

“La prévention des accidents  
de la route est-elle affaire de culture,  
de formation ou de dissuasion ?”

Actes du colloque organisé  
à l’occasion du cinquantième anniversaire  
de La Prévention Routière

*Avec le soutien de la Fédération Française  
des Sociétés d’Assurances*

Paris, 3 et 4 mai 1999



**LA PREVENTION  
ROUTIERE**

**1949 - 1999**  
50 ANS D' ACTIONS POUR  
UNE ROUTE PLUS SÛRE

Atelier D  
Sous la présidence du  
Professeur JEAN-FRANÇOIS CAILLARD  
Président du Conseil Médical de La Prévention Routière

## **L'aptitude médicale à la conduite**

---

**REMY HEITZ**

Direction des affaires criminelles et des grâces, Ministère de la Justice

**Dr CHARLES MERCIER-GUYON**

CERMT, Annecy

**Dr PIERRE MOUTERDE**

DSCR

### *Pr. Jean-François Caillard*

Je suis Président du Conseil médical de La Prévention Routière, depuis relativement peu de temps, et nous essayons au sein de ce conseil, qui comporte à la fois des spécialistes des victimes, des chirurgiens, des urgentistes, des médecins de compagnies d'assurance et des représentants de spécialités médicales qui ont un intérêt extrêmement particulier dans la prévention routière, je pense notamment aux ophtalmologistes qui ont énormément travaillé ces dernières années au sein de notre conseil sur les problèmes d'aptitude visuelle à la conduite. Il y a un spécialiste du sommeil, nous accueillerons sans doute bientôt un spécialiste du vieillissement et moi-même je suis spécialiste de médecine préventive, plus spécialement de médecine du travail qui est une des formes principales de médecine préventive et de santé publique aujourd'hui.

La notion d'aptitude médicale au travail est évidemment corrélée au problème plus vaste du comportement, dont on sait qu'il est un des déterminants essentiels

des accidents de la route. Une première réflexion s'ouvre à nous : voir dans quelle mesure les comportements sont influencés par des phénomènes pathologiques, par des altérations de l'état de santé, qui peuvent influencer sur eux. S'ils sont dépistés et connus, on pourra peut-être contribuer soit à éliminer de la population des conducteurs des personnes à comportements extrêmement dangereux, soit à modifier ces comportements.

Cette vérification de l'aptitude médicale à la conduite peut s'envisager de deux manières différentes, à la fois parce que la réglementation n'en précise qu'une partie et parce que la relation entre la détermination de cette aptitude et la période, le temps pendant lequel elle va être mise en œuvre est évidemment tout à fait différente selon qu'il s'agit de décisions réglementaires d'aptitude à la conduite ou de ce que j'appellerai l'aptitude médicale en instantané. Les premières sont prises pour une période donnée, généralement un an au minimum et souvent beaucoup plus, pour des délais qui sont de l'ordre de cinq ans, et parfois de manière permanente. Il y a un certain nombre de catégories qu'on pourra examiner ainsi, qui sont des décisions qui sont prises par une autorité, qui impose au conducteur sa conclusion. Par l'aptitude en instantané, je désigne des états de santé qui sont passagers, mais qui peuvent avoir une influence importante sur la conduite. Ils devraient être pris en considération et contrôlés un peu comme on le fait pour ces décisions d'aptitude qui sont prises à plus long terme. Alors que cette aptitude médicale n'est suivie par aucune autorité particulière, en dehors des situations exceptionnelles, d'état d'alcoolisme ou de situations d'urgence telles qu'on peut les rencontrer lorsqu'on s'intéresse à la conduite professionnelle (par exemple en médecine du travail où il n'est pas du tout inhabituel qu'un conducteur vienne en urgence se faire examiner pour qu'on essaye de mieux appréhender son état de santé du moment et donc son aptitude à la conduite). Mais la plupart du temps, il n'y a aucune décision, aucun décideur et on se situe dans une sorte d'auto-évaluation de son aptitude médicale à la conduite et je crois qu'il y a là un champ tout à fait important à explorer. A la limite, il entre en relation avec l'atelier qui se tient en ce moment sur la communication. Tous ceux qui ont une responsabilité en matière de prévention routière, qu'elle soit professionnelle ou bénévole, je pense tout particulièrement au corps médical, devraient jouer un rôle important, un rôle éducatif essentiellement, visant à ce que les connaissances médicales sur les troubles du comportement susceptibles d'influencer la conduite soient intégrés par le plus grand nombre de conducteurs possibles. Je crois qu'il y a là une piste de réflexion importante pour notre travail de ce matin. Nous n'aborderons pas

ce matin la question des outils techniques objets de recherches dans le domaine de l'ergonomie des transports, notamment les systèmes d'auto évaluation en temps réel de son aptitude à la conduite, par exemple les outils de détection de l'hypovigilance qui, demain sans doute, seront mis à la disposition de nombre de conducteurs.

