

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Jean VIELLE

Le 6 Mai 2021

Aptitude médicale au permis de conduire et médecine générale

Directeur de thèse : Dr Michel BISMUTH

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire M. ADOUE Daniel
Professeur Honoraire M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire M. BARRET André
Professeur Honoraire M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire M. BONNEVILLE Paul
Professeur Honoraire M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé M. BROS Bernard
Professeur Honoraire M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire M. CARTON Michel
Professeur Honoraire M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. CLANET Michel
Professeur Honoraire M. CONTE Jean
Professeur Honoraire M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire M. DAHAN Marcel
Professeur Honoraire M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire M. DUPRE M.
Professeur Honoraire M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire Associé M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire M. FABRE Jean
Professeur Honoraire M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire M. GRAND Alain
Professeur Honoraire M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire M. HOFF Jean
Professeur Honoraire M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire M. LANG Thierry
Professeur Honoraire Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire M. LEOPHONTE Paul

Professeur Honoraire M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire M. MURAT
Professeur Honoraire Associé M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire M. RALHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire M. REGIS Henri
Professeur Honoraire M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur GRAND Alain
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LANG Thierry
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian

Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1 ^{ère} classe		2 ^{ème} classe	
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVIGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	P.U. Médecine générale	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Professeur Associé Médecine générale	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. ABITTEBOUL Yves	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence	Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale	Mme MALAVALD Sandra	
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVALD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			
Professeur Associé de Médecine Générale			
Mme IRI-DELAHAYE Motoko			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURJA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique		
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	P.U. Médecine générale	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. BOYER Pierre	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Etie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOUI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOUJLAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements

A notre président du jury, Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous remercie pour vos enseignements et de nous avoir fait profiter de votre expérience pendant les cours dispensés à la faculté.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger ce travail. Merci pour votre confiance lors de mes premiers remplacements dans le Comminges et de votre aide pour l'élaboration de mon mémoire de DES.

À Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, je vous remercie de votre intérêt pour mon travail et de me faire l'honneur de participer à ce jury.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Michel BISMUTH, merci pour votre aide tout au long de cette thèse et de vos conseils avisés dans l'élaboration de celle-ci.

A mes co-internes de Montauban, Clara, Maeva, Santa, Pauline, Kevin, Philippe, Raphael et Wael pour votre soutien pendant les gardes et toutes les soirées qui ont suivi ce stage,

A mes co-internes de la maison de Saint Gaudens, Ananda, Marie, Léa et Antoine pour avoir rendu ce confinement agréable,

A Séverine et Benjamin, pour votre amitié, depuis cette première rencontre à l'internat de Lannemezan jusqu'à cette colocation à Toulouse, qui nous a conduit à nous retrouver dans cet hôpital de Lannemezan,

A Gauthier, pour toutes ces randonnées que nous avons faites ensemble,

A mes maitres et tuteurs de stage qui m'ont accompagné durant ces trois années d'internat, merci de m'avoir enseigné et aidé tout au long de mon parcours,

Au Dr Jean Paul Deoux, pour son aide essentielle dans le démarrage de cette thèse et l'élaboration du questionnaire,

A Marie Agnès, merci pour ton accueil dans cette belle région qu'est le Comminges, pour ta gentillesse et ta bienveillance, merci de m'avoir guidé lors de mes premiers remplacements, j'en garde un très bon souvenir,

A l'équipe de gériatrie de Lannemezan, à Nicole, Pauline, Rachel, Sophie sans oublier Josette et Marie Pierre, pour tous ces bons moments que l'on a passés et que l'on passera ensemble,

A Jean-Pierre, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir accueilli dans ton service,

A Henri, merci pour ton encadrement lors de mon stage à Lannemezan. J'espère que nous aurons l'occasion de partager de nouvelles journées de skis et de randonnée,

A mes grands-parents, vous avez toujours été là pour moi,

A ma sœur Cassandra, à mon frère Paul, merci de votre soutien et de tous ces moments que nous avons passé ensemble,

A mes parents, pour leur soutien à chaque instant. Merci d'avoir toujours été là quand j'en avais besoin et pour m'avoir donné le goût du travail. Merci pour la relecture et la correction des fautes orthographiques.

A Agathe, ma plus belle rencontre dans ce Sud-Ouest qui m'était inconnu. J'ai eu la chance de trouver la plus brillante des psychiatres. Merci du bonheur que tu m'apportes à chaque instant. Merci de ton aide et de tes relectures pour cette thèse.

Table des matières

Remerciements	5
1. Introduction	8
2. Matériel et méthode	10
3. Résultats	11
I. Caractéristiques de la population	11
II. Rapport et formation des médecins généralistes sur le sujet	13
III. Cas clinique	13
a) Pathologies concernées.....	13
b) Recours à un avis spécialisé	15
c) Critères décisionnels et conduite à tenir.....	17
d) Aspect légal et références documentaires.....	21
4. Discussion	22
I. Prise en charge des situations de contre-indications à la conduite en médecine générale .	22
a) Baisse de l'acuité visuelle	22
b) Prise de traitements hypnotiques	23
c) Accident ischémique transitoire récent	23
d) Diabète non insulino-dépendant équilibré	24
e) Age	24
II. Besoins des médecins généralistes pour étayer leurs décisions	24
III. Difficultés rencontrées	25
IV. Rôle du médecin généraliste en France	26
V. Situation européenne	27
VI. Biais et limites	28
5. Conclusion	29
6. Références bibliographiques	31
ANNEXE	33

1. Introduction

La pratique de médecine générale permet de rencontrer de nombreuses situations médicales en apparence simples ou bénignes mais pouvant avoir des conséquences sur la vie réelle. La conduite automobile est une activité où l'interaction entre les capacités du conducteur et sa santé est majeure.

Le rôle du soignant est au premier plan lors des accidents sur la voie publique. Ce rôle doit également être élargi à la prévention de ces accidents et à la sécurité routière notamment concernant les pathologies ayant un impact sur la conduite automobile. Le rôle du médecin est par ailleurs affirmé par le comité interministériel de la sécurité routière du 9 janvier 2018 où une information doit être dispensé lors des consultations (1).

Actuellement en France et dans la majorité des pays développés, notre mode de vie fait de l'automobile un usage quasi quotidien. C'est aussi le mode de déplacement majoritaire et indispensable en particulier dans les zones rurales. Les chiffres de l'INSEE montrent bien cette tendance. En 2015, en région parisienne, 60 % des ménages possèdent un véhicule alors que dans les autres agglomérations françaises, les taux de motorisation sont proches de 80 % (2). De même la majorité des ménages habitant en zone rurale possède un véhicule. L'utilisation d'un véhicule est très souvent un moyen nécessaire pour trouver un emploi ou effectuer un travail. On comptait en 2018, 32 millions 688 mille véhicules particuliers en service en France (3). Si l'obtention du permis de conduire du permis B (véhicules légers) nécessite un apprentissage, un examen et une déclaration des pathologies que doit faire la personne passant cet examen, sa conservation en dehors des infractions ou de situations particulières au code de la route est à vie (à la différence des permis professionnels nécessitant une évaluation régulière par un médecin agréé). Or la moyenne d'âge d'obtention du permis de conduire est jeune (19 ans) (4). Cette population jeune en bonne santé et peu affectée par des pathologies chroniques. Les conséquences des pathologies sur les capacités à conduire arriveront à un âge plus avancé.

Lors des consultations réalisées au cours de mon internat, je me suis demandé au vu des pathologies de certains patients comment ceux-ci pouvaient encore conduire et le danger que ce maintien de la conduite représentait. Je me suis rendu compte que cette question était également peu abordée lors des consultations. Il est vrai que le médecin généraliste ne possède pas de réel moyen d'action lorsque la conduite doit être arrêtée. Si la question est abordée, le sujet peut vite devenir chronophage ou susciter une opposition de la part du patient. Une loi encadre pourtant les pathologies susceptibles d'entraver la conduite automobile (5). Cette loi décrit pour chaque pathologie la conduite à tenir. Cependant pour le médecin traitant, l'orientation vers un médecin agréé ne peut se faire que si le patient accepte cette décision (il n'y a pas de transmission directe de l'information entre le médecin traitant et le médecin agréé). Ces problématiques étant récurrentes en médecine générale, nous nous sommes interrogés sur la gestion de ces situations de contre-indications à la conduite pour le permis B par les médecins généralistes. Quels seraient les problématiques pouvant influencer cette prise en charge ? Un dépistage non réalisé en pratique ? Un manque de temps ? Un manque de moyens ? Une formation insuffisante ou un manque de connaissance sur les textes existant ? Cela nous a conduit à formuler notre objectif principal qui est d'évaluer la prise en charge des situations de contre-indications à la conduite automobile (permis B) chez les médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées. L'objectif secondaire est d'évaluer les difficultés que peuvent rencontrer ces médecins généralistes.

