

RESTRICTIONS MÉDICO-LÉGALES À LA CONDUITE AUTOMOBILE RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

PH. BOXHO (1), B. EUGENE-DAHIN (2), J. RAVACHE-QUIRINY (2), A. ABATI (3), M.F. KETTEL (4),
F. BEAUTHIER (4), PH. VANPARIJS (4), E. LEMAIRE (4), D. GIET (5)

RÉSUMÉ : La loi belge impose au médecin de prévenir son patient lorsqu'il constate une cause médicale d'inaptitude à la conduite automobile. Cet article passe en revue les défauts physiques et maladies, causes d'inaptitude médicale à la conduite, telles qu'elles sont énumérées et discutées dans les textes officiels. Ainsi sont détaillées les règles appliquées dans les affections neurologiques, les affections psychiques, l'épilepsie, la somnolence pathologique, les troubles loco-moteurs, les maladies du système cardiovasculaire, les troubles du rythme et de la conduction, les anomalies de pression artérielle, les affections des coronaires et du myocarde et les affections de l'appareil auditif et du système vestibulaire. Sont aussi résumées les normes concernant la fonction visuelle, l'usage de l'alcool, des substances psychotropes et des médicaments en général, les maladies du rein et du foie et le patient ayant subi une transplantation d'organe ou la mise en place d'un implant artificiel. La place de la responsabilité médicale, en particulier de la responsabilité du généraliste, est discutée.

MOTS-CLÉS : *Aptitude à la conduite automobile – Permis de conduire – Aspects médico-légaux*

MEDICO LEGAL ISSUES RELATED TO DRIVING : THE ROLE OF THE
GENERAL PRACTITIONNER

SUMMARY : The Belgian law requires that the physician informs his/her patient when he diagnoses a medical reason that makes him/her unfit to drive a vehicle.

This paper lists, as they appear in the official texts, the physical conditions and diseases which may be responsible for the inaptitude to drive. Thus are detailed the rules applied in the presence of neurological diseases, psychic disorders, epilepsy, pathological sleepiness, locomotive disorders, cardiovascular disease, rhythm or conduction disturbances, blood pressure abnormalities, coronary or myocardial disease, and hearing loss or vestibular problems. The reader will also find a summary of the rules related to visual ability, alcohol use, driving under the influence of psychotropic drugs, or medicines in general, renal or hepatic diseases, and to the patient who received an organ transplant or an artificial implant. The responsibility of the physician, primarily the general practitioner, may be involved in these matters; this issue is discussed.

KEYWORDS : *Aptitude to drive – Driving license – Medico-legal issues*

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est régulièrement amené à se prononcer sur l'aptitude à la conduite automobile d'un patient. Parfois la question vient du patient lui-même; plus souvent, c'est l'entourage de celui-ci qui s'inquiète. Les compagnies d'assurances ou encore des instances officielles au sens large s'adressent également au corps médical à ce sujet.

La gestion de ce type de problème n'est pas simple.

Elle fait bien sûr appel à des notions d'éthique et de déontologie médicale comme le bien public, l'autonomie du patient, les limites dans le respect secret médical (1). Ces dernières années, les législations au sujet de l'aptitude à la conduite automobile ont évolué dans de nombreux pays, engageant de diverses manières la responsabilité du médecin. Ces évolutions légales semblent souvent méconnues des médecins (2, 3). A l'image d'autres publications internationales (4, 5, 6, 7), cet article a pour objet de donner aux médecins un aperçu des dispositions légales d'application en Belgique.

Les accidents de roulage sont le plus souvent dus soit à un défaut du véhicule, soit à un défaut du conducteur, soit à un défaut de la chaussée, soit à des conditions climatiques spécifiques.

Dans le cadre de cet article, seuls nous intéressent les défauts inhérents aux caractéristiques médicales du conducteur et qui définissent l'inaptitude médicale de ce dernier. Nous ciblerons en particulier le rôle du médecin généraliste.

S'il est clair pour chacun qu'une personne qui a consommé de l'alcool ou d'autres produits psychotropes ou hallucinogènes n'est, dans certaines conditions, pas apte à conduire son véhicule, la situation est moins évidente lorsqu'il s'agit d'une personne atteinte d'un défaut à caractère strictement médical.

A ce sujet, notre pays s'est doté d'une législation particulière par un Arrêté-Royal du 16.03.1968 portant application des lois coordonnées sur la police de la circulation routière qui a été modifié à plusieurs reprises dont la dernière par un Arrêté-Royal du 23.03.1998 (8).

De cette législation, plusieurs articles valent d'être soulignés pour les implications qu'ils entraînent dans notre pratique quotidienne :

- l'article 24 (A.R. 16.03.1968) prévoit que si l'intéressé (le patient) a connaissance d'être porteur d'une affection incompatible avec la

(1) Chargé de Cours, (2) 1ère Assistante, (3) Collaborateur, (4) Assistant(e), Institut de Médecine Légale de l'Université de Liège.