Je voudrais ajouter qu'il y a des circonstances dans lesquelles cette aptitude médicale à la conduite est connue. D'une part au moment de l'obtention du permis de conduire dans certaines conditions, lorsqu'il y a signalement d'une anomalie de l'état de santé susceptible d'influencer la capacité à conduire. Dans le cadre de la conduite professionnelle, ce sont essentiellement les conducteurs de véhicules lourds qui sont concernés : ils subissent une vérification régulière, périodique de leur aptitude médicale. En médecine du travail c'est très important, car 2/3 des accidents du travail mortels sont des accidents de circulation, ce qui pour les entreprises qui sont responsables à la fois moralement et financièrement de leur taux élevé éventuel d'accidents de travail, pose un problème considérable puisqu'ils ne leur appartient pas de contrôler la majorité des déterminants de ces accidents mortels. Donc dans le cas de la conduite professionnelle, il y a d'une part les aptitudes au permis de conduire mais il y a également la vérification annuelle de l'aptitude à la conduite dans les circonstances dans lesquelles elle se fait. C'est toute la problématique de l'aptitude générale au travail qui tient compte notamment de l'outil, de l'environnement, du temps de parcours, etc. Et c'est vrai pour toutes les circonstances de détermination médicalisée de l'aptitude au travail que le message d'information, de formation, de sensibilisation à la problématique de la sécurité routière est un des temps essentiels de la détermination de cette aptitude.

Il y a enfin des circonstances où la détermination est rétrospective lorsqu'il y a une enquête d'accident, lorsqu'il y a une expertise diligentée par une compagnie d'assurance, par exemple.

Voilà donc très schématiquement les circonstances dans lesquelles on se penche sur l'aptitude médicale à la conduite. Nous n'aborderons pas aujourd'hui toutes les questions médicales qui ont un lien avec cette aptitude. Nous savons bien le poids très important des problèmes cardio-vasculaires, des états circulatoires cérébraux, des problèmes neurologiques - même si la compréhension de l'épilepsie s'est bien améliorée, elle continue à poser problème - les problèmes de diabète, les troubles de la vision dont le Conseil médical de La Prévention

Routière a fait un de ses principaux thèmes ces dernières années. Les problèmes qui sont peut-être les plus importants, en tout cas quantitativement, sont ceux qui ont trait à la perte de conscience ou à la diminution de l'état de conscience, à l'état de vigilance, qu'il s'agisse de l'alcool, des drogues, des médicaments ou de choses que l'on connaît un peu mieux aujourd'hui qui sont les effets tout simplement de la fatigue et de l'accumulation de la fatigue - ce qu'on appelle la "dette de sommeil" - sur la vigilance, c'est là une des causes majeures d'accident. Il y a des choses un petit peu moins connues, comme les "apnées du sommeil" qui sont des découvertes relativement récentes vis à vis desquelles on a des possibilités thérapeutiques qui permettent de compenser les incapacités qui pourraient en résulter. Je citerai enfin le problème des affections psychiatriques pures ou de celles qui accompagnent la dernière partie de la vie, celles qui sont liées au vieillissement ou du moins dont l'incidence augmente avec l'âge, je pense plus particulièrement à la maladie d'Alzheimer. Mais il n'est pas question bien sûr aujourd'hui d'envisager tous ces thèmes de réflexion et d'action.

Le Docteur Mouterde, médecin conseil à la Sécurité Routière, va nous parler des aspects réglementaires de cette notion d'aptitude médicale à la conduite. Monsieur Heitz, est magistrat et dirige le bureau de la justice pénale et des libertés individuelles à la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces au Ministère de la Justice. A la lumière de son expérience de pénaliste, il nous introduira la question de la responsabilité, qui est d'abord pénale bien entendu, mais qui est également d'une autre nature, et je pense plus particulièrement à la responsabilité individuelle, à la responsabilité morale et à la mesure dans laquelle il peut y avoir conflit entre la liberté individuelle et la sécurité publique. Nous savons malheureusement que nous avons en France beaucoup à travailler dans ce domaine car c'est sans doute une des raisons fortes qui explique le mauvais état de nos indicateurs par rapport à beaucoup d'autres pays dont le niveau de développement est comparable. Le Dr Mercier-Guyon nous parlera du problème des drogues et des médicaments, et plus précisément de leur influence sur l'aptitude médicale à la conduite.

### *Docteur Pierre Mouterde*

La prévention des accidents de la route par un contrôle médical des éventuelles incapacités des conducteurs est pour moi un sujet très difficile, dans la mesure

où le sur risque que provoque telle ou telle pathologie est bien difficile à établir scientifiquement. De nombreux paramètres sont en cause, les deux principaux étant la vitesse et les modes d'utilisation du véhicule.

La réglementation en la matière repose sur trois textes :

- une directive européenne qui est maintenant applicable depuis un an et qui fixe dans les différents pays de l'Union des règles communes en matière de permis de conduire et en matière de normes d'aptitude à la conduite,
- un arrêté de 1999 définit quelles sont les personnes astreintes à la visite médicale,
- un arrêté de 1997, qui est la transposition de la directive européenne, fixe les normes a minima d'aptitude à la conduite ou plus exactement les recommandations en la matière.

Quelles sont dans notre pays les personnes astreintes à la visite médicale dans le cadre de leur permis de conduire ?