2. Matériel et méthode

Cette étude quantitative se base sur un recueil de données entre octobre 2020 et décembre 2020. Le sondage comportait dix-huit questions.

La première partie explorait les caractéristiques personnelles des médecins et leurs attrait pour le sujet. La partie suivante interrogeait sur les connaissances des médecins. Elle consistait en plusieurs questions issues de la présentation d'un cas clinique.

Le cas clinique se base sur un patient fictif. La construction avait pour but d'explorer chaque grande classe de 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. Cet arrêté concerne les permis légers (permis B) et permis lourds. Dans cette étude, seul le permis léger était concerné. La première classe porte sur les pathologies cardiovasculaires. La classe 2 porte sur les altérations visuelles. La classe 3 sur les pathologies oto-rhino-laryngologiques et pneumologiques. La classe 4 concerne les pratiques addictives, la neurologie et la psychiatrie. La classe 5 porte sur l'appareil locomoteur et la classe 6 s'intéresse aux pathologies métaboliques et la transplantation. Une pathologie retrouvée dans chaque classe était présente dans le cas clinique afin d'étudier la prise en charge des situations de contre-indications à la conduite par les médecins généralistes.

Les médecins étaient interrogés sous forme de questions à choix multiples avec une possibilité de réponse libre en dernier item. Le questionnaire est disponible en annexe.

Les données ont été recueillies par un sondage réalisé entre octobre et décembre 2020 en utilisant le site google form, un outil de sondage en ligne. Les réponses au questionnaire ont été analysées sous forme de pourcentage. Le questionnaire a été envoyé par mail aux médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées en utilisant les listes de diffusion de l'URPS d'Occitanie. Les réponses au sondage étaient anonymes et le consentement sous-entendu par la validation finale des réponses au sondage.

3. Résultats

1. Caractéristiques de la population

Nous avons fait parvenir le questionnaire à 2497 médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées dont l'adresse mail était disponible dans les listes de diffusion de l'URPS d'Occitanie. 881 médecins ont ouvert le mail. Parmi ceux-ci 215 ont cliqué sur le lien et répondu au questionnaire soit un taux de réponse 8,61 %.

Le sondage a montré les caractéristiques démographiques de notre échantillon (Tableau 1) de médecins généralistes qui ont répondu. Parmi les médecins généralistes ayant répondu, 130 soit 60,5 % étaient des femmes et 85 soit 39,5 % étaient des hommes. La tranche d'âge la plus représentée est celle des moins 40 ans (78 soit 36,3 %), suivie par celle des 40 – 49 ans (50 soit 23,3 %) puis celle des 50 – 59 ans (49 soit 22,8 %) puis celle des plus de 60 ans (38 soit 17,7 %).

La majorité des médecins ayant répondu avait moins de 10 années d'exercice (82 soit 38,1 %). 51 soit 23,7 % des médecins avaient entre 10 et 20 années d'exercice. Ceux entre 20 et 30 ans d'exercice représentaient 18,6 % (n = 40) de la population ayant répondu. 42 soit 19,5 % avait plus de 30 ans d'années d'exercice.

Les médecins exerçant en semi-rural étaient les plus nombreux à répondre (90 soit 41,9 %) suivi de ceux exerçant en zone urbaine (71 soit 25,1 %). Ceux en zone rurale représentaient 25,1 % (n = 54).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

n = 215	
Age	
< 40 ans	78 (36,3%)
40 à 50 ans	50 (23,3%)
50 à 60 ans	49 (22,8%)
> 60 ans	38 (17,7%)
Sexe	
Féminin	130 (60,5%)
Masculin	85 (39,5)
Nombre d'années d'exercice	
Moins de 10 ans	82 (38,1%)
10 à 20 ans	51 (23,7 %)
20 à 30 ans	40 (18,6 %)
Plus de 30 ans	42 (19,5 %)
Mode d'exercice	
Rural	54 (25,1 %)
Semi-rural	90 (41,9 %)
Urbain	71 (25,1 %)
Formation sur le sujet	
Oui	26 (12,1 %)
Non	189 (87,9 %)

II. Rapport et formation des médecins généralistes sur le sujet

Parmi ces médecins généralistes, on peut observer leurs liens avec le sujet :

- 87,9 % (n = 189) des médecins interrogés n'ont reçu aucune formation sur l'aptitude à la conduite automobile. 26 soit 12,1 % avait reçu une formation sur le sujet.
- 157 soit 73 % d'entre eux considèrent que le sujet est difficile à aborder avec les patients. Parmi les raisons expliquant ces difficultés, la plupart des médecins soulignent le manque de formation sur le sujet (105 soit 66,9 %). Un autre facteur pris en compte est la conséquence de cette information sur l'autonomie du patient (102 soit 65 %). La peur de la réaction du patient (62 soit 39,5 %) face à cette annonce et le manque de temps (44 soit 28 %) sont aussi deux facteurs importants influant dans la difficulté d'aborder ou non le sujet. Concernant les médecins n'ayant pas de difficultés pour aborder le sujet (58 soit 27 %), ceux-ci mettent en avant l'importance médico-légale d'informer le patient sur les risques liés à la conduite automobile (45 soit 77,6 %). Leurs attrait pour le sujet (22 soit 37,9 %) les invitent également à aborder plus facilement cette question.
- 207 soit 96,3 % des médecins interrogés considèrent avoir un rôle à jouer dans le dépistage des contre-indications à la conduite automobile.

III. Cas clinique

Concernant le cas clinique proposé dans le questionnaire, la majorité des médecins (180 soit 83,7 %) généralistes interrogés ont retrouvé ce type de patient polypathologique dans leur pratique médicale.

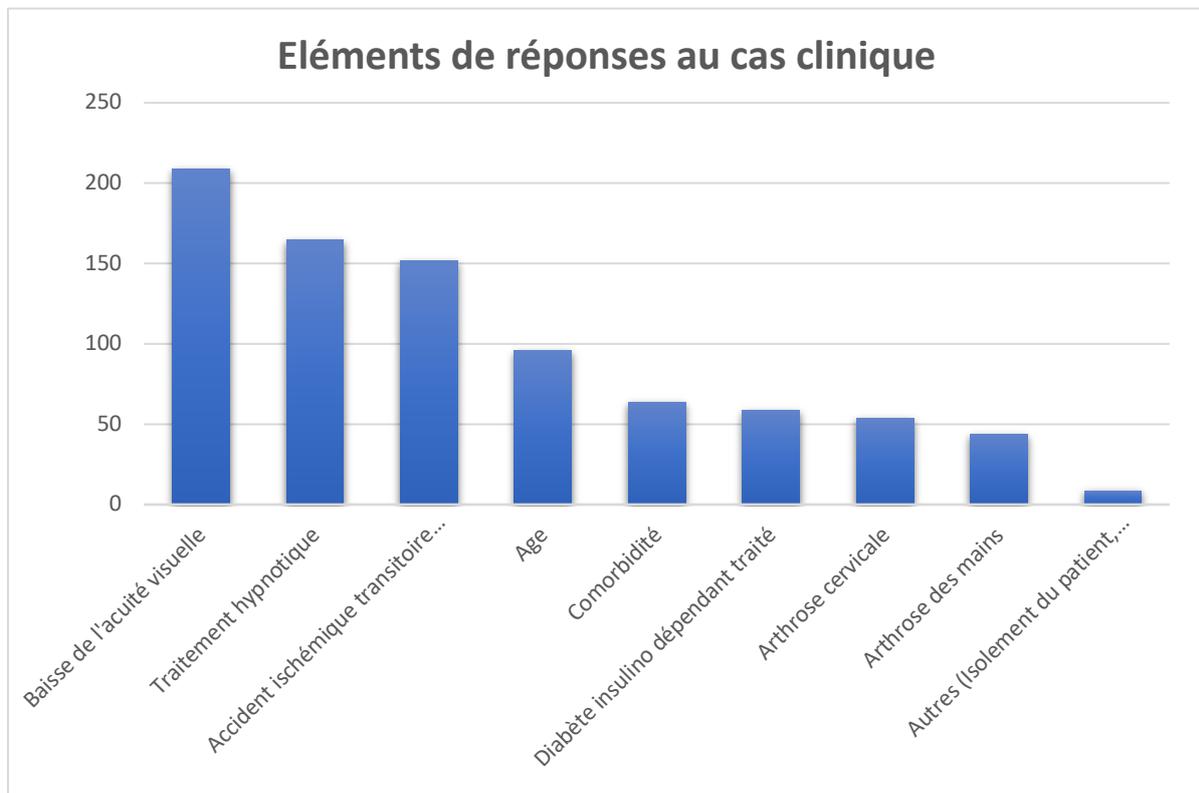
D'autre part, 170 soit 79,1 % des médecins s'interrogent sur les capacités de conduite du patient.

a) Pathologies concernées

Les éléments du cas clinique pris en compte par les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sont la baisse d'acuité visuelle (209 soit 97,2 %) suivi du traitement hypnotique pris par le patient (165 soit 76,7 %) et le contexte d'accident ischémique

transitoire récent (152 soit 70,7 %). Parmi les autres éléments interpellant les médecins, on retrouve l'âge (96 soit 44,7 %), les comorbidités du patient (64 soit 29,8 %), le diabète insulino-dépendant traité (59 soit 27,4 %) puis l'arthrose cervicale (54 soit 25,1 %) et des mains (44 soit 20,5 %). Parmi les autres éléments de réponses (9 soit 4,2 %) cités, nous retrouvons l'isolement du patient, les troubles cognitifs, l'épilepsie, la démence, l'apnée du sommeil et la prise en charge globale du patient. Les caractéristiques des éléments pris en compte pour répondre au cas clinique sont illustrés dans la figure 1.