(5) Médecin généraliste, Professeur, Département de Médecine Générale, Université de Liège.

conduite, il doit remettre son permis de conduire à l'administration communale.

La sanction pénale en cas d'infraction à cet article est prévue à l'article 30.

Toutefois, il est clair que si le patient conserve son permis et continue à s'en servir, il pourrait se voir plus lourdement sanctionné en cas d'accident car sa compagnie d'assurances pourrait se retourner contre lui du fait d'avoir conduit en se sachant atteint d'une affection qui le rendait inapte à la conduite automobile.

- l'article 30 (A.R. 16.03.1968) prévoit une sanction si l'intéressé conduit un véhicule bien que se sachant atteint d'une affection incompatible avec la conduite.

- l'article 42 (A.R. 16.03.1968) prévoit que le Procureur du Roi peut diligenter une expertise si l'intéressé a commis une infraction au roulage.

Ainsi, il apparaît qu'il n'est pas possible, sur le plan légal, de contraindre un quidam à une expertise s'il n'a pas commis d'infraction la plus légère soit-elle au code de la route.

C'est ce qui explique que, contrairement à certains pays nordiques, notre législation ne permet pas d'obliger toute personne âgée de plus d'un âge déterminé, en général 60 ans, à une vérification de son aptitude sur le plan médical.

- l'article 46, §1 (A.R. 23.03.1998) : «Si le médecin... constate que le titulaire d'un permis de conduire ne répond plus aux normes fixées à l'annexe 6, il est tenu d'informer l'intéressé de l'obligation de présenter le permis de conduire, conformément aux dispositions de l'article 24 de la loi, à l'autorité visée à l'article 7 (N.D.A. : l'administration communale)»

Cet article implique la responsabilité du praticien de la manière suivante.

LA RESPONSABILITÉ DU PRATICIEN

L'article 46, §1 a été introduit par l'A.R. du 23.03.1998.

Il impose au médecin une mission qu'il n'avait pas jusqu'alors qui est de prévenir son patient d'une cause médicale d'inaptitude à la conduite automobile.

Ceci implique que la responsabilité du praticien, qu'il soit généraliste ou spécialiste, pourrait se voir envisagée s'il ne le faisait pas et que, suite à ce défaut physique ou à cette maladie, le patient commettait une infraction au roulage ou un accident de roulage.

Cette responsabilité découle, en partie, de la notion de droit à l'information, qui a été reprise par la loi sur les droits du patient du 22.08.2002

qui précise, en son article 7, que le patient a le droit à l'information nécessaire pour comprendre son état de santé.

Ce droit du patient impose un devoir au médecin, celui d'informer son patient de façon loyale et précise dans une langue claire et compréhensible.

De façon à éviter toute contestation ultérieure du patient, il est impératif que le médecin consigne au dossier médical du patient le fait qu'il l'a informé qu'il n'était plus apte à la conduite automobile.

A défaut d'avoir informé son patient, le médecin pourrait voir sa responsabilité médicale engagée dans le cadre de la survenue d'une infraction et/ou d'un accident et sa compagnie d'assurances se voir condamnée au remboursement des frais occasionnés à cause de sa négligence.

Cette constatation s'impose tant pour le spécialiste qui laisserait sortir d'un hôpital un patient qui présenterait des séquelles d'un AVC sans l'informer des conséquences de celles-ci sur la conduite automobile, que pour le médecin traitant qui reçoit le patient en post-hospitalisation.

Il leur appartient, à tous deux, spécialiste hospitalier et généraliste, de prévenir le patient des conséquences sur la conduite automobile liées à son état.

ET LE SECRET MÉDICAL ?

Comme d'habitude dans pareil cas, la question se pose du respect du secret médical dans des situations où le patient n'est pas apte à comprendre qu'il est médicalement inapte à la conduite ou dans des situations où, malgré l'avertissement du médecin, le patient refuse de rendre son permis de conduire à l'administration communale ou, plus simplement, de cesser de conduire son véhicule.

Dans ce contexte, certains praticiens n'hésiteront pas à évoquer l'état de nécessité pour justifier d'avoir révélé à l'autorité qu'un de leurs patients est atteint d'une telle pathologie.

L'état de nécessité est une cause d'excuse à la commission d'une infraction, celle de révéler le secret médical, dans un cas où il est reconnu que l'intérêt à sauvegarder, constitué par la sécurité publique, est plus important que le respect du secret médical.

Malheureusement, cette décision ne peut être prise que par un juge du fond, c'est-à-dire au bout du parcours judiciaire classique d'une

plainte déposée contre le praticien du chef de violation du secret médical.

Il est arrivé que, dans le cas d'une patiente qui souffrait de maladie d'Alzheimer et qui se trouvait incapable de comprendre qu'elle ne pouvait plus conduire de véhicule, le Conseil national de l'Ordre des Médecins ait affirmé que « si le médecin estime, en conscience, la malade susceptible de provoquer des accidents, cet état de nécessité l'autorise à prévenir le Procureur du Roi » (Bull. Cons. Nat., mars 1991, n°51, p. 42, juin 1992, n°56, p. 38).