L'administration distingue deux types de permis, le permis lourd et le permis léger qui est le permis de tourisme. Le permis lourd est nécessaire pour conduire les poids lourds, les transports en commun mais aussi les taxis et les ambulances. Pour ce groupe de permis, les choses sont simples si je puis dire, les titulaires passent une visite périodique tous les cinq ans, dans les préfectures, en complément de la médecine du travail, on le verra, pour les chauffeurs salariés.

Pour le permis de tourisme, il n'existe pas dans notre pays de visite systématique pour tous les conducteurs, pour l'obtention du permis. Jusqu'à nouvel ordre, nous avons suivi les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui demande d'éviter les contrôles de masse, coûteux et peu performants. On a donc établi un système de filtre, qui comprend un questionnaire médical à l'inscription au permis de conduire, la possibilité pour l'inspecteur du permis de conduire, lorsqu'il fait passer l'épreuve pratique du permis, de provoquer une visite médicale et, pour le contrôle de la vue, le test d'une lecture de plaque minéralogique à une certaine distance.

Je vous rappelle ce questionnaire médical que vous remplissez lorsque vous demandez votre permis de conduire, le fameux imprimé 02 de l'administration,

qui outre des renseignements administratifs contient un petit questionnaire médical “êtes-vous porteur d’un dispositif de correction de la vision ? êtes-vous borgne ? êtes-vous atteint d’une affection cardiologique, de la vision, ORL, ou neurologique susceptible d’interférer sur la conduite ? Etes-vous atteint d’une infirmité de locomotion ?”. La réponse positive à cette question entraîne bien sûr une visite médicale.

Le deuxième filtre, c’est l’Inspecteur du permis de conduire. Celui-ci peut provoquer une visite médicale si le questionnaire médical à l’inscription a été rempli avec une absence de sincérité évidente, ou s’il constate une anomalie.

A l’inscription au permis, le questionnaire médical, la décision de l’inspecteur, et enfin le test de lecture d’une plaque minéralogique sont les trois points de contrôle établis par la réglementation.

En aval de l’obtention du permis, il n’y a plus aucune visite médicale de principe. Seules trois situations provoquent une visite médicale : une suspension de permis de plus d’un mois, une annulation de permis qui entraîne à la fois une visite médicale et un examen psychotechnique et puis enfin un troisième cas, qui prend de l’importance, c’est la possibilité pour le préfet sur information de provoquer une visite médicale. Sur information, on entend la gendarmerie ou la famille et on voit cette circonstance augmenter en fréquence avec le problème de la conduite des personnes âgées.

Comment se passent ces visites médicales ?

C’est là qu’interviennent les commissions médicales préfectorales. Il existe dans chaque préfecture et sous-préfecture des commissions médicales qui sont chargées d’examiner les conducteurs. Elles comprennent deux médecins généralistes, fonctionnant en commission et agréés par le préfet. Une commission de spécialistes des différentes disciplines concernées intervient le cas échéant. Ces médecins spécialistes interviennent soit pour donner des avis spécialisés en particulier sur la vue, soit pour permettre d’établir des recours pour les personnes qui sont mécontentes des décisions prises à leur égard. Elles fonctionnent donc en commission d’appel de contre-expertise.

Chaque année, en France, se passent environ 900 000 visites, chiffre relativement stable d’une année sur l’autre. 40 % concernent le groupe tourisme, donc

c'est a priori des gens à problèmes ou des infractionnistes, 60 % concernent le groupe lourd, donc les conducteurs professionnels qui sont astreints à des visites tous les 5 ans en préfecture. Les annulations de permis concernent 20 000 personnes, dont 8 400 pour le permis à points qui monte progressivement en puissance.

Sur ces 900 000 visites, (chiffres 1996), les décisions prises concernent l'aptitude bien sûr, c'est la majorité 75 à 80 % des cas ; les permis temporaires sont importants, 20 % des cas, il s'agit essentiellement de problèmes d'alcoolisme. Et enfin les inaptitudes représentent selon les années de 1 à 2 % des cas. C'est à dire et c'est un nombre qui est souvent mal connu, qu'environ 15 à 18 000 personnes par an perdent leur permis de conduire pour raison médicale. Ce nombre est à peu près équivalent aux annulations judiciaires annuelles.

Les causes médicales de ces inaptitudes sont en premier lieu l'alcool, ce n'est pas une surprise, c'est la grande majorité des cas, mais j'attire votre attention sur la deuxième cause, les troubles neuropsychiatriques qui prennent de plus en plus d'importance par rapport aux causes traditionnelles d'inaptitude que représentaient la vue, les problèmes cardiaques, les handicaps physiques.

En pratique, je pense que ces examens médicaux réglementaires, passés en préfecture, s'avèrent très efficaces dans la lutte contre la dépendance alcoolique. Ils permettent, par le biais de permis temporaires, de maintenir une contrainte efficace sur ce type de conducteur. Cette visite est pour les chauffeurs professionnels, non salariés, en compte propre, selon l'expression de l'administration, la seule visite médicale qu'ils ont à subir pour des métiers qui ont des charges et des contraintes de travail très lourdes.