Figure 1

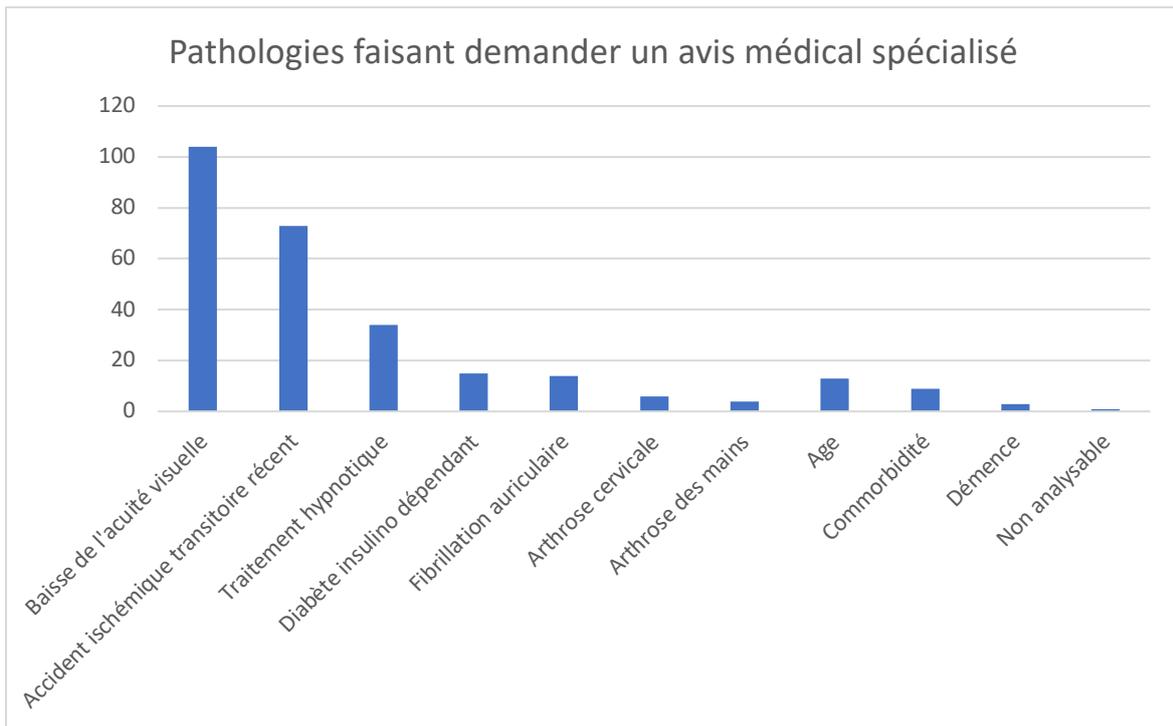


b) Recours à un avis spécialisé

La demande d'avis en relation avec cas clinique concerne 116 soit 54 % des médecins interrogés. Parmi ceux demandant un avis, 93 soit 80,2 % demandent l'aide d'un spécialiste d'organe et 42 soit 36,2 % demande l'avis de la famille. Un test de conduite dans une auto-école est une option envisagée par 21 soit 18,1 % des médecins. 15 soit 12,9 % demandent l'avis d'un médecin agréé pour le permis de conduire. 11 médecins soit 9,5 % ont demandé l'avis d'un paramédical (orthoptiste, kinésithérapeute). 2 soit 1,7 % des réponses sont non analysables.

Les pathologies faisant demander un avis médical spécialisé (figure 2) sont la baisse de l'acuité visuelle (104 soit 89,7 %) ainsi que la présence d'un accident ischémique récent (73 soit 62,9 %). La présence d'un traitement hypnotique est également prise en compte pour 34 soit 29,3 % des médecins. Les autres pathologies faisant demander un avis médical spécialisé sont le diabète insulino-dépendant (15 soit 12,9 %), la fibrillation auriculaire (14 soit 12,9%) et l'arthrose cervicale (6 soit 5,2%) et des mains (4 soit 3,4 %). L'âge et les comorbidités sur patient sont également des motifs faisant demander l'avis d'un médecin spécialiste (respectivement 13 soit 11,2 % et 9 soit 7,8 %). La démence est évoquée par 3 médecins soit 2,6 %. Une réponse soit 0,9 % n'est pas analysable car ne répond pas à la question posée.

