - Une consultation auprès du médecin agréé par la préfecture (obligation réglementaire)

LES FONCTIONS À ÉVALUER	
Fonctions visuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Acuité visuelle - Champ visuel binoculaire - Motilité oculaire <p>→ Pour une négligence spatiale unilatérale clinique ou mise en évidence lors du bilan neuropsychologique, il est recommandé de contre-indiquer la reprise de la conduite</p>
Fonctions sensitives et motrices	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilité superficielle et profonde - Force et tonus musculaire - Amplitudes articulaires - Équilibre - Coordination <p>→ En cas de séquelles sensitives et/ou motrices nécessitant un aménagement du poste de conduite, il est recommandé qu'une période de formation à la maîtrise des aménagements soit consolidée par une évaluation sur route (voir ci-dessous le tableau « outils d'évaluation »)</p>

LES OUTILS D'ÉVALUATION	
Toutes lésions cérébrales	<p>FONCTIONS VISUELLES</p> <p>Champ visuel binoculaire type Goldmann (en cas de doute d'une atteinte des voies visuelles après évaluation clinique du champ visuel)</p>
Lésions cérébrales « mineures »	<p>FONCTIONS COGNITIVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretien si possible en présence d'un proche - la <i>Montréal Cognitive Assessment</i> (MoCA) pour déterminer la pertinence d'évaluations complémentaires



LES OUTILS D'ÉVALUATION	
Lésions cérébrales « modérées à sévères » ou « mineures » avec séquelles cognitives	<p>FONCTIONS COGNITIVES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un bilan neuropsychologique (réalisé avec des outils validés et normés comme la TAP -attention divisée, alerte phasique, champ visuel, balayage visuel, Go-No Go- les tests de barrage -D2-, le TMT-A et B, le Stroop, la figure de Rey, le Benton VRT...) <p>CAPACITÉS DE CONDUITE</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation sur route est l'outil qui apporte le plus d'informations. Elle se fait : <ul style="list-style-type: none"> - Sur un véhicule à double commande - Sur une durée d'au moins 45 minutes de conduite effective - Sur un parcours standardisé comprenant des situations de conduite variées <p>En présence de l'enseignant de la conduite et d'au moins un autre professionnel de santé (ergothérapeute et/ou neuropsychologue)</p>

LES MODALITÉS DE L'ÉVALUATION PLURIPROFESSIONNELLE	
Professionnels concernés par l'évaluation pluriprofessionnelle	<p>L'évaluation pluriprofessionnelle des capacités de conduite automobile est réalisée <i>a minima</i> par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un médecin - un ergothérapeute - un neuropsychologue - un enseignant de la conduite automobile
Synthèse de l'évaluation pluridisciplinaire	<p>La synthèse des conclusions de l'évaluation pluridisciplinaire des capacités de conduite automobile...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doit permettre de déterminer les éléments favorables et/ou défavorables à la reprise de la conduite automobile - Doit être tracée dans le dossier médical de la personne - Est réalisée par tous les professionnels ayant participé à l'évaluation - Est partagée avec la personne lors d'une restitution, réalisée si possible en présence d'un proche - Est remise à la personne sous forme d'un document qu'elle peut transmettre au médecin agréé par la préfecture ou tout autre médecin de son choix

ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE : INFORMATION, RÉÉDUCATION, RÉENTRAÎNEMENT	
Dans tous les cas : informations systématiques	<p>Il est recommandé que la personne soit systématiquement informée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la réglementation concernant la reprise de la conduite automobile après ce type de lésion - du retentissement potentiel de sa pathologie sur ses capacités de conduite - du processus d'évaluation dans sa globalité
En cas d'éléments défavorables à la reprise de la conduite automobile	<p>Il est recommandé que la personne soit informée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des possibilités éventuelles de rééducation et/ou de réentraînement à la conduite (maximum 10h, sans pouvoir en garantir l'efficacité) - des alternatives à la conduite
En cas d'éléments favorables à la reprise de la conduite automobile	<p>Il est recommandé que la personne soit informée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des démarches de régularisation du permis de conduire après consultation auprès du médecin agréé par la préfecture - de la mise en place des aménagements du poste de conduite et des aides financières mobilisables pour leur mise en œuvre.