L'autre situation classique à laquelle se trouve confronté le médecin traitant est celle où un expert désigné par le Procureur du Roi en fonction de l'article 42 de la loi contacte le médecin traitant aux fins d'obtenir des renseignements médicaux concernant son patient.

Dans ces circonstances, la jurisprudence prévoit que la transmission de documents peut se faire avec l'accord signé du patient et que le médecin délié du secret ne peut refuser de remettre à l'expert les éléments matériels objectifs : intégralité du dossier médical, notamment radiographies, clichés, protocoles médicaux, note des médecins (Civ. Bruxelles, 18 janv. 1991).

En cas de refus de communication des éléments à caractère médicaux par un praticien à l'expert, les tribunaux peuvent ordonner la production des documents pour vérifier qu'il n'y a pas abus du secret par le médecin qui a refusé de les communiquer (Not. Cass., 20 mars 1989).

QUELS DÉFAUTS PHYSIQUES, QUELLES MALADIES ?

Les défauts physiques et maladies, causes d'inaptitude médicale à la conduite automobile tels qu'évoquées par l'A.R. du 23.03.1998 sont dénombrées et explicitées dans l'Annexe 6 de cet Arrêté Royal.

L'annexe 6 est divisée en 6 chapitres qui serviront de trame à cet article

- 1. Dispositions générales.
- 2. Normes concernant l'aptitude physique et psychique.
- 3. Normes concernant les fonctions visuelles.
- 4. Normes relatives à l'usage de l'alcool, de substances psychotropes et de médicaments.
- 5. Normes relatives aux affections du rein et du foie.
- 6. Implants

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le principe de base de cette loi est que « Tout candidat atteint d'une affection qui l'expose à une perte de conscience ou une défaillance brutale est inapte à la conduite automobile ».

Ce principe de base est tempéré par les dispositions particulières à quelques pathologies classées par thèmes comme nous allons le voir et le décrire.

Il apparaît donc que, si le principe général de cette loi est plutôt restrictif quant à l'aptitude à la conduite, les articles qui suivent sont beaucoup plus permissifs dans la mesure où ils précisent que, dans le cas de telle ou telle pathologie, le droit de conduire peut être restauré dans des circonstances précises.

Ainsi, si l'épilepsie est une affection qui expose le patient à une perte de conscience et le rend inapte à la conduite, cette inaptitude n'est cependant pas définitive contrairement à ce que l'article initial laisserait supposer mais pourrait ne s'étendre, selon les conditions, que sur une période «de sécurité» de 6 mois.

En clair, la loi impose, dans la plupart des cas:

- un suivi médical de l'affection par un médecin, voire par un spécialiste lorsque la loi l'impose. Le recours au spécialiste s'impose lorsqu'il s'agit d'établir un certificat décidant de l'aptitude du patient et non de son inaptitude. Pour établir cette dernière, l'avis du médecin généraliste est suffisant.

- un traitement dont l'efficacité sera mise à l'épreuve et vérifiée au cours d'une période d'inaptitude de sécurité.

L'inaptitude définitive est réservée aux seules affections incurables lorsque leur degré d'évolution est tel qu'il rend la personne inapte à la conduite automobile.

2. NORMES CONCERNANT L'APTITUDE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

Les normes sont classées par types de maladie de la manière suivante :

- affections nerveuses
- affections psychiques
- épilepsie
- somnolence pathologique
- troubles locomoteurs
- affections du système cardio-vasculaire
- rythme et conduction
- pression artérielle
- système coronarien et myocarde
- diabète sucré

- affections de l'audition et du système vestibulaire

Ces normes sont variables selon le groupe de véhicules envisagé :

- groupe 1 : A3 : cyclomoteurs, A : vélomoteurs avec ou sans side-car, B : véhicules automobiles dont la masse maximale n'excède pas 3.500 kg et dont le nombre de places assises n'excède pas 8 outre le siège du conducteur, avec ou sans remorque de moins de 3.500 kg, E : avec remorque de plus de 3.500 kg.

- groupe 2 : tous autres véhicules.

Pour chaque catégorie normative, nous détaillerons les normes du groupe 1 puis celles du groupe 2.

2.1. Les affections nerveuses

La règle générale est la suivante : «Le candidat qui souffre d'une affection du système nerveux central ou périphérique susceptible de provoquer un trouble aigu des fonctions cérébrales exposant le candidat à une perte de conscience ou une défaillance brutale est inapte à la conduite».

L'aptitude à la conduite doit faire l'objet d'un examen spécialisé par un neurologue et impose que :

1. s'il subsiste une réduction des capacités fonctionnelles : aptitude à la conduite et durée de validité déterminées par un médecin d'un centre agréé tel que le CARA (Chaussée de Haecht, 1405 à 1130 Bruxelles, 02.244.15.52).

2. s'il subsiste une atteinte des capacités fonctionnelles suite à une intervention chirurgicale ou un accident vasculaire cérébral : apte au plus tôt 6 mois après l'apparition du trouble fonctionnel.