**Par contre, le rôle, dans les accidents de la route, des affections somatiques, hors alcool et troubles du comportement, nous paraît, dans cette expérience, beaucoup plus difficile à cerner.** Les paramètres en cause sont très nombreux, vous les imaginez, l'expérience, le manque de goût de la performance quand on a un problème physique, l'auto-discipline non pas par civisme mais par simple confort personnel, une utilisation réduite ou auto-limitée du permis de conduire sont autant de paramètres qui rendent très difficiles des études scientifiques. Notre expérience laisse de nombreuses questions en suspens. Quel est le rôle des troubles de la vue, non pas en tant que problème de santé publique mais en tant que facteur d'insécurité routière ? Supprimer le permis alors que

le conducteur a un bonus d'assurance de 50 % n'est quand même pas très satisfaisant. Quel est le rôle des problèmes cardiaques ? On voit apparaître les défibrillateurs implantables, qui vont poser un problème difficile de décision. Les tranquillisants : est-on plus dangereux avec ces tranquillisants ou sans, si la prescription médicale est justifiée ? A-t-on gravement méconnu les problèmes de pathologie du sommeil ou est-ce que cela restera une pathologie limitée ? Nous voyons apparaître des problèmes de maladie de Parkinson, d'Alzheimer débutants qui sont difficiles à trancher. Le problème est tout aussi important dans le groupe lourd professionnel car le sur risque est évidemment difficile à définir entre la conduite d'un véhicule léger et d'un poids lourd. D'autre part, nous voyons beaucoup de personnes qui ont des problèmes de santé, qui n'ont pas de qualification professionnelle et qui, à l'âge adulte, se tournent vers des métiers de conduite qui a priori en demandent moins. Donc quelle attitude adopter vis à vis des malentendants ? Est-il légitime par exemple d'interdire la conduite d'un camion à un sourd-muet pour parler simple ? Est-il légitime d'interdire totalement la conduite à quelqu'un qui a une épilepsie qui est parfaitement bien contrôlée par le traitement ? Est-il légitime d'interdire la conduite d'un poids lourd sous insuline ? Certes pour des transports internationaux la question ne se pose pas mais pour un usage limité du permis ? Ainsi, on s'aperçoit que dans beaucoup de pays européens, dont le nôtre, la réglementation est très prudente, soit dans son principe, soit dans son application effective.

Je terminerai peut-être par une suggestion. Dans notre pays, le permis de conduire obéit à la loi du tout ou rien, c'est à dire on a son permis ou on le l'a pas. Dans un certain nombre de pays, les pays scandinaves en particulier, il existe des permis avec restriction d'usage, permis de jour, permis départementaux, permis avec vitesse limitée personnalisée, et je crois que dans notre pays, ce serait très utile pour aider les médecins à régler ces problèmes médicaux, souvent difficiles, et à moduler les décisions. Merci.

*Pr. Jean-François Caillard*

Merci beaucoup, Monsieur Mouterde. Je crois que cet exposé introduit particulièrement bien la discussion qui va suivre. Et je vous propose maintenant d'approfondir, avec le Dr Mercier-Guyon, un des aspects envisagés, celui de la prise de drogues, d'alcool et de médicaments.

## *Dr Charles Mercier-Guyon*

Je suis secrétaire du Conseil médical de La Prévention Routière et Président du comité de la Haute-Savoie. Je travaille au sein d'un centre de recherches sur le problème des drogues, des médicaments et de la conduite depuis une douzaine d'années maintenant. Ceci, tant au sein du Conseil médical de La Prévention Routière, qui a toujours été en pointe dans ce combat, qu'au niveau de la Société Française de Médecine du Trafic, où je travaille sur ces mêmes facteurs ainsi que dans un certain nombre d'instances nationales et internationales, la plus importante étant le Conseil International Alcool, Drogues et Sécurité Routière, l'ICADTS.

Il se passe également beaucoup de choses, que je suis de près actuellement, au niveau du Conseil de l'Europe et de la Commission de Bruxelles. Celle-ci n'a pas compétence pénale, c'est à dire qu'elle n'intervient absolument pas sur le côté délit mais elle intervient par contre en termes de propositions dans le contexte de l'aptitude administrative à la conduite, comme l'a expliqué le Dr Mouterde. On essaye maintenant au niveau des législations nationales de se mettre dans un état d'esprit d'harmonisation et de suivre un certain nombre de directives. Ces directives nous y contribuons et la DSCR a été et reste très active dans ce champ.

L'exposé que vient de faire le Dr Mouterde montre bien que l'aptitude médicale à la conduite, dès qu'on aborde la consommation de substances psychotropes, que ce soit l'alcool, que ce soit les drogues ou les médicaments, est un problème trop grave pour être abordé avec une vue manichéenne. Effectivement, la sanction pénale, le fait de conduire dans un état dans lequel on s'est mis plus ou moins volontairement et qui rend dangereux vis à vis d'autrui, est un problème qui concerne le législateur et qui touche au domaine du délit pénal, de la sanction. Mais il y a également derrière l'aptitude à la conduite, le fait qu'elle est le garant de la possibilité de rester inséré dans la société, de pouvoir garder son travail, sa vie sociale, et avant de décréter que telle ou telle catégorie de conducteurs est inapte ou est apte, surtout comme on vient de le voir avec un permis "tout ou rien", il est important de s'appuyer sur des données épidémiologiques sérieuses. Or, autant un certain nombre de médicaments, de drogues, de produits tels que l'alcool peuvent entraîner un sur risque d'accident maintenant bien connu, autant les affections médicales entraînent un sur risque d'accident qui est très

difficile à évaluer et qui est très souvent compensé par une modification spontanée du comportement du conducteur.