Ce document présente les points essentiels de la recommandation de bonne pratique « Reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale acquise non évolutive » - Recommandation de bonne pratique – janvier 2016

Ces recommandations et l'argumentaire scientifiques sont consultables dans leur intégralité sur les sites des promoteurs : Comète France, SOFMER, FEDMER, IFSTTAR

Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la Haute Autorité de santé en janvier 2016



Annexe 4 . Synthèse de la reprise de la conduite automobile (Tableau de l'HAS)

(8)

Annexe 5 Tableau de synthèse : processus de reprise de la conduite automobile après lésion cérébrale acquise non évolutive

	TC léger*	TC modéré à sévère*	AIT	AVC mineur*, ischémique ou hémorragique	AVC modéré à sévère*, ischémique ou hémorragique	Autres pathologies (séquelles mineures)	Autres pathologies modérées à sévères
Libellé de l'arrêt du 31 août 2010	Réglementation : arrêté du 21 déc. 2005 modifié par l'arrêté du 31 août 2010 (annexe 1) – arrêté du 4 août 2014 (annexe 2)						
	TC léger*	TC modéré à sévère*	AIT	AVC mineur*, ischémique ou hémorragique	AVC modéré à sévère*, ischémique ou hémorragique	Autres pathologies (séquelles mineures)	Autres pathologies modérées à sévères
Information initiale du patient	<p>Info sur risque syndrome post-comotionnel et/ou syndrome de stress post-traumatique</p> <p>224h après le traumatisme [R3]</p> <p>Non, sauf syndrome post-comotionnel ou syndrome de stress post-traumatique [R4]</p> <p>Non, sauf en cas de syndrome post-comotionnel ou syndrome de stress post-traumatique avec trouble cognitif repéré lors de la consultation médicale [R4, R18]</p>						
Délaï recommandé avant reprise de la conduite automobile	224h après le traumatisme [R3]	A déterminer en fonction de l'état clinique. Pas de reprise avant évaluation pluriprofessionnelle des capacités de conduite* [R 5]	2-15 jours après AIT [R6]	2-15 jours après AVC mineur [R7]	2-1 mois après AVC modéré à sévère [R8]	Pas de délaï minimum, mais consultation médicale préalable à la reprise de la conduite [R9]	A déterminer en fonction de l'état clinique. Pas de reprise avant évaluation pluriprofessionnelle des capacités de conduite* [R 10]
Consultation médicale*, avis d'un médecin agréé*	Non, sauf syndrome post-comotionnel ou syndrome de stress post-traumatique [R4]	cf. évaluation pluriprofessionnelle des capacités de conduite*	Non, sauf apparition de nouveaux symptômes	Oui, sauf* et/ou* [R7 ; R18]	cf. évaluation pluriprofessionnelle des capacités de conduite*	Oui, sauf* [R9]	cf. évaluation pluriprofessionnelle des capacités de conduite*
Evaluation globale pluriprofessionnelle des capacités de conduite*, avis d'un médecin agréé*	Non, sauf en cas de syndrome post-comotionnel ou syndrome de stress post-traumatique avec trouble cognitif repéré lors de la consultation médicale [R4, R18]	Oui, sauf* et/ou* [R5 ; R11 ; R19 ; R21]	NON	En cas de séquelle cognitive repérée lors de la consultation médicale [R19 ; R21]	Oui sauf* et/ou* [R8 ; R11 ; R19 ; R21]	Non, sauf en cas de séquelle cognitive repérée lors de la consultation médicale [R18]	Oui, sauf* et/ou* [R10 ; R11 ; R19 ; R21]
Avis d'un médecin agréé* préalable à toute reprise de la conduite	NON, sauf en cas de séquelle neurologique (syndrome post-comotionnel ou de stress post-traumatique)	OUI	OUI	OUI	OUI	Non, sauf si séquelles neurologiques, comportementales et/ou cognitives	OUI