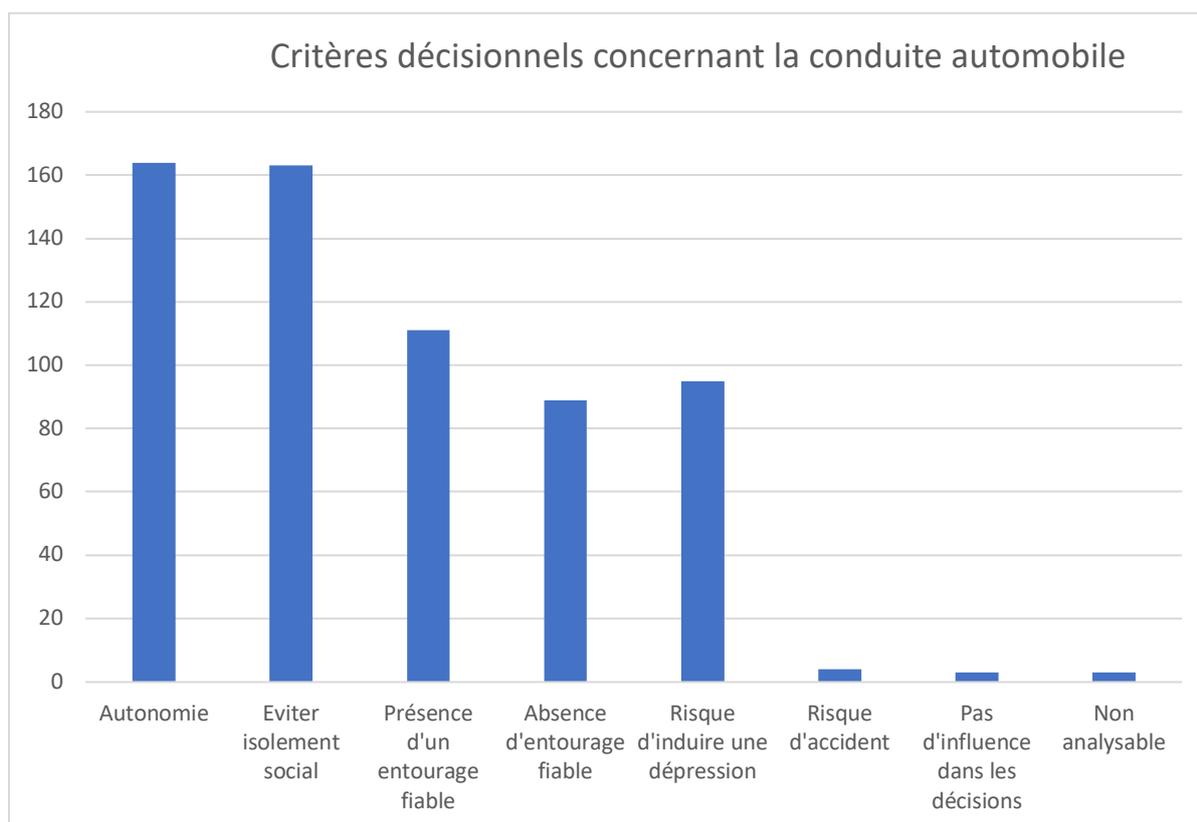
Figure 2



c) Critères décisionnels et conduite à tenir

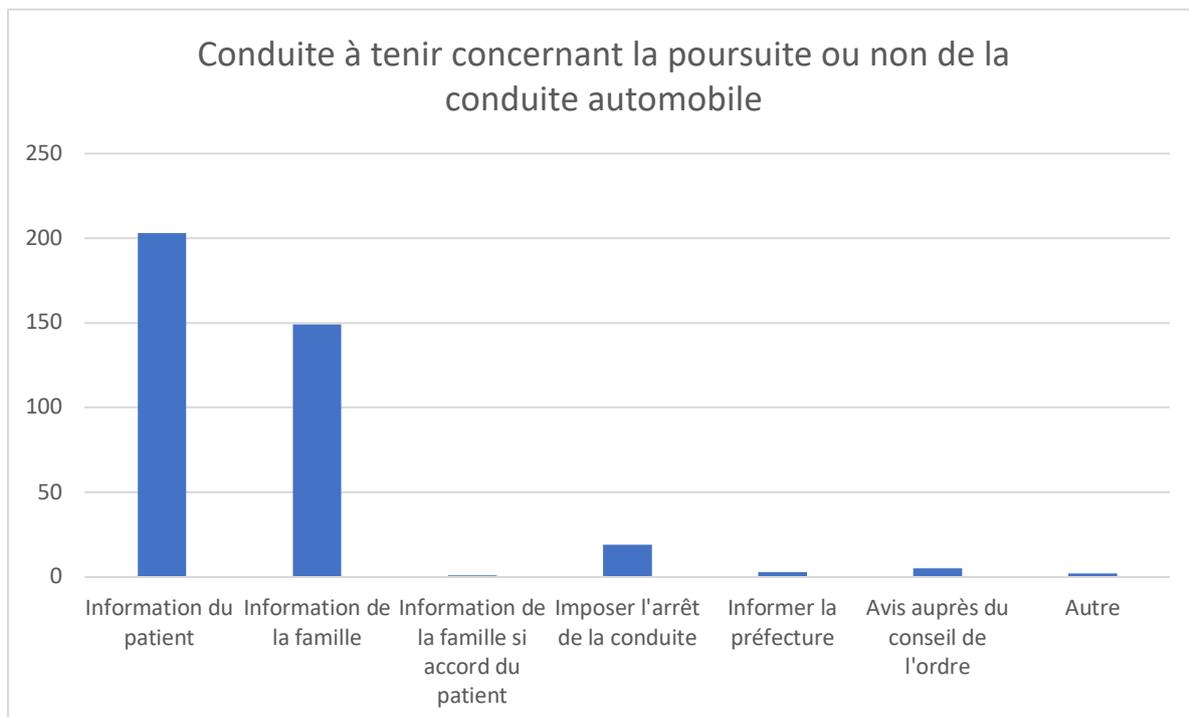
Les paramètres pris en compte par les médecins généralistes dans leurs décisions vis à vis de la conduite automobile (figure 3) sont le maintien de l'autonomie pour le patient (164 soit 76,3 %) ainsi qu'éviter un isolement social (163 soit 75,8 %). La présence (111 soit 51,6 %) ou l'absence (89 soit 41,4 %) d'un entourage fiable entre également en jeu. Le risque d'induire une symptomatologie dépressive chez le patient est également pris en compte par 95 soit 44,2 % des médecins interrogés. La prise en compte du risque d'accident pour le patient ou pour autrui est évoqué par 4 soit 1,9 % des médecins interrogés. 3 soit 1,4 % des médecins interrogés ne sont pas influencés dans leurs décisions vis-à-vis de la conduite automobile. 3 réponses soit 1,4 % ne sont pas analysables.

Figure 3



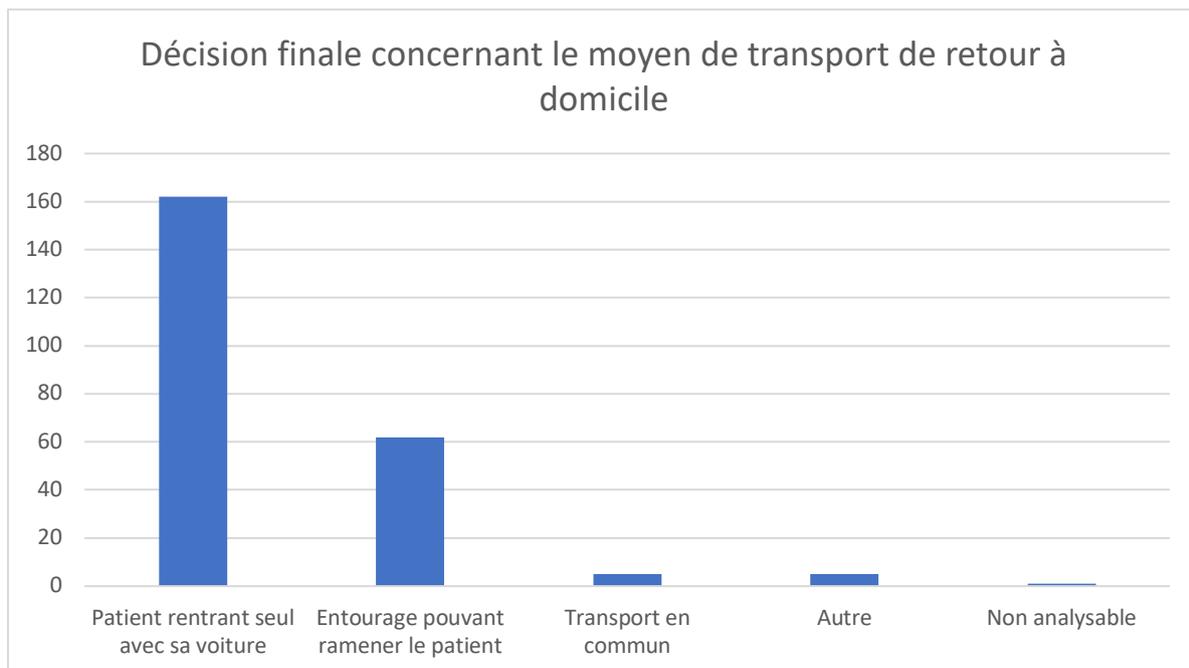
Concernant la conduite à tenir vis-à-vis de la conduite automobile dans ce cas clinique (figure 4), les médecins sont partisans d'une information du patient (203 soit 94,4 %) et de la famille (149 soit 69,3 %). 1 soit 0,9 % précise n'informer la famille qu'avec l'accord du patient. 19 soit 8,8 % des médecins ayant répondu s'accordent pour imposer l'arrêt de la conduite au patient. 3 soit 1,4 % des médecins souhaitent informer la préfecture. 5 soit 2,3 % demandent un avis auprès du conseil de l'ordre des médecins pour avoir une conduite à tenir concernant ce cas. 2 médecins soit 0,9 % donnent une autre réponse (un médecin demande l'avis d'un confrère gériatre et l'autre est médecin agréé et ferait directement un certificat d'inaptitude à la conduite).

Figure 4



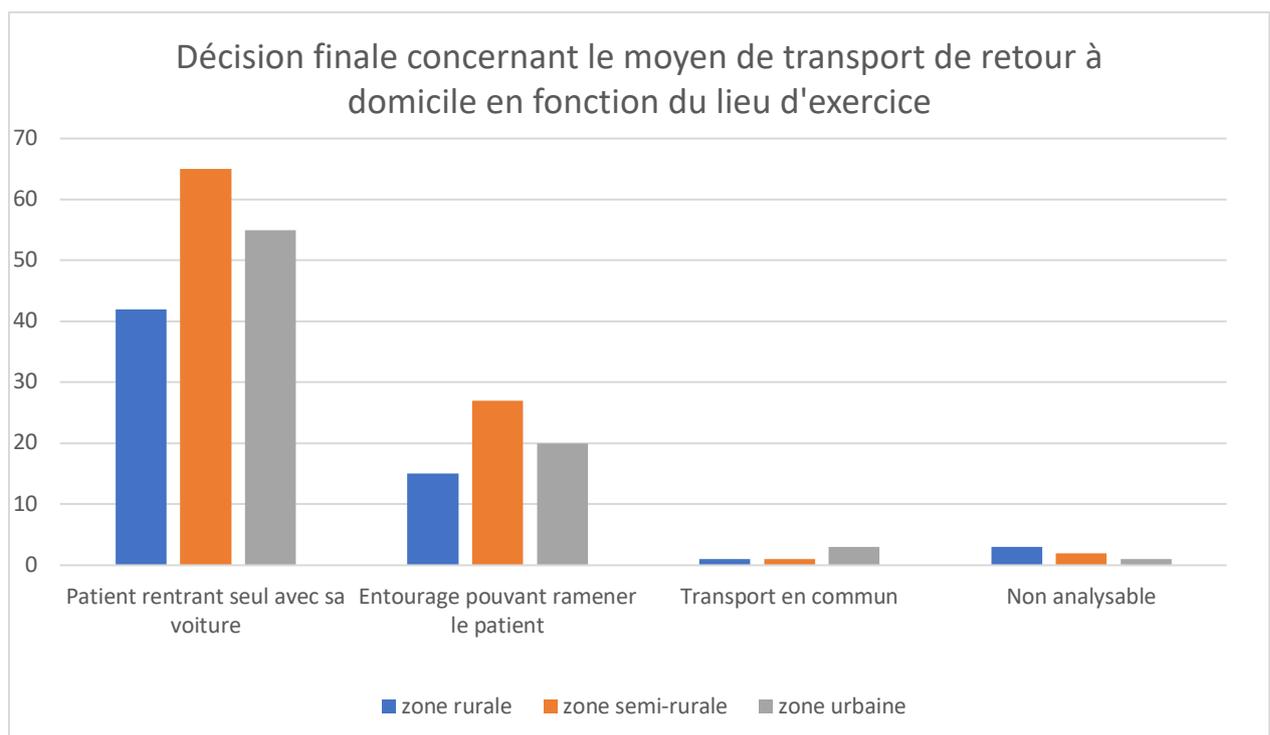
A la fin de ce cas clinique, 162 soit 75,3 % laissent le patient rentrer chez lui avec sa voiture. 62 soit 28,8 % lui demandent si une personne de son entourage peut le ramener. 5 soit 2,3 % lui demandent de rentrer en transport en commun. Parmi les autres réponses, 1 soit 0,5 % suggère de faire au patient une prescription médicale de transport pour les prochaines consultations. 1 soit 0,5 % invoque le secret professionnel et qu'une fois l'information délivrée au patient, celui-ci est libre de ses choix. 1 soit 0,5 % dit que si le patient n'est pas sous tutelle, il est difficile de lui imposer un choix. 1 soit 0,5 % dit ne pas pouvoir régler la situation en une seule fois. 1 soit 0,5 % n'est pas analysable. 1 soit 0,5 % ne sait pas comment faire face à cette situation. Ces résultats sont présentés dans la figure 5.