3. s'il persiste une atteinte des capacités fonctionnelles suite à une affection évolutive : apte par périodes de 5 ans jusqu'à 50 ans puis par périodes de 3 ans.

4. s'il existe des troubles sensitifs ou moteurs ou de l'équilibre ou de la coordination motrice provoqués par une affection du système nerveux central ou périphérique : apte si les capacités fonctionnelles demeurent suffisantes.

5. «Le candidat atteint d'une affection physique psychique ou cognitive de développement ou acquise, y compris celles qui sont consécutives au processus de vieillissement se manifestant par des anomalies importantes du comportement, des troubles du jugement, d'adaptation et de perception ou qui perturbent les réactions psychomotrices du candidat est inapte à la conduite» : apte durant un an s'il n'a

plus présenté de tels troubles depuis au moins 6 mois.

Pour les candidats du groupe 2 : le délai avant d'être déclaré apte est porté à un an dans tous les cas.

2.2. Les affections psychiques

Les affections psychiques sont détaillées de la manière suivante.

La reconnaissance d'aptitude nécessite le recours à l'avis d'un psychiatre.

1. Affection susceptible de provoquer une défaillance brutale : une inaptitude de 6 mois, ensuite validité d'aptitude de 1 an maximum.

2. Schizophrénie : inapte 2 ans, ensuite validité d'aptitude de 3 ans maximum.

3. Hallucinations sans comportement imprévisible, impulsif, médication sans influence sur la conduite : apte pour 1 an maximum.

4. Troubles de l'humeur temporaires ou répétitifs, de type maniaque, dépressifs ou mixtes, si pleinement conscient : inapte 6 mois, ensuite validité d'aptitude de 3 ans maximum.

5. Troubles psychiatriques ayant une influence sur la capacité de jugement : inapte, ou, apte si le sujet n'a plus présenté de tels troubles depuis au moins 6 mois par périodes d'1 an renouvelables.

Pour les candidats du groupe 2, l'inaptitude est automatiquement reconnue sauf situations exceptionnelles, c'est-à-dire sur présentation d'un rapport favorable établi par un psychiatre.

2.3. L'épilepsie

La règle générale est que «Le candidat atteint d'épilepsie est inapte à la conduite» mais il existe de nombreuses adaptations de cette règle favorables au patient mais nécessitant le recours à l'avis d'un neurologue.

Ainsi, la loi décrit les situations suivantes :

1. Plus de crise depuis l'âge de 15 ans sans aucun traitement spécifique : apte si un examen neurologique approfondi ne montre pas l'existence d'une pathologie cérébrale.

2. Plus de crise depuis 1 an : apte pour 1 an
- si exempt de crise durant cette période : apte 3 ans

- si pas de crise au bout de 5 ans, apte pour 5 ans

- si pas de crise au bout de 5 ans supplémentaires: apte de façon illimitée

3. Première crise : apte pour 1 an si contrôle médical régulier et pas d'anomalies à l'EEG

-si exempt de crise durant cette période, apte 3 ans et 6 mois :

-si pas de crise au bout de 5 ans, apte pour 5 ans

-si pas de crise au bout de 5 ans supplémentaires, apte de façon illimitée

4. Crise suite à une suppression, une modification du dosage ou du type d'anti-épileptique : apte 3 mois après la dernière crise

- si exempt de crise durant cette période, apte 3 ans

- si pas de crise au bout de 5 ans, apte pour 5 ans

- si pas de crise au bout de 5 ans supplémentaires, apte de façon illimitée

5. Crise d'épilepsie unique due à un facteur explicable et évitable : conditions d'aptitude identiques

6. Crises d'épilepsies sans influence sur la conscience ni l'habileté à la conduite : conditions d'aptitude identiques

7. Crises durant le sommeil : si pas de crise diurne durant 2 ans, apte 1 an

Des prorogations sont envisageables et possibles si :

- le patient peut démontrer qu'il fait l'objet d'une surveillance médicale régulière sans précision quant à la fréquence des consultations

- On note l'absence de nouvelle crise

- le bilan neurologique détaillé permettant de conclure à la stabilisation de l'affection

- le patient est suffisamment conscient de son affection

- le patient suit scrupuleusement son traitement

Pour les candidats du groupe 2, les normes sont identiques, mais l'aptitude ne peut être reconnue que pour des périodes de 1 an renouvelables.

2.4. La somnolence pathologique

La règle générale est que «Le candidat souffrant de somnolence pathologique ou de troubles de la conscience suite au syndrome de narcolepsie/catalepsie ou du syndrome d'apnée du sommeil est inapte à la conduite», mais il existe de nombreuses adaptations de cette règle favorables au patient mais nécessitant le recours à l'avis d'un neurologue.