Si je me réfère par exemple à l'aptitude visuelle du conducteur, un des freins à la mise en place d'un dépistage systématique des troubles visuels chez le conducteur a été le fait que l'on s'est aperçu dans toutes les études menées dans tous les pays, que les gens qui voyaient moins avaient tendance à rouler moins vite, à éviter de rouler la nuit, à éviter de se mettre dans certaines situations de conduite à risque. Il en va de même pour certains troubles neurologiques de la sénescence dite normale, ainsi que pour un certain nombre d'autres pathologies. Donc le sur risque d'accident lié à certaines conditions médicales, apparaît en fait inférieur à celui qui serait logiquement la conséquence de cette baisse d'aptitude. Autrement dit on ne peut pas raisonner avec la maladie comme on raisonne avec l'alcool, puisqu'il n'y a pas cet effet de désinhibition, de sur-prise de risques qu'on observe avec certaines substances psychotropes.

Les drogues et les médicaments sont regroupés par les Anglo-Saxons sous le terme de "drugs", et je crois que c'est vraiment une bonne approche dans la mesure où la barrière est parfois difficile à établir. Donc je raisonnerai en disant drogues au pluriel, j'englobe les médicaments détournés de leur usage au même titre que les drogues dites illicites. La sensibilisation à cette question en France remonte à sept ou huit ans. Une séance de l'Académie de Médecine en 1994 avait fait l'objet d'une discussion très ardue avec Monsieur Bérard, Préfet délégué à la Sécurité Routière de l'époque, qui avait dit "L'alcool reste le premier problème en France, et il ne faut pas se focaliser sur les drogues et les médicaments, sinon les gens qui boivent vont trouver de bons sujets pour éviter l'opprobre générale de la population". Mais entre temps les choses ont changé, les données épidémiologiques deviennent disponibles et on s'aperçoit que le problème "drogues et médicaments au volant" doit être pris en compte. Tant que le taux d'alcoolémie était à 0,8, on pouvait se permettre d'éluder le problème drogues et médicaments, maintenant que nous avons une des législations les plus dures, il convient d'être logique. Il n'appartient pas aux scientifiques de dire quel est le degré de dureté que la société doit appliquer à ses citoyens, mais il leur appartient de dire où est la logique, qui est de s'intéresser aux autres problèmes de toxiques au volant.

Il convient de s'appuyer sur les données épidémiologiques et dans le domaine des drogues et des médicaments, ces données sont très diverses. Il est certain à

cet égard que les données épidémiologiques recueillies par le biais de l'application de la nouvelle loi sur la sécurité nous permettront d'avoir une bien meilleure approche. Cette absence de données épidémiologiques, on la retrouve également avec une grande carence de notre système de suivi statistique, celui de l'Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière. Il manque un suivi des données médicales des commissions médicales du permis de conduire mais je pense qu'il y a sur cette question des réflexions internes à la DSCR. Quand on pense à l'immense quantité d'informations médicales que les commissions médicales recueillent, on devrait pouvoir les utiliser pour évaluer certains aspects du problème de l'aptitude médicale à la conduite.

En fait, je ne vous donnerai pas tellement de réponses aujourd'hui mais je poserai plutôt des questions. Le texte de l'arrêté du 7 mai 1997, en termes de drogues, de médicaments et d'aptitude au volant, définit une inaptitude dans un contexte assez général qui laisse les commissions libres de trancher. Et il spécifie que l'inaptitude sera prononcée si la nature ou la quantité de substances consommées sont susceptibles de compromettre l'aptitude au volant, avec une référence à un contrôle plus accru, bien entendu, pour l'aptitude dans le groupe lourd. Donc ce texte laisse toute latitude aux commissions médicales primaires du permis de conduire pour évaluer le problème et faire référence à l'avis du spécialiste, c'est à dire en général du neuropsychiatre de la commission d'appel, pour trancher les cas litigieux. Mais c'est un problème qui est de plus en plus fréquemment rencontré alors qu'il était totalement ignoré des médecins auparavant, y compris dans ces commissions. On n'avait même pas l'idée de demander aux gens, est-ce que vous consommez des drogues illicites ? A la rigueur, on les questionnait pour les médicaments et on était en droit de s'attendre comme dans le domaine de l'alcool à des réponses qui sous-estiment un peu la prise réelle. En fait, je suis confronté en tant que Président d'une commission médicale, à un certain nombre de problèmes qui rendent l'approche de l'évaluation de l'aptitude à la conduite sous l'emprise de drogues, très difficile.