Figure 5



Une analyse en fonction du mode d'exercice a été faite (Figure 6). 42 soit 77,78 % des médecins exerçant en zone rurale laissent repartir le patient avec son véhicule personnel. 15 soit 27,78 % demandent au patient si un proche peut le ramener à son domicile. 1 soit 1,85 % lui demande de rentrer en transport en commun. 3 réponses soit 5,56 % ne sont pas analysables. Pour les médecins en zone semi-rurale, 65 soit 72,22 % laissent le patient rentrer chez lui en voiture. 27 soit 30 % demande à une tierce personne de le ramener. 1 soit 1,11 % demande au patient de rentrer en transport en commun. 2 soit 2,22 % sont non analysables. Pour les médecins exerçant en zone urbaine, 55 soit 77,46 % laissent le patient rentrer chez lui en voiture. 20 soit 28,17 % demandent aux patients si quelqu'un peut le ramener. 3 soit 4,23 % lui demandent de rentrer en transport en commun. 1 réponse soit 1,41 % est non analysable.

Figure 6

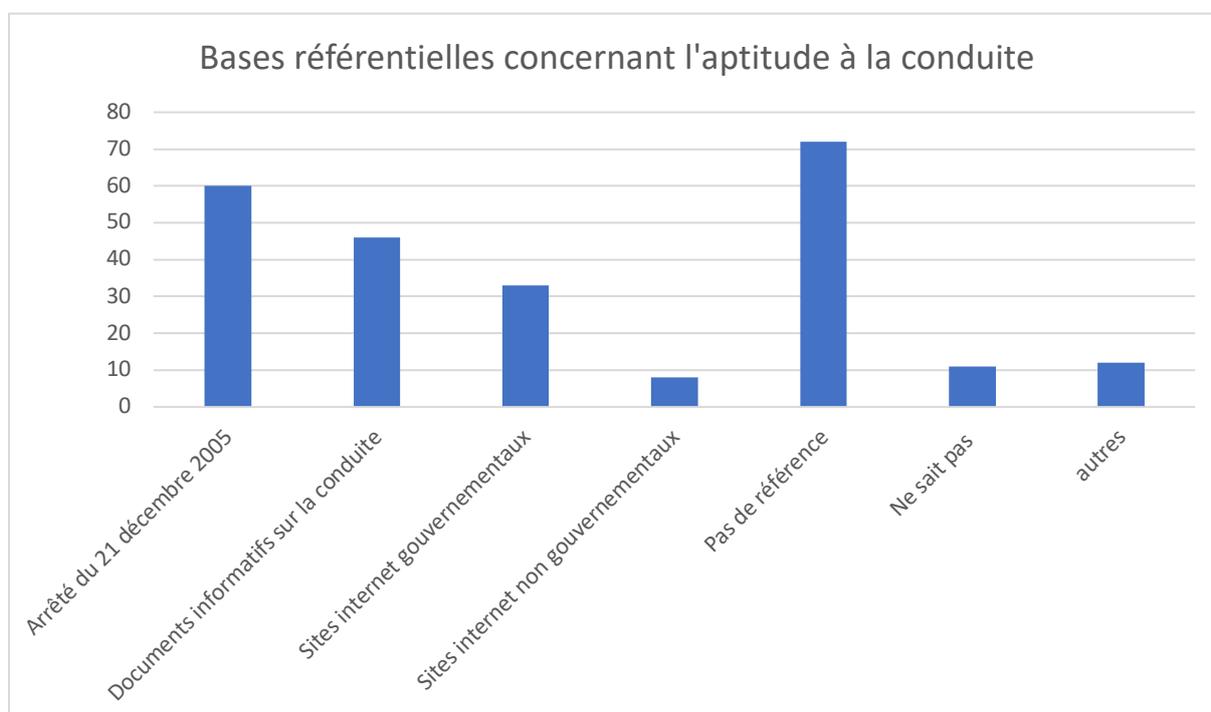


d) Aspect légal et références documentaires

La majorité des médecins notifient leur décision dans le dossier médical (183 soit 85,1%).

Lors de leurs décisions, 60 soit 27,9 % des médecins interrogés se réfèrent à l'arrêté du 21 décembre 2005. 46 soit 21,4 % se réfèrent à des documents informatifs sur la conduite automobile. 33 soit 15,3 % utilisent des sites internet gouvernementaux. 8 soit 3,7% utilisent des sites internet non gouvernementaux. 72 soit 33,5% des médecins interrogés ne se réfèrent à aucun texte dans leurs décisions. 11 soit 5% ne savent pas à quel texte réglementaire se référer. 12 soit 5,6% ont donné une autre réponse (bon sens, conscience personnelle, non concerné car ne fait pas de dépistage des contre-indications à la conduite automobile etc ...). Ces résultats sont présentés en figure 7.

Figure 7



4. Discussion

1. Prise en charge des situations de contre-indications à la conduite en médecine générale

Les médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées interrogés dans l'étude identifient la baisse de l'acuité visuelle, la prise d'hypnotiques, l'accident ischémique transitoire (AIT) récent et dans une moindre mesure l'âge, les comorbidités du patient et le diabète non insulino-dépendant comme facteurs pouvant constituer une contre-indication à la conduite. Ces données concordent avec ce que l'on retrouve dans la littérature. En effet, une méta-analyse réalisée en 2003 par Vaa (6) regroupait 62 études, la plupart étant des études cas-témoins. Cette méta-analyse classait les pathologies en fonction du risque relatif d'accident de la route. Cette étude retrouvait une différence statistiquement significative pour les pathologies sélectionnées par les médecins généralistes interrogés. Le risque relatif d'accident est de 1,09 pour les troubles visuels (6). Ce qui signifie que le risque d'accident est augmenté de 9% par rapport à une personne indemne de cette pathologie. Ce risque relatif est de 1,58 pour les prises de drogues ou de médicaments, 1,75 pour les pathologies neurologiques et 1,56 pour le diabète (6). L'âge n'apparaissait pas comme un facteur de risque en lui-même mais majorait le risque d'accident si une association avec une autre pathologie était retrouvée.

a) Baisse de l'acuité visuelle

Ce facteur a été le plus cité par les médecins généralistes de notre étude. Il est effectivement difficile d'imaginer une personne ayant un trouble visuel non corrigé conduire (7). Pourtant la méta-analyse retrouvait un risque relatif d'accident moins élevé que pour les autres pathologies (6). Cette baisse d'acuité visuelle étant ressentie par le patient, celui-ci peut adapter ses trajets et donc diminuer le risque d'accident. Une étude française regroupant 48 participants âgés de 23 à 77 ans retrouvait une réduction de la vitesse lorsque le champ visuel était réduit (8). Cette adaptation peut être une explication à ce risque relatif d'accident moins élevé. En France, l'estimation du nombre de conducteurs ayant un trouble visuel non ou mal corrigé est de 30% (9). Un pourcentage similaire a été retrouvé dans une étude espagnole réalisée en 2020 regroupant 3249 automobilistes (10). Devant ces chiffres, il semble

justifié que les médecins généralistes de notre étude aient cité en premier lieu les troubles visuels.