1. Sous traitement, sans symptôme depuis 6 mois : apte pour un maximum de 2 ans

2. Peut être déclaré apte 1 mois après introduction d'un traitement efficace pour un maximum de 2 ans

3. Après 2 ans sans symptôme, troubles ou anomalies : aptitude sans limitation de durée.

Pour les candidats du groupe 2, l'aptitude médicale peut être reconnue 1 mois après l'introduction d'un traitement efficace

2.5. Les troubles locomoteurs

Ceux-ci nécessitent le recours à un centre agréé, tel que le CARA, pour leur évaluation et pour déterminer les éventuelles adaptations nécessaires du véhicule.

Les conditions et restrictions sont déterminées sur base de l'état physique et psychique du patient, en tenant compte des risques, conditions et dangers, propres à la conduite de certains véhicules.

Leur aptitude pourrait donc se voir soumise à la conduite d'un véhicule adapté.

2.6. Les affections du système cardio-vasculaire

La règle générale est la suivante «Le candidat qui souffre d'une affection présentant un risque accru de perte de conscience soudaine ou d'une défaillance brutale est inapte à la conduite automobile».

L'aptitude du patient ne peut être reconnue que sur base de l'avis d'un cardiologue.

Précisons que le candidat qui souffre de troubles légers ou modérés suite à une insuffisance cardiaque chronique ou lors d'un effort physique normal ou léger (NYHA 2), une déficience des artères coronaires, une cardiomyopathie, une déficience congénitale ou acquise des valvules (avec ou sans prothèse), une anomalie congénitale au niveau du cœur ou des artères principales peut être déclaré apte à la conduite pour une période maximale de 5 ans.

Pour les candidats du groupe 2, le candidat qui souffre d'une insuffisance cardiaque chronique provoquant des troubles uniquement lors d'un effort physique normal ou léger (NYHA 2), une cardiomyopathie, une déficience congénitale ou acquise des valvules (avec ou sans prothèse), une maladie ischémique du cœur due à une déficience des artères coronaires peut être déclaré apte pour une durée qui ne peut excéder 3 ans.

2.7. Les troubles du rythme et de la conduction

La règle générale est la suivante «Le candidat qui présente des troubles graves non corrigés et non contrôlés du rythme cardiaque ou de la conduction atrio-ventriculaire est inapte à la conduite automobile».

L'aptitude du patient ne peut être reconnue que sur base de l'avis d'un cardiologue.

En cas d'implantation d'un stimulateur cardiaque, le candidat est inapte durant le mois qui

suit cette implantation ou le remplacement de l'électrode.

Cette aptitude est valable à condition que le patient bénéficie d'un suivi médical régulier, pour une période maximale de 2 ans.

Par contre, lorsqu'il s'agit de remplacer le stimulateur, le patient peut être déclaré immédiatement apte par le cardiologue traitant.

Pour les candidats du groupe 2, la période d'inaptitude est rapportée à un minimum de 3 mois ; en cas de remplacement du stimulateur, une période d'inaptitude minimale de 2 semaines est imposée ; la période d'aptitude est au maximum de un an.

En cas d'implantation d'un défibrillateur automatique, le candidat est inapte durant l'année qui suit cette implantation ou le remplacement de l'électrode.

Cette aptitude est valable à condition que le patient bénéficie d'un suivi médical régulier, pour une période maximale de 2 ans.

Par contre, lorsqu'il s'agit de remplacer le stimulateur, le patient peut être déclaré immédiatement apte par le cardiologue traitant.

Pour les candidats du groupe 2, l'inaptitude est définitive.

2.8 Les troubles de la pression artérielle

La seule phrase relevée est la suivante : «les tensions artérielles systolique et diastolique sont appréciées en fonction de leur influence sur l'aptitude à la conduite. Il est également tenu compte de l'influence que peut avoir la consommation de médicaments hypotenseurs sur la conscience du candidat».

2.9 Le système coronarien et myocarde

Les conditions sont les suivantes :

- le candidat atteint d'angine de poitrine qui survient au repos, à la moindre émotion ou en présence d'un autre facteur déclenchant important est inapte à la conduite. L'inaptitude pourra être réévaluée par un cardiologue après disparition des signes liés à l'angine de poitrine, sa validité ne peut excéder un an.

- le candidat atteint d'altérations importantes du myocarde, de séquelles dûment constatées d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement, de signes manifestes d'une affection coronarienne et d'une insuffisance cardiaque est inapte à la conduite, sauf, pour les candidats du groupe 2, s'il s'agit d'un ou de plusieurs infarctus limités avec maintien d'un bon fonctionnement cardiaque et en l'absence de troubles du rythme cardiaque, le candidat ne peut être

reconnu apte que par un cardiologue et au moins trois mois après le dernier infarctus, pour une période d'un maximum de 2 ans.

2.10 Le diabète sucré

La règle générale est que «Le candidat atteint de diabète sucré risquant d'entraîner une perte de conscience soudaine due à l'hypo- ou l'hyperglycémie est inapte à la conduite» toutefois; il existe de nombreuses adaptations de cette règle favorables au patient, mais nécessitant le recours à l'avis d'un endocrinologue.