Premièrement, le questionnaire simplifié, qui est remis aux candidats au permis de conduire, ne mentionne pas et pourrait peut-être difficilement mentionner une question du type "Consommez-vous des drogues illicites ?" Il aurait pour seul mérite de permettre, en cas de contrôle positif, de constater que quelqu'un avait fait une fausse déclaration, au même titre que pour l'épilepsie. Et là on bute immédiatement sur un problème éthique. Entendons-nous bien, quand on parle de l'aptitude au volant, on ne fait référence à aucun élément d'interdit social, et si le débat sur la drogue est très souvent pollué et, plus souvent encore

au point de vue politique et médiatique, par le côté dépenalisation ou non du cannabis, dans notre esprit, nous raisonnons exactement comme pour le diabète ou l'épilepsie, c'est à dire en termes d'aptitude médicale. Nous mettons complètement de côté l'aspect interdit, illicite, société. Donc nous avons un premier problème éthique. Doit-on ou non demander aux gens s'ils consomment ? Leur faire signer une reconnaissance de non prise comme cela se fait dans le contrôle de l'aptitude aéronautique ?

Deuxièmement, le problème des dosages et des dépistages est encore mal traité. J'ai mené moi-même, à titre individuel et en bénéficiant de quantité de tests disponibles, une enquête sur une commission médicale pendant deux mois. L'étude sera publiée cet automne mais je peux vous dire qu'en données brutes on trouve 3,5 % des gens qui se présentent pour une aptitude administrative à la conduite, c'est à dire principalement les groupes lourds, positifs à au moins une des quatre familles de drogues illicites, cocaïne, cannabis, amphétamines et opiacés, et chose un peu plus curieuse on trouve 14 % de positifs chez les infractionnistes, qui en général sont des infractionnistes à l'alcool ou des infractionnistes par annulation successive de tous leurs points du permis, ou qui sont dans le contexte d'accident important pour lequel le juge a prononcé une annulation du permis, en plus des sanctions pénales autres. Donc on s'aperçoit que le problème des drogues existe et que si on le cherchait, on serait vite confronté quand même à des décisions d'aptitude ou d'inaptitude lourdes à prendre. Mais, qui doit payer ces contrôles ? Les commissions médicales ont un budget très faible, qui dépend de chaque préfet. Peut-on le mettre comme les prises de sang à la charge des candidats ? On atteindra vite des sommes importantes. Donc là, il a réellement un projet à creuser pour se donner les moyens d'évaluer véritablement l'aptitude dans un contexte où on ne peut pas aussi facilement que pour les GT, marqueurs biologiques de l'alcool, se retourner vers le candidat en lui disant "c'est à vos frais".

Si toutes les pathologies pour lesquelles on envisage de contrôler l'aptitude, doivent faire l'objet d'une exploration complète, apnée du sommeil, Alzheimer, diabète, on arrivera à un coût de visite d'aptitude à la charge des gens, indépendamment de ce qu'ils payent pour venir passer l'examen, qui pourra atteindre plusieurs milliers de francs.

Donc il y a là un problème à étudier de manière plus approfondie.

Les commissions médicales en France sont placées sous l'autorité des préfets. Elles disposent d'une très grande autonomie locale, et chaque préfet pratiquement

peut mener la commission comme il le souhaite. Donc on risque d'aboutir à terme, en l'absence d'une doctrine officielle, à des situations locales très variables, tel préfet d'une région très concerné par la drogue, pouvant très bien mettre en place des mesures très dures, dans l'arsenal dont il dispose actuellement. Je prendrai un exemple. Normalement les préfets sont tenus d'envoyer devant les commissions médicales tous les gens qui ont fait l'objet d'un placement d'office en établissement psychiatrique. Ces placements d'office concernent assez fréquemment des affaires de toxicomanie, d'actes violents commis sous l'emprise de drogue, et bien très peu de préfets appliquent effectivement ce qui est pourtant une obligation légale. Un piéton renversé par un toxicomane, qui aurait fait l'objet d'un placement d'office par le préfet, et pour lequel il n'y aurait pas eu cet examen d'aptitude par la commission médicale, et bien les victimes ou les ayants-droits des victimes, pourraient attaquer l'Etat et avec une certitude totale, elles gagneraient. Donc l'Etat lui-même est parfois un peu confronté à ce problème de l'autonomie des préfets. Enfin je ne m'étendrai pas plus aujourd'hui, ce thème étant à la limite de notre sujet.

La relation difficile à gérer est celle entre le médecin traitant, les commissions médicales et tout ce problème du secret médical. Je suis médecin du sport également, et il existe une loi sur le dopage qui est sortie il n'y a pas très longtemps, à l'initiative du Ministre des Sports. Cette loi instaure une levée du secret médical pour les médecins qui détecteraient une suspicion de dopage chez un sportif qui vient les consulter. Et dans ce cas là, le médecin sera tenu, sous peine de sanction, de lever le secret médical et d'informer une structure ad hoc. Là encore, je ne vais pas donner le degré de dureté qu'on doit appliquer à la société, mais il me paraît surprenant qu'on ne puisse pas instaurer actuellement une levée du secret médical, ou tout au moins une absence de sanction du médecin qui prendrait l'initiative pour signaler à une autorité compétente par exemple le Conseil de l'Ordre ou le médecin inspecteur de la DDASS comme on le fait pour les maltraitements à enfant, les cas de conducteurs professionnels, dans un premier temps, pour lesquels on détecterait un état de toxicomanie important, et compromettant à l'évidence l'aptitude médicale à la conduite. Et dans ce cas là, il faudrait quand même qu'on puisse disposer d'un processus qui évite que le médecin traitant soit sanctionné même si le cas est totalement avéré. On est dans une société où même si le fond est juste, la forme peut induire sanction. J'ai été confronté il n'y a pas très longtemps à une demande d'un médecin du travail et ami qui m'a dit "Bon moi, j'ai un chauffeur de car qui fait des longues distances, qui emmène des groupes de touristes en Espagne, et qui me dit, moi, je ne prends surtout pas de tranquillisants avant de prendre le volant le lendemain ou pour des longs trajets, par contre je prends un pétard