b) Prise de traitements hypnotiques

La consommation de traitements hypnotiques est prise en compte par les trois-quarts des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire. Une méta-analyse réalisée en 2011 (11) regroupant 21 études avait retrouvé un risque d'accident augmenté de 60 % et donc un résultat similaire à la méta-analyse réalisée par Vaa (6). Ce risque d'accident est majoré par 8 lors de la co-ingestion des benzodiazépines et de l'alcool (11). Ces traitements sont régulièrement prescrits parfois pour de longues périodes. On sait que la population française consomme trop de ces traitements anxiolytiques ou hypnotiques même si la situation s'améliore (12). La tendance à consommer ces substances tend d'ailleurs à augmenter avec l'âge et il avait été identifié que la grande majorité des prescriptions était réalisée par le médecin généraliste (12). Une information concernant la conduite devrait être systématique à la prescription et lors des réévaluations du traitement. L'instauration des pictogrammes sur les boîtes de médicaments aident le patient à identifier le risque concernant la conduite (13). Les risques pour la conduite doivent être expliqués au patient et éventuellement mentionnés sur l'ordonnance. Cependant, le médecin généraliste ne pourra pas contrôler le nombre de comprimés consommés ou l'heure de prise du traitement au domicile. Si la prise du traitement est décalée, notamment le soir avec une prise tardive, des effets peuvent persister au réveil et lorsque le conducteur utilise son véhicule.

c) Accident ischémique transitoire récent

L'accident ischémique transitoire (AIT) récent a interpellé 70% des médecins interrogés. Le risque réside surtout dans la récurrence de cet AIT. On considère que 30 % des accidents vasculaires cérébraux sont précédés d'AIT et 10 % des patients ayant eu un AIT vont présenter un infarctus cérébral constitué dans le mois qui suit si aucun traitement n'est mis en place (14). Le risque réside dans la survenue d'un nouvel épisode au volant d'un véhicule. Un contrôle strict des facteurs de risque est nécessaire afin de prévenir la récurrence. L'appréciation de ce risque peut être différente selon les praticiens (15). L'utilisation du score

ABCD2 permet d'identifier clairement un patient à risque de récurrence. L'avis et le suivi par un neurologue seront nécessaires pour envisager la poursuite de la conduite (16).

d) Diabète non insulino-dépendant équilibré

Concernant le diabète, celui-ci étant bien équilibré, le risque identifié par les médecins généralistes dans l'étude était faible. Les trois-quarts des médecins interrogés ne sélectionnaient pas cette pathologie. Une étude cas-témoin réalisée par Sagberg (17) regroupait 4448 participants. Cette étude a montré que le risque d'accident n'était pas significatif si le traitement était bien suivi. En revanche, la méta-analyse réalisée par Vaa (6) montrait que le risque relatif d'accident était augmenté pour le diabète. Cependant pour cette méta-analyse, aucune précision n'était donnée concernant l'observance du traitement et l'équilibre du diabète.

e) Age

L'âge était un facteur intéressant à étudier. On retrouve une augmentation de la prévalence des pathologies avec l'âge (6,18). Cet argument est pris en compte par 45% des médecins généralistes de l'étude. Cependant l'arrêté du 21 décembre 2005 ne précise pas un âge limite pour lequel la conduite doit être réévaluée. Le rapport d'élaboration (Rapport Domont) (19) de cet arrêté avait précisé qu'une simple évaluation sur l'âge était discutable dans le sens où cela entraînait une stigmatisation et une perte d'autonomie pour les personnes âgées ou la population rurale. Il était précisé que ces personnes âgées diminuaient d'elles-mêmes la distance ou encore adaptaient leur voyage aux conditions et à leurs capacités (temps de trajet, pas de trajet nocturne...). On voit d'ailleurs dans les résultats qu'aucune autre alternative à la voiture n'est envisagée par les médecins généralistes pour le retour à domicile après la consultation. Ce constat est identique pour l'exercice en milieu urbain, semi-rural ou rural.

II. Besoins des médecins généralistes pour étayer leurs décisions

Notre étude montre que les médecins généralistes souhaitent un avis spécialisé pour les troubles visuels, l'AIT et la prise d'hypnotique. Une confusion est parfois faite avec une demande de consultation auprès d'un médecin agréé. Ce médecin ne peut pas être sollicité

aux mêmes titres que le spécialiste d'organe. On voit dans cette démarche de demande d'avis la nécessité de sécuriser la prise en charge du patient concernant la conduite et l'importance médico-légale du sujet. Cette demande d'avis spécialisé est d'ailleurs régulièrement mentionnée dans l'arrêté du 21 décembre 2005 quelle que soit la classe de pathologies touchées. Si la prise en charge initiée par le médecin généraliste correspond au cadre légal, le patient reste libre de ses choix une fois la consultation terminée.

Il est cependant important de différencier le rôle du spécialiste d'organe et du médecin agréé. Le médecin agréé agit dans le cadre d'une expertise. Il ne rentre pas dans le parcours de soins du patient. On peut remarquer que certaines réponses du questionnaire mentionnent le médecin agréé comme un confrère auquel on peut avoir recours. Pourtant au même titre qu'un médecin du travail ou un médecin travaillant pour une assurance, le secret médical est de mise envers ce professionnel (22). On ne peut pas adresser un patient directement avec un courrier comme on le ferait pour une consultation chez le cardiologue. Le secret professionnel ne peut donc pas être rompu même à la demande du patient. Dans ce cas, un courrier sera adressé au patient et celui-ci sera libre de le donner ou non au médecin agréé. Il incombe au médecin généraliste d'informer son patient (23) afin que celui-ci comprenne les risques encourus si la conduite est poursuivie. Ce qui au vu des résultats du questionnaire est réalisé dans la majorité des cas. Il faut également préciser que le médecin agréé ne doit pas être le médecin traitant du patient.

III. Difficultés rencontrées

Les réponses nous montrent plusieurs difficultés pour les médecins généralistes dans la prise en charge des situations de contre-indications à la conduite automobile. La quasi-totalité des médecins interrogés considère ce sujet difficile à aborder. D'une part, les médecins ne sont pas formés à ces problématiques. D'autres part, ceux-ci prennent également en compte les conséquences pour leur patient. Une étude californienne regroupant 1772 participants retrouvait que le taux de symptômes dépressifs était plus important chez les sujets ayant arrêté la conduite dans les 3 ans suivant cet arrêt (24). Il peut exister un biais de confusion. Il n'est pas précisé si le patient a eu un événement de vie particulier (décès d'un proche, troubles cognitifs etc) durant le suivi de l'étude. Toutefois, l'induction d'une

symptomatologie dépressive est envisagée par 44,2% des médecins généralistes interrogés. Une autre conséquence évoquée est la perte d'indépendance de leurs patients. Cette limitation de l'autonomie peut être vécue comme liberticide pour le patient. Un risque fréquemment retrouvé dans la littérature est la rupture de l'alliance médecin-patient (20,21,25).

On remarque que la majorité des médecins interrogés n'a pas suivi de formation sur le sujet. Ce manque de formation peut être une explication aux difficultés pour aborder cette question avec les patients. Ce manque de formation comme le montre l'étude irlandaise faite par Omer et al (21), touchait également des médecins généralistes impliqués de manière active dans la prise en charge des contre-indications à la conduite. Cette difficulté a été abordée dans une autre thèse réalisée en 2005. On remarque que la situation n'a pas forcément changé (26). Ce travail soulignait déjà l'absence de formation des médecins généralistes concernant la connaissance des textes législatifs ou des pathologies contre-indiquant la conduite automobile bien que ces mêmes médecins souhaitaient s'investir dans une démarche active.

IV. Rôle du médecin généraliste en France

Cette situation peut être expliquée par l'absence d'évolution de la position du médecin généraliste en France. On reste essentiellement sur un médecin généraliste ayant une action préventive plutôt qu'active (27). Le médecin généraliste a un rôle d'information (28). Comme le montrent les résultats de notre étude, une part des médecins effectuent des recherches pour étayer leur prise en charge. En revanche, un tiers n'utilise pas de référence pour appuyer leurs décisions lors qu'ils considèrent que la conduite est dangereuse ou qu'elle peut être poursuivie. Pourtant, l'arrêté du 21 décembre 2005 régulièrement révisé dit, « qu'il doit servir de guide dans la conduite à tenir du spécialiste en médecine générale ou du spécialiste d'organe » (5) et par conséquent servir de référence pour informer le patient. L'information du patient doit aussi se faire à partir d'un référentiel afin de ne pas diffuser des informations erronées.

V. *Situation européenne*

Les médecins généralistes interrogés ont reconnu les principaux éléments du cas clinique pouvant poser des difficultés lors de la conduite automobile notamment pour la baisse de l'acuité visuelle, les traitements hypnotiques et l'AIT récent. La France, contrairement aux autres pays d'Europe, confie la tâche d'expertise de la conduite automobile au médecin agréé.

Des études sont réalisées dans les pays où les médecins généralistes ont un rôle actif afin d'évaluer leurs pratiques dans ce domaine. Une étude prospective réalisée par Sims et al (20) auprès de 257 médecins généralistes souligne la capacité des médecins généralistes à dépister cette aptitude ou inaptitude à la conduite et à réaliser une évaluation du patient. Des résultats similaires ont été retrouvés dans une autre étude prospective faite par Omer et al (21) en Irlande auprès de 603 médecins généralistes.