Les conditions pour être reconnu médicalement apte lorsqu'un patient souffre de cette affection sont les suivantes :

- diabète stabilisé
- surveillance médicale régulière
- patient pleinement conscient de son affection
- suivi fidèle du traitement et patient ayant reçu une formation quant à ce traitement
- contrôle régulier de la glycémie
- sans autres complications : vue, SNC, cardiovasculaire,...

Pour les candidats du groupe 1, la validité de l'aptitude est de 5 ans avant 50 ans, de 3 ans ensuite, tandis que pour les candidats du groupe 2, la validité ne peut excéder 3 ans et il est exigé que le patient ait une bonne expérience de conducteur.

2.11 Les affections de l'audition et du système vestibulaire

La règle générale est que «Le candidat atteint de troubles du système vestibulaire qui peut occasionner des vertiges ou des troubles de l'équilibre soudain est inapte à la conduite».

La décision d'aptitude nécessite le recours à l'avis d'un ORL.

Aucune autre disposition, ni condition particulière n'est prescrite par la loi.

Précisons que la surdité n'est pas une cause d'inaptitude sauf si elle s'accompagne de vertiges.

3. NORMES CONCERNANT LES FONCTIONS VISUELLES

Les dispositions précises d'aptitude sont très diversifiées et nécessiteraient un article complet à elles seules pour les décrire et les commenter.

Pour cette raison, nous nous limiterons à deux précisions :

- «le candidat qui présente une affection évolutive aiguë ou chronique des yeux ou de leurs annexes, susceptible d'en affecter le fonctionnement au point de compromettre la sécurité routière est inapte à la conduite»

- il existe de nombreuses conditions d'aptitude nécessitant le recours à l'ophtalmologue pour vérifier l'aptitude d'un candidat.

4. NORMES RELATIVES À L'USAGE DE L'ALCOOL, DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES ET DE MÉDICAMENTS

«Le candidat qui est en état de dépendance à l'égard de substances psychotropes ou qui en fait une consommation excessive sans toutefois être en état de dépendance est inapte à la conduite».

Le candidat qui a été en état de dépendance à l'égard de substances psychotropes ou qui en fait une consommation excessive peut néanmoins être déclaré apte à la conduite au terme d'une période prouvée d'abstinence d'au moins six mois. La durée de la validité à l'aptitude ne peut excéder trois ans».

«Le candidat qui est en état de dépendance vis-à-vis de l'alcool, ou qui ne peut s'abstenir de consommer de l'alcool lors de la conduite d'un véhicule à moteur est inapte à la conduite automobile.

Le candidat qui a été en état de dépendance à l'égard de l'alcool peut néanmoins être déclaré apte à la conduite au terme d'une période prouvée d'abstinence d'au moins six mois. La durée de la validité à l'aptitude ne peut excéder trois ans».

Tels sont les termes de l'annexe 6 de l'A.R. du 23.03.1998 en cette matière.

Un alcoolique chronique, un toxicomane ou une personne dépendante sous l'influence de médicaments à effet psychotrope est donc inapte à la conduite automobile.

Dans ces articles de la loi, le terme «dépendance» est utilisé pour stigmatiser un état incompatible avec la conduite automobile.

Ainsi, il appartient au praticien, spécialiste comme généraliste, d'évaluer l'aptitude à la conduite automobile de son patient, en fonction des conséquences sur son état des médications qu'il lui prescrit.

4.1 En ce qui concerne les substances psychotropes.

A ce stade, il nous est paru utile de réaliser une digression sur ce sujet, car la loi n'en parle pas et nous sommes relativement dépourvus et livrés à nous-mêmes dans l'appréciation des conséquences des médications que nous prescrivons sur l'aptitude à la conduite automobile.

Il n'y a pas besoin de grandes démonstrations pour expliquer et convaincre que prendre des

substances hallucinogènes n'est pas du meilleur effet sur la conduite automobile.

Il en va de même pour toute autre substance à effet psychotrope telles que cocaïne, morphine et dérivés (héroïne, codéine, méthadone, ...), amphétamines, cannabis.

Les opiacés ont une activité analgésique pour laquelle ils sont utilisés par le milieu médical, mais aussi une action sédatrice, et ils entraînent également une diminution de l'activité intellectuelle, une réduction des capacités de concentration, une certaine indifférence aux stimuli externes, une prolongation du temps de réaction qui sont autant d'éléments dont l'effet est dangereux et qui contre-indiquent formellement la conduite automobile.

La cocaïne a un effet analgésique, mais également euphorique et stimulant qui se déclinent en trois phases. Durant une première phase, le consommateur devient euphorique, dans une deuxième, il entre en état similaire à l'ivresse et enfin, il passe en phase de dépression. Ces phases s'accompagnent toutes de troubles de la capacité de jugement, de troubles de la concentration, et créent des troubles de perception tels que des hallucinations, de même que des crises de paranoïa, d'ivresse, ou de dépression.