parce que ça, ça me détend bien et puis ça me gêne pas pour conduire”. Je pressens quand même un malaise. Et je pense qu’une initiative profonde à prendre serait d’instaurer une possibilité d’interface, et ça ne demande pas un projet de loi très compliqué, entre les commissions médicales, le médecin de la DDASS, par exemple ou toute autorité ad hoc, et les médecins traitants. La demande existe réellement au niveau des commissions et en tant que Président, je suis très souvent appelé par des confrères, qui me disent voilà mon problème, qu’en penses-tu ? Qu’est-ce que je peux faire ? Signaler au préfet est quand même une mesure qui a un petit côté choquant pour un médecin traitant, aussi je pense qu’il serait préférable de pouvoir plutôt, dans ce cas là, téléphoner à un confrère investi d’une mission d’autorité publique et d’interface.

J’évoquerai enfin le problème des traitements de substitution. On bute là sur le fond même des problèmes de l’aptitude à la conduite, qui est qu’un certain nombre de conducteurs sont soumis à des traitements dits “substitutifs”, la méthadone ou la buprémorphine en France principalement, dans le but de les réinsérer ou de les maintenir insérés dans la société, mais que les traitements qu’ils prennent sont des substances, elles-mêmes susceptibles de compromettre l’aptitude à la conduite. Il est évident qu’on est confronté dans ce cas là à un intérêt ambivalent, entre laisser les gens insérés dans la société pour lesquels la conduite est un moyen de se sortir d’une situation de toxicomanie, de garder leur travail, de garder une vie sociale, et puis d’un autre côté de garantir la sécurité publique. Les psychiatres des commissions d’appel sont d’ailleurs eux-mêmes confrontés à ce problème, et il n’y a rien de pire pour les commissions médicales primaires d’aptitude que d’entendre le psychiatre répondre quand on lui envoie quelqu’un pour avis officiel dans le cadre de la commission, “bon d’accord, il prend cinq neuroleptiques majeurs, deux antidépresseurs, un tranquillisant et en plus il doit fumer des pétards le soir mais ça lui fait du bien de conduire et puis il garde le moral, il reste inséré, si on lui supprime le permis, il va s’effondrer”. Ceci traduit bien cette ambivalence. Or nous avons en France un système qui s’appelle l’injonction thérapeutique. Pourquoi ne pas automatiquement subordonner le maintien de l’aptitude à la conduite chez un patient prenant un traitement de substitution à un suivi dans le cadre d’une injonction thérapeutique réglementaire ? C’est d’une simplicité enfantine mais on bute là encore simplement sur des problèmes d’organisation et encore sur un conflit entre le désir d’efficacité centralisée au niveau du ministère et des autorités et la large autonomie accordée aux préfets.

Je crois que je ne pouvais pas donner des détails plus avancés sur l’aptitude à la conduite hormis les deux mots de conclusion que je mettrais parce que vous

voyez que le problème est déjà, sur la forme, très complexe à gérer. Comment dire que tel conducteur en prenant tel type de substance est ou n'est pas dangereux puisque on ne dispose pas de recueil de données épidémiologiques permanent, qu'on ne dispose pas des moyens permettant véritablement de gérer ces situations. Ce n'est pas un reproche, le problème ne fait qu'émerger. Je vous rappelle que l'alcool, jusqu'en 1960, était considéré comme une circonstance atténuante dans les accidents de la route. Atténuante !! Ce n'est qu'après 1960 qu'on a commencé à dire, il y a un problème. Pour les drogues, j'espère simplement qu'on ira un tout petit peu plus vite, et pour les médicaments, là aussi les choses iront rapidement.

En termes pratiques, le problème des amphétamines c'est-à-dire principalement de l'ectasy est qu'il s'agit de drogues difficiles à détecter cliniquement parce qu'elles n'endorment pas. Or tout notre raisonnement médical est prêt pour détecter les effets sédatifs des drogues, pas les effets stimulants. Donc ce sont des drogues dont les effets sur la conduite sont difficiles à dépister. Il s'agit surtout d'effets sur l'énervement, l'agressivité. Donc là, on est purement sur le contexte chimique mais ces drogues sont dangereuses au volant parce qu'elles induisent justement un comportement à risque, à l'antithèse de ce que je développais tout à l'heure pour les problèmes d'aptitude médicale, où les gens sont plutôt inhibés quand ils sont porteurs de maladies.

Les opiacés sont le cas facile parce que ce sont des drogues sédatives, qui entraînent en général des modifications comportementales importantes. Paradoxalement, l'utilisation d'opiacés injectés concerne peu l'aptitude à la conduite parce que les héroïnomanes jusqu'à présent étaient socialement en perte d'insertion et n'avaient même pas de voiture. Mais la donne est en train de changer avec les traitements de substitution, les gens retrouvent parfois dans un statut ambigu où ils continuent d'utiliser des opiacés illicites ou d'autres drogues tout en ayant un traitement de substitution et l'on voit arriver maintenant de nouveau des opiacés sur la route.