Par rapport aux autres pays européens, la France a opté pour une évaluation différente de la conduite automobile notamment dans la décision de ne pas imposer une visite médicale systématique. La question d'une évaluation systématique en fonction de l'âge avait été posée au moment de l'élaboration (19) de l'arrêté du 21 décembre 2005 mais non retenue car la mesure entraînait des inégalités. En comparaison, aux autres pays européens (29), la France ne fait pas d'examen d'aptitude systématique lors de l'obtention et après cette obtention (en dehors de certains cas particuliers, retrait de permis, déclaration de pathologies etc...). On note une légère évolution concernant la validité du permis de conduire, s'il n'y a pas d'examen systématique, les permis de conduire délivrés depuis 2013 sont valides 15 ans et soumis à un renouvellement administratif (30).

La plupart des autres pays européens ont adopté un examen d'aptitude à l'obtention du permis de conduire et en fonction de l'âge avec une réévaluation à partir d'un certain nombre d'année. De même la gestion du secret médical est différente. Certains pays ont accepté une dérogation du secret professionnel voir même un signalement obligatoire si le médecin traitant considère que son patient doit arrêter de conduire et que celui-ci refuse (29). Les résultats montrent également que plusieurs facteurs entrent en compte, un point majeur étant l'autonomie du patient. Ce problème de l'autonomie est d'ailleurs régulièrement évoqué

et il suffit de regarder notre mode de vie actuel (3) pour nous rendre compte que ce point est d'une importance capitale et que cela impacte la vie du patient.

VI. Biais et limites

Le taux faible de réponse est une première limite. La réponse au questionnaire se faisant sur la base du volontariat, seuls les médecins intéressés par le sujet ont répondu. La sollicitation importante des médecins généralistes pour les questionnaires de thèse peut également être un facteur de non-réponse. La période pendant laquelle s'est effectuée le recueil des données s'inscrit dans le cadre de la pandémie covid-19 où les médecins ont été sollicités de façon plus importante. Cette sollicitation a pu entraîner une fatigue ou un manque de temps pour répondre au questionnaire. Afin d'avoir un taux de réponse assez important, ce questionnaire a été assez court et ne couvre pas l'ensemble des aspects du sujet.

5. Conclusion

Les médecins généralistes de notre étude identifient la baisse de l'acuité visuelle, la prise d'hypnotiques, l'accident ischémique transitoire (AIT) récent et dans une moindre mesure l'âge, les comorbidités du patient et le diabète non insulino-dépendant comme les principaux facteurs pouvant constituer une contre-indication à la conduite automobile. Ils disent être attentifs à la question de l'aptitude à la conduite automobile malgré l'absence de formation initiale ou continue sur le sujet. Les médecins généralistes demandent principalement l'avis d'un spécialiste organe pour les troubles visuels, la prise d'hypnotiques et l'AIT récent. Cette demande d'avis spécialisé est recommandée par 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.

Une difficulté identifiée chez les médecins généralistes de notre étude réside dans l'identification du rôle du médecin agréé pour le permis de conduire et celui du spécialiste d'organe. Les médecins généralistes orientaient indistinctement leur patient vers un médecin agréé ou un spécialiste d'organe. Cependant un avis peut être pris auprès du spécialiste d'organe qui sera soumis au secret médical alors que le médecin agréé réalise une expertise et ne rentre pas dans le parcours de soins.

Le médecin généraliste reste soumis au secret médical et ne peut pas déclarer aux autorités les patients qu'il juge inaptes à la conduite automobile. Ceci peut amener un sentiment d'impuissance pour les médecins généralistes en limitant leur champ d'action et à terme limiter le dépistage des contre-indications à la conduite automobile. Il fait également apparaître un questionnement éthique et moral. La connaissance d'une pathologie entravant la conduite automobile sans pouvoir agir peut être difficile à accepter par le médecin généraliste. La difficulté apparaît en prenant en compte les risques pour autrui mais aussi dans le maintien de la conduite. Un maintien de la conduite peut signifier une augmentation du risque d'accidents mais répond parfois à une nécessité pour le patient (Maintien de son autonomie...). Son arrêt peut signifier l'apparition de nouvelles problématiques pour celui-ci (syndrome dépressif, isolement social, dépendance...) ainsi que la perte de l'alliance

thérapeutique. Une éventualité est de ne plus revoir le patient en consultation ou que celui-ci minimise ses symptômes devant le médecin. La déclaration d'une pathologie en affection longue durée pourrait être un moment privilégié par le médecin généraliste afin d'aborder ce sujet de la conduite automobile avec son patient dans le cadre d'une approche globale de la prise en charge.

Devant cette question de l'aptitude à la conduite, la plupart des pays européens ont adopté dans leur législation un examen systématique réalisé par le médecin généraliste avec une dérogation au secret professionnel possible. La législation française a évolué en 2013 en établissant un renouvellement administratif du permis de conduire mais aucun examen médical ne reste obligatoire.

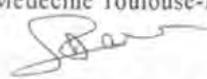
vu
Toulouse le 14/04/2021



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 15 avril 2021
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan



Didier CARRIÉ

6. Références bibliographiques

1. Comité interministériel de la sécurité routière. Sauvons plus de vies sur nos routes. 2018.
2. Équipement des ménages. Tableaux de l'économie française. Insee
3. Véhicules en service | Insee
4. Association prévention routière. Etude accessibilité au permis B. 2012 juill.
5. 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
6. Vaa T, Transportøkonomisk institutt (Norway). Impairments, diseases, age and their relative risks of accident involvement: results from meta-analysis. Oslo, Norway: Institute of Transport Economics; 2005.
7. Rizzo M. Eyes, Brains, and Autos. Arch Ophthalmol. 1 avr 2004;122(4):641.
8. Roge J, Pe'bayle T, Campagne A, Muzet A. Useful Visual Field Reduction as a Function of Age and Risk of Accident in Simulated Car Driving. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1 mai 2005;46(5):1774.
9. Vue et conduite. SNOF.
10. Lijarcio I, Useche SA, Llamazares J, Montoro L. Are Your Eyes "on the Road"? Findings from the 2019 National Study on Vision and Driving Safety in Spain. IJERPH. 4 mai 2020;17(9):3195.
11. Dassanayake T, Michie P, Carter G, Jones A. Effects of Benzodiazepines, Antidepressants and Opioids on Driving: A Systematic Review and Meta-Analysis of Epidemiological and Experimental Evidence. Drug Safety. févr 2011;34(2):125-56.
12. ANSM. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. avr 2017;60.
13. Arrêté du 18 juillet 2005 pris pour l'application de l'article R. 5121-139 du code de la santé publique et relatif à l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments et produits. JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE août 2, 2005.
14. Accidents vasculaires cérébraux. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016
15. Coull AJ, Rothwell PM. Underestimation of the Early Risk of Recurrent Stroke: Evidence of the Need for a Standard Definition. Stroke. août 2004;35(8):1925-9.

16. Bouvet R, Baert A, Le Gueut M. Affections neurologiques et aptitude à la conduite automobile. *Pratique Neurologique - FMC*. févr 2014;5(1):27-31.
17. Sagberg F. Driver health and crash involvement: A case-control study. *Accident Analysis & Prevention*. janv 2006;38(1):28-34.
18. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire, Prendre en charge une personne âgée polyathologique en soins primaires. 2015
19. Domont PA. Rapport du groupe de travail relatif aux contre-indications à la conduite automobile. :97.
20. Sims J, Rouse-Watson S, Schattner P, Beveridge A, Jones KM. To Drive or Not to Drive: Assessment Dilemmas for GPs. *International Journal of Family Medicine*. 2012;2012:1-6.
21. Omer S, Dolan C, Dimitrov BD, Langan C, McCarthy G. General practitioners' opinions and attitudes towards medical assessment of fitness to drive of older adults in Ireland: Assessment of fitness to drive in older adults. *Australasian Journal on Ageing*. sept 2014;33(3):E33-8.
22. Manaouil C, de Lentaigne de Logivière X, Seillier J-F, Jardé O. Rôle du médecin agréé pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite. Aspects pratiques, responsabilité et secret médical. *La Presse Médicale*. sept 2015;44(9):923-30.
23. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des usagers de la santé.
24. Ragland DR, Satariano WA, MacLeod KE. Driving Cessation and Increased Depressive Symptoms. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 1 mars 2005;60(3):399-403.
25. Jones K, Rouse-Watson S, Beveridge A, Sims J, Schattner P. Fitness to drive – GP perspectives of assessing older and functionally impaired patients. :5.
26. Guillerme Ari AL. Aptitude médicale à la conduite automobile. [Faculté de médecine de Bobigny]: Université Paris Nord; 2005.
27. Sénéchal A, Manaouil C. Permis de conduire et aptitude médicale. *La Presse Médicale*. sept 2015;44(9):916-22.
28. Article R412-6 - Code de la route - Légifrance. Code de la route.
29. Lentaigne de Logivière X, Jardé O, Manaouil C. Évaluation médicale de l'aptitude à la conduite automobile au sein de l'Union européenne. *La Presse Médicale*. sept 2015;44(9):935-40.
30. Quelle est la durée de validité d'un permis de conduire ? [Internet].