Les amphétamines ont un effet bénéfique sur le temps de réaction, lequel est amélioré, de même que sur la vigilance. Le problème réside dans les effets stimulant et euphorisant qui entraînent une perte de contact avec le réel, un sentiment de toute puissance, un comportement impulsif et irrationnel totalement incompatibles avec la conduite automobile.

Le cannabis entraîne, quant à lui, une diminution considérable des performances dans les domaines de la coordination, de la perception, et de la vigilance. La consommation de cannabis entraîne un état très différent de celui du consommateur d'alcool. En effet, le consommateur de cannabis, sous l'influence de cette substance, augmentera les distances de sécurité, ralentira sans raison apparente, aura peur de dépasser, contrairement au consommateur d'alcool. En fait, le cannabis diminue le niveau d'attention, empêchant une concentration efficace, nuisant à l'appréciation de certains aspects de la conduite tels, par exemple, qu'une bonne surveillance des autres usagers, mais une négligence totale des panneaux routiers.

4.2 En ce qui concerne les médicaments à effets psychotropes.

C'est le cas de nombreux médicaments tels que les benzodiazépines, les barbituriques, les

antidépresseurs, les neuroleptiques. Toutes ces substances ont un effet sédatif qui peut s'accompagner à des degrés divers de perte de coordination motrice, de troubles du comportement, d'atteinte de l'équilibre et de troubles sensoriels. Bien sûr, tous ces médicaments ne produisent pas de tels effets de manière indifférente.

C'est pour cette raison que divers auteurs les ont classés en trois catégories en fonction de leur influence potentielle sur la conduite automobile:

- catégorie 1 : médicament dont l'effet négatif sur la conduite automobile est improbable.
- catégorie 2 : médicament susceptible d'induire des effets négatifs mineurs sur les performances de conduite.
- catégorie 3 : médicaments dont des effets négatifs sévères sur les performances de conduite sont très probables.

Ainsi, on relève que :

- les analgésiques narcotiques sont classés en catégories 2 à 3 pour cause d'euphorie, sédation, vertiges, diminution de la concentration, diminution des capacités cognitives.
- les antiépileptiques sont classés en catégories 2 à 3 en raison de l'apparition de nystagmus, d'ataxie, de somnolence, d'états confusionnels, et de troubles de la mémoire.
- les antidépresseurs sont classés en catégories 2 à 3 en fonction de la sédation, de problèmes d'accommodation visuelle qu'ils peuvent entraîner.
- les antihistaminiques sont classés en catégories 1 à 3 pour cause de vertiges, fatigue, somnolence, troubles de la vision, hallucinations.
- les antitussifs narcotiques sont classés en catégorie 2, car ils ont les mêmes effets que les analgésiques narcotiques mais de façon moindre.
- les barbituriques sont classés en catégorie 3 vu la somnolence, la léthargie, les troubles visuels et comportementaux qu'ils induisent.
- les benzodiazépines sont classées en catégories 2 à 3 en raison de la sédation, de la réduction des réflexes et de la coordination qu'elles entraînent.
- les β -bloquants sont classés en catégories 1 à 2 en raison de l'existence de potentiels vertiges, de fatiguabilité, d'une augmentation du temps de réaction, d'une diminution de la concentration, de lassitude.
- le méprobamate est classé en catégorie 3 en raison de la production de somnolence, de détérioration des capacités cognitives et psychomotrices.
- les neuroleptiques sont classés en catégories 2 à 3 en raison de somnolence, troubles cogni-

tifs, troubles dyskinétiques, troubles du comportement, troubles visuels.

- les stimulants centraux sont classés en catégories 1 à 2 en fonction de la production d'états d'euphorie, de nervosité, d'agressivité.

Les catégorisations ainsi définies ne sont pas hermétiques car elles dépendent, entre autres, de la quantité de médicaments prescrites, et de l'accoutumance du patient.

Ainsi, même pour une benzodiazépine pourtant classée en catégorie 1, le médecin devra par prudence signifier à son patient soit de ne pas conduire soit de redoubler de prudence dans les premiers temps de son utilisation ou d'une modification du traitement.

Il va de soi que cette catégorisation n'est efficace que pour des dosages habituels de la substance et en dehors des cas d'abus.

Toutes ces substances portent sur la notice qui accompagne le médicament une note qui conseille la prudence lors de la conduite automobile ou déconseillent carrément de conduire et qui prévient également d'éviter de les associer à l'alcool. En effet, les effets sédatifs notamment sont considérablement augmentés par la prise concomitante d'alcool, ce qui aggrave encore le risque pour la conduite automobile.

Il n'est pas possible de fournir une ligne de conduite valable dans tous les cas sinon en précisant que chaque médecin, a fortiori prescripteur doit :

- informer son patient des effets secondaires de sa prescription, en ce compris sur l'association de ceux-ci avec l'alcool et de leur retentissement potentiel sur la conduite automobile.
- évaluer le risque de l'instauration ou de la modification d'un traitement à base de psychotropes sur la conduite automobile et en informer son patient.

Notons, à ce sujet, que l'existence de la notice du médicament n'est pas de nature à permettre au médecin de se passer de ces conseils même si les remarques qu'il fait au patient y sont consignées.