:: consultation médicale réalisée auprès du médecin traitant ou médecin spécialiste

1: sauf patient ne souhaitant pas reprendre la conduite [R 11]

2: sauf contre-indication médicale définie par l'arrêté, repérée au cours de la consultation médicale (épilepsie, trouble du champ visuel, etc...) [R 11]

Annexe 5. Document certifiant la délivrance d'information sur la reprise de la conduite du CH Brive.

CENTRE HOSPITALIER DE BRIVE

SERVICE DE MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

Téléphone : 05 55 92 60 05 - Fax : 05 55 92 79 53

Docteur F. FOUCHER-BARRES

Docteur H. BARRE

Docteur S. MALLET-GUY

REGLEMENTATION du PERMIS de CONDUIRE

Vous avez été victime d'un traumatisme crânien ou d'une maladie neurologique et vous envisagez de reprendre la conduite automobile. Nous vous conseillons au préalable de vous conformer à l'arrêté du 31 Août 2010 fixant la liste des affections médicales pour lesquelles une démarche spécifique est nécessaire.

En cas d'accident, vos responsabilités civile et pénale pourraient être engagées. Tout titulaire d'un permis de conduire doit se mettre en conformité avec sa situation.

A ce sujet, une plaquette vous expliquant les démarches à suivre vous a été remise.

Document remis en main propre à Mme, M.


Le

Signature :

Signature du médecin :



Annexe 6. Certificat médical concernant le permis de conduire, volets 1 et 2.



N° 14680*01

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-12 à R. 221-14, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

Numéro NEPH (Réservé à l'administration)

VOLET 1
Exemplaire n° 1
destiné
à la préfecture

1 À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT ET SANS RATURE

1-1

Nom de naissance (C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s) (Date / ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu) (ex : nom d'épouse)

Date de naissance : Jour Mois Année Sexe : Femme Homme Téléphone portable (Recommandé)

Commune de naissance Département ou Collectivité d'outre-mer

Pays (Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse : N° de la voie Extension : bis, ter, etc. Type de voie : avenue, boulevard, etc.

Nom de la voie

Complément d'adresse (Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidences - Lieu-dit - Boîte postale)

Code postal Commune

Courriel (Recommandé)

1-2

Catégorie(s) de permis demandé(s) (1) : AM A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Catégorie(s) déjà obtenue(s) (1) et (2) : AM A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s)

Taxi Ambulance Voiture de remise Ramassage scolaire Transport public de personnes

Transport public à moto Véhicule de tourisme avec chauffeur Enseignant de la conduite

1-3

Je soussigné(e), le (s) déclarant(e), atteste sur l'honneur que les renseignements de la présente demande sont exacts.

Fait le : / /

Je m'oppose à la réutilisation de mes données personnelles à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont collectées.

PHOTOGRAPHIE

La photo doit être collée ci-dessus à l'adhésif double face sans déborder du cadre interne et sans signe

SIGNATURE DU DEMANDEUR

La signature doit être apposée ci-dessus à l'encre noire et de manière appuyée sans déborder du cadre interne

CADRE RÉSERVÉ AU(X) MÉDECIN(S)

N° d'agrément(s)

Usager bénéficiaire de la gratuité de l'examen médical (joindre justificatif) (3)

REFUS DE SIGNATURE DE L'USAGER

Le ou les médecin(s)

certifie(nt) que M. Mme
après avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical de son aptitude temporaire, de son aptitude avec restrictions ou de son inaptitude, n'a pas voulu signer la déclaration prévue.