ANNEXE

Questionnaire de thèse : Aptitude médicale au permis de conduire et médecine générale

Chers futurs confrères,

Je m'appelle Vielle Jean, je suis interne en médecine générale. Je réalise un travail de thèse sur l'aptitude au permis de conduire dirigé par le Dr Michel Bismuth.

L'objectif est d'évaluer la prise en charge des situations de contre-indications à la conduite automobile en médecine générale.

Un grand nombre de pathologie relèverait de l'évaluation par un médecin agréé à l'aptitude au permis de conduire. Je me suis rendu compte lors de mes stages que la question de la conduite n'est pas fréquemment abordée. Je souhaite donc réaliser un état des lieux de ces difficultés rencontrées sur le sujet.

Merci de répondre à ce court questionnaire qui ne vous prendra qu'une dizaine de minutes.

En vous remerciant par avance de vos réponses.

1. Age
 - < 40 ans
 - 40 à 50 ans
 - 50 à 60 ans
 - > 60 ans

2. Sexe
 - Féminin
 - Masculin

3. Nombre d'années d'exercice
 - Moins de 10 ans
 - 10 à 20 ans
 - 20 à 30 ans
 - Plus de 30 ans

4. Mode d'exercice ?
 - Rural
 - Semi-rural
 - Urbain

5. Avez-vous suivi une FMC ou reçu une formation sur l'aptitude à la conduite automobile ?

- Oui
- Non

6. L'aptitude à la conduite automobile est-elle un sujet facile à aborder ?

- Oui
- Non

7. Si oui, pour quelles raisons

- Sujet intéressant
- Importance médico légale
- Autre :

Si non pour quelles raisons

- Manque de temps
- Peur de la réaction du patient
- Risque d'une perte d'autonomie pour le patient
- Manque de formation sur le sujet
- Autre :

8. Pensez-vous avoir un rôle à jouer dans le dépistage des contre-indications à la conduite ?

- Oui
- Non

Vous recevez un patient âgé de 80 ans en consultation pour le renouvellement de son traitement.

Dans ces antécédents, vous retrouvez une fibrillation auriculaire traitée, un diabète insulino-dépendant contrôlé, de l'arthrose cervicale et des mains.

Traitements : Eliquis, Bisoprolol, Zopiclone,

Il vous apporte un compte rendu d'un passage aux urgences pour une suspicion d'AIT il y a 6 mois.

En fin de consultation, il vous demande de remplir le chèque car sa vue a baissé.

Il vit seul à la campagne où ses enfants viennent lui rendre visite une fois par semaine. Il utilise sa voiture pour faire ses courses et pour les services de premières nécessités en restant dans un périmètre restreint.

9. Avez-vous déjà rencontré ce type de situation ?

- Oui
- Non

10. Interrogez-vous ce type de patient sur sa capacité à conduire ?

- Oui
- Non

11. Sur quels éléments du cas clinique vous basez vous ?

- Fibrillation auriculaire traitée
- Diabète insulino-dépendant contrôlé
- Arthrose cervicale
- Arthrose des mains
- Age
- Comorbidité
- AIT récent
- Baisse de l'acuité visuelle
- Traitement hypnotique
- Autre :

12. Dans votre prise en charge, demandez-vous un avis spécialisé ?

- Oui
- Non

13. Quel(s) type(s) d'avis demanderiez-vous ?

- Avis d'un médecin spécialiste d'organe
- Avis d'un paramédical (orthoptiste, kinésithérapeute...)
- Test de conduite dans une auto-école
- Avis de la famille
- Autre :

14. Concernant les éléments du cas cliniques, lequel ou lesquels vous feraient demander un avis médical spécialisé ?

- Fibrillation auriculaire traitée
- Diabète insulino-dépendant contrôlé
- Arthrose cervicale
- Arthrose des mains
- Age
- Comorbidité
- AIT récent
- Baisse de l'acuité visuelle
- Traitement hypnotique
- Autre :

15. Quelles circonstances vous influenceraient dans votre décision vis-à-vis de la conduite automobile ?

- Nécessité de conduire pour maintenir l'autonomie
- Nécessité de conduire pour éviter un isolement social
- Présence d'un entourage familial fiable
- Absence d'un entourage familial fiable
- Risque d'induire une symptomatologie dépressive
- Autre :

16. Dans le cas où le maintien de la conduite automobile vous semble dangereux, comment procédez-vous ?

- Information du patient
- Information de la famille (conjoint, enfants...)
- Orientation vers un médecin agréé pour le permis de conduire muni d'un courrier
- Vous lui imposez l'arrêt de la conduite automobile
- Vous informez les autorités préfectorales
- Vous prévenez le conseil de l'ordre des médecins
- Autre :

17. Concernant la fin de cette consultation, comment faites-vous ?

- Vous laissez le patient rentrer chez lui avec sa voiture
- Vous demandez si quelqu'un peut venir le ramener chez lui
- Vous lui demandez de rentrer chez lui en transport en commun
- Autre :

18. Notifiez-vous votre décision dans le dossier médical ?

- Oui
- Non

19. Dans vos décisions vous référez vous à un texte réglementaire ?

- Arrêté du 21 décembre 2005 relatif aux affections médicale incompatible avec la conduite automobile
- Documents informatifs sur la conduite automobile
- Sites internet gouvernementaux
- Sites internet non gouvernementaux
- Autre :

AUTEUR : Jean VIELLE

TITRE : Aptitude médicale au permis de conduire et médecine générale

DIRECTEUR DE THESE : Dr Michel BISMUTH

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine de Toulouse Purpan, le 6 mai 2021,

Résumé en français

Introduction : En France, l'automobile est un moyen de déplacement essentiel en milieu urbain et rural. La conduite automobile est une tâche complexe faisant appel à plusieurs sens. De nombreuses pathologies peuvent entraver ces sens et donc la conduite. Or, ces pathologies ne sont pas toujours dépistées. Ces situations sont fréquemment rencontrées en médecine générale et peuvent poser difficulté au médecin généraliste.

Objectifs : L'objectif principal est d'évaluer la prise en charge des situations de contre-indications à la conduite automobile (permis B) chez les médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées. L'objectif secondaire est d'évaluer les difficultés que peuvent rencontrer ces médecins généralistes.

Méthode : Cette étude quantitative se base sur un questionnaire envoyé aux médecins de l'ex-région midi Pyrénées. Ce questionnaire est construit en deux parties. La première partie interroge sur les caractéristiques personnelles du médecin. La deuxième partie consistait en plusieurs réponses portant sur un questionnaire. Ce cas clinique avait pour but d'explorer les différentes classes de l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire.

Résultats : 87,9 % des médecins interrogés n'ont pas reçu de formation sur l'aptitude à la conduite. 96,3 % des médecins interrogés considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans le dépistage des contre-indications à la conduite automobile. Le cas clinique était représentatif d'un patient pouvant se présenter dans un cabinet de médecine générale pour 83,7 % des médecins interrogés. Les troubles visuels, les traitements hypnotiques et l'accident ischémique transitoire sont les pathologies du cas clinique les plus cités comme étant à risque pour la conduite. L'âge était cité dans une moindre mesure. Ces pathologies font demander un avis médical spécialisé. Cependant 75,3 % des médecins interrogés laissent ce patient rentrer seul avec son véhicule. 73 % des médecins interrogés considèrent ce sujet comme difficile à appréhender.

Discussion : Les troubles visuels, les traitements hypnotiques et l'accident ischémique transitoire sont les pathologies les plus citées dans la littérature comme étant à risque pour la conduite. L'âge n'est pas un facteur de risque à part entière mais majore le risque d'accident en association avec d'autres pathologies. L'orientation vers un médecin spécialisé est recommandée par l'arrêté du 21 décembre 2005 pour ces différentes pathologies. La prise en charge de cette situation de contre-indication à la conduite est adaptée aux données de la littérature et législative. Cependant les difficultés peuvent apparaître devant le manque de formation rapporté par les médecins. Le secret médical envers le médecin agréé est également un frein. Un risque étant la perte de l'alliance médecin-patient mais aussi des conséquences pour l'autonomie du patient en cas de suppression du permis de conduire avec parfois l'induction d'une pathologie dépressive. Contrairement à la France, la plupart des pays européens ont préféré mettre en place un examen obligatoire de la conduite automobile.

Mots-Clés : Aptitude à la conduite automobile, médecine générale,

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France