5. NORMES RELATIVES AUX AFFECTIONS DU REIN ET DU FOIE.

En cas d'insuffisance chronique grave du foie ou des reins, l'aptitude ne peut être conférée que sur avis d'un interniste et à condition que le patient se soumette à des contrôles médicaux réguliers.

L'aptitude ne peut excéder deux ans pour les candidats du groupe 1 et un an pour les candidats du groupe 2.

6. IMPLANTS

«Le candidat qui a subi une transplantation d'organe ou un implant artificiel pouvant avoir une incidence sur l'aptitude à la conduite automobile peut néanmoins être déclaré apte à la conduite par le médecin du centre susvisé à l'article 45 de l'A.R. du 23.03.1998 (N.D.A. : traitant ou défini par la loi) relatif au permis de conduire sous réserve d'un rapport médical du spécialiste traitant et d'un suivi médical régulier».

CONCLUSIONS

Ce bref tour d'horizon ne s'est pas voulu pleinement exhaustif, ce qui n'est pas possible dans le cadre d'un simple article, mais au moins explicatif des restrictions médico-légales à la conduite automobile.

En guise de conclusions, nous retiendrions quelques grandes lignes :

- «Tout candidat atteint d'une affection qui l'expose à une perte de conscience ou une défaillance brutale est inapte à la conduite automobile».

- Cependant, la loi décrit de nombreuses situations pathologiques dans lesquelles le droit de conduire peut être restauré dans des circonstances précises.

- Le recours au spécialiste est absolument nécessaire pour définir l'aptitude du patient à la conduite automobile.

- L'article 46, §1 précise que «Si le médecin... constate que le titulaire d'un permis de conduire ne répond plus aux normes fixées à l'annexe 6, il est tenu d'informer l'intéressé de l'obligation de présenter le permis de conduire, conformément aux dispositions de l'article 24 de la loi, à l'autorité visée à l'article 7 (N.D.A. : l'administration communale)».

Le non-respect de cette condition est de nature à engager notre responsabilité médicale.

La consignation au dossier du patient de l'information est absolument nécessaire.

Enfin, l'attitude du généraliste devrait être modulée par les éléments suivants :

- investiguer ou faire investiguer par un spécialiste toute pathologie susceptible d'avoir un retentissement sur la conduite automobile afin de pouvoir valablement conseiller son patient en cette matière.

- sa responsabilité n'est pas éludée par le fait que le patient est suivi par un spécialiste. Si le médecin généraliste a connaissance d'une

pathologie dont souffre son patient et qui est susceptible d'avoir un impact sur son aptitude à la conduite médicale, il doit en informer son patient, que le spécialiste l'ait fait ou non.

- si le patient transgresse les consignes du médecin, deux situations s'imposent :

• le patient est en pleine possession de ses facultés psychiques, il y va de la responsabilité du patient et non de celle du praticien.

• le patient souffre de troubles psychiques qui le rendent incapable d'apprécier son état, le médecin ne peut se contenter d'informer le patient. Il doit tout mettre en œuvre pour faire cesser la conduite et pourrait, en invoquant l'état de nécessité, prévenir les autorités. (Bull. Cons. Nat., mars 1991, n°51, p. 42, juin 1992, n°56, p. 38).

BIBLIOGRAPHIE

1. Lucas P.— Driver's licence : responsibility, ethics and deontology. *Rev Med Brux*, 1999, **20**, A225-229.
2. King D, Benbow SJ, Barrett JA.— The law and medical fitness to drive : a study of doctors' knowledge. *Postgrad Med J*, 1992, **68**, 624-628
3. Marshall SC, Gilbert N.— Saskatchewan physicians' attitudes and knowledge regarding assessment of medical fitness to drive. *CMAJ*, 1999, **15**, 160, 1701-1704.
4. Nunez VA, Giddins GE.— "Doctor, when can I drive?": an update on the medico-legal aspects of driving following an injury or operation. *Injury*, 2004, **35**, 888-890.
5. Hocking B, Landgren F.— New medical standards for drivers. *Aust Fam Physician*, 2003, **3**, 732-736.
6. Odell M.— Assessing fitness to drive : part 2. *Aust Fam Physician*, 2005, **34**, 475-477. Review.
7. Gonthier R, Fabrigoule C, Domont A.— Useful assessment for identifying unsafe driving. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2005, **3**, 27-42.
8. Arrêté royal du 23 mars 2003 relatif au permis de conduire. *Moniteur Belge*, 30 avril 1998.

SITE CONSEILLÉS

1. Site de l'Institut Belge de Sécurité Routière (aptitude à la conduite) : www.ibsr.be
2. Portail fédéral (Aptitude médicale à la conduite automobile) : <http://www.belgium.be/eportal/application?languageParameter=fr&pageid=contentPage&docId=3690>

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof. Ph. Boxho, Chargé de Cours, Institut de Médecine Légale de l'Université de Liège, rue Dos Fanchon 39-41, 4020 Liège, Belgique