Signature ►

(1) Cocher la (les) case(s) appropriée(s). (2) Pièces justificatives à joindre à la demande
(3) Seuls les titulaires du permis de conduire pouvant présenter devant le ou les médecins agréés la décision de reconnaissance d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 50 % délivrée par le CDAPH, quelle que soit la nature de l'incapacité, peuvent bénéficier de la gratuité de l'examen médical.

2

Usager examiné : NCM

PRÉNOM

Né(e) le

- En cabinet médical En commission médicale primaire En commission médicale d'appel
- Autre structure médicale (préciser) : _____

3

Examens complémentaires demandés le _____

Tests psychotechniques réalisés le _____

4

4-1

Après contrôle médical, le médecin _____, consultant hors commission médicale :

- NE PRONONCE PAS D'AVIS ET RENVOIE L'USAGER DEVANT LA COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE.

4-2

Le(s) médecin(s) _____

et _____

agréé(s) par _____

le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° _____

, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

GROUPE LÉGER OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LÉGER

A1 A2 A B1 B B2

- Taxi Ambulance Voiture de remise
 Ramassage scolaire Transport public de personnes
 Transport public à moto Véhicule de tourisme avec chauffeur

- APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation
- APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à _____ et
à réexaminer par la commission médicale : oui non
- APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :
- dispositif de correction de la vision
 - port d'un appareil de prothèse
 - conduite d'un véhicule aménagé
 - dispense du port de la ceinture de sécurité
- INAPTE

Observations : _____

GROUPE LOURD OU ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELEVANT DU GROUPE LOURD

C1 C1E C CE D1 D1E D DE

- Enseignement de la conduite

- APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation
- APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à _____ et
à réexaminer par la commission médicale : oui non
- APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :
- dispositif de correction de la vision
 - port d'un appareil de prothèse
 - conduite d'un véhicule aménagé
 - dispense du port de la ceinture de sécurité
- INAPTE

Observations : _____

5

DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE

Je soussigné(e), M. Mme _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

6

Fait le : ____ / ____ / ____

Signature et cachet du ou des médecins

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical) (4)

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Reprise de la conduite automobile suite à l'apparition d'un handicap moteur

La survenue d'un handicap moteur doit entraîner la régularisation du permis de conduire auprès de la préfecture. Cette situation est peu connue du grand public ainsi que des médecins, alors que ces derniers ont un rôle important à jouer : le médecin généraliste a un rôle d'information auprès de ces patients, d'accompagnement et de suivi de ces démarches. En effet, le patient doit rencontrer un médecin généraliste agréé pour les permis de conduire. Cette visite médicale a pour but la réalisation d'un certificat médical établissant le niveau d'aptitude ou l'inaptitude à la conduite du patient. De ce certificat découle la possibilité de reprise de la conduite, avec ou sans aménagement du véhicule, ainsi que l'éligibilité aux différentes aides financières. Cette thèse permet d'établir une fiche synthétisant le parcours de reprise de la conduite automobile suite à l'apparition d'un handicap moteur, destinée aux médecins.

Mots-clés : conduite automobile, handicap moteur, permis de conduire, visite médicale, médecin agréé.

Driving again after the occurrence of a motor disability

The occurrence of a motor disability must lead to the regularisation of the driving licence in the prefecture. This situation is little known to the general public as well as doctors despite the fact the latter have an important part to play: the general practitioner has an information role with regard to these patients in addition to the support and the follow-up of these procedures. Indeed the patient must meet a driving licence registered general practitioner. This medical check-up aims at the realisation of a medical certificate establishing the level of proficiency or inability to drive for the patient. From this certificate derives the possibility to drive again - with or without the adjustment of the vehicle as well as the eligibility criteria for the various allowances and financial aid. This thesis enables to create a data sheet synthesizing the procedures needed to be allowed to drive again after the occurrence of a motor disability. This data sheet is aimed at doctors.

Keywords : driving, motor disability, driving licence, medical check-up, registered medical practitioner.