Enfin le cannabis reste le problème le plus important, non pas par les effets sur la conduite, qui sont globalement comparables à ceux de l'alcool, mais sa prévalence. Un pétard correspond en gros à 0,7-0,8 g d'alcool mais comme le Professeur Lagier le disait très justement il y a deux ans, une drogue n'est pas spécialement dangereuse au volant par son côté très incisif sur l'aptitude à la conduite ou sur le comportement, mais également par le risque lié à son utilisation massive. Autrement dit la drogue la plus dangereuse sur la route n'est pas forcément la drogue qui altère le plus, mais celle qui est le plus consommée, cf. l'alcool.

## *Rémy Heitz*

Oui, j'aimerais simplement en quelques mots, vous donner un peu la vision du magistrat et du magistrat surtout pénaliste face à ces questions d'aptitude médicale. On voit bien qu'on est là sur le terrain de la recherche d'un équilibre entre d'une part, la prévention collective et d'autre part ses contraintes face aux libertés individuelles. Alors moi aussi je poserai beaucoup plus de questions que je n'apporterai de réponses mais tout d'abord je voudrais quand même revenir sur cette notion essentielle qu'est la liberté individuelle, qu'est la liberté d'aller et venir et dont vous savez que le Conseil Constitutionnel est le garant. Le Conseil Constitutionnel retient d'ailleurs une conception très large de cette notion de liberté individuelle, qui englobe donc non seulement je l'ai dit, la liberté d'aller et venir mais également le droit au respect de la vie privée. Il est d'ailleurs intéressant de voir que ces principes ont été affirmés avec force par le Conseil Constitutionnel au sujet de la fouille des véhicules, sujet qui n'a pas grand chose à voir avec l'aptitude médicale, mais qui est quand même en relation avec l'automobile et avec toute l'idée de liberté qui s'y attache depuis des décennies. On comprend bien qu'un enjeu aussi important que la sécurité routière, que la sécurité des personnes sur la route, puisse justifier bien sûr des restrictions au droit de conduire apportées par la loi mais aussi par le règlement, par des décrets notamment. C'est l'exemple de la conduite en état alcoolique, qu'on a citée tout à l'heure, qui est réprimée pour des raisons maintenant bien admises, bien comprises, dans des termes qui ont tendance à être de plus en plus sévères, car nous sommes passés à 0,5 g il y a quelques années.

Il faut bien garder à l'esprit les principes qui sont posés par le Conseil Constitutionnel : des restrictions sont possibles à ces libertés essentielles, mais encore faut-il que les dispositions qui restreignent ces libertés essentielles aient un caractère précis et certain afin que ces restrictions aient un caractère exceptionnel. Ces quelques mots pour rappeler le cadre général dans lequel l'action du législateur en matière pénale peut s'inscrire. Alors quelle est justement cette intervention du juge pénal ?

Cette question de l'aptitude médicale est quand même laissée en très grande partie à l'appréciation du préfet et des commissions administratives. Ainsi, l'aptitude médicale est-elle aujourd'hui dans notre société plus une question

de police administrative qu'une question de police judiciaire. Le principe, il l'a été rappelé, est posé clairement à l'article R 127 du code de la route. Le permis de conduire pour les véhicules de catégorie A et de catégorie B est délivré sans visite médicale préalable. Il y a bien sûr tous les aménagements que nous avons vus, il y a ce premier contrôle auquel l'inspecteur se livre en faisant lire une plaque minéralogique mais c'est un contrôle qui est très léger, et puis il y a ce pouvoir de l'article R 128 du code de la route, le préfet peut toujours prescrire un examen médical (on note bien d'ailleurs l'aspect très général du texte) dans le cas où les informations en sa possession lui permettent d'estimer que l'état physique du titulaire du permis peut être incompatible avec le maintien de ce permis de conduire. Le texte est donc relativement large, il offre aux préfets des possibilités de faire diligenter un examen médical. Mais ces examens médicaux, on l'a vu à travers les statistiques qui nous ont été fournies, sont également diligentés lorsqu'il y a une anomalie qui apparaît dès le départ ou lorsqu'il y a un comportement infractionniste comme par exemple une conduite en état alcoolique, donc bien après coup. Le principe général est qu'il n'y a pas d'examen préalable pour l'obtention du permis de conduire.

Ceci fait que la justice a finalement peu matière à intervenir sur le problème de l'aptitude médicale. Elle intervient, bien sûr, pour réprimer les conduites en état alcoolique, puis aussi pour réprimer un certain nombre de contraventions assez légères, je pense notamment aux contraventions relevées à l'encontre de conducteurs qui ne portent pas de verres correcteurs alors que leur permis indique qu'ils doivent en porter. Encore faut-il que les contraventions soient relevées par les services interpellateurs parce que souvent ces contraventions font l'objet d'une certaine bienveillance. On ne peut pas dire en tout cas que la justice soit très encombrée par ce contentieux.

La justice a en revanche à voir avec l'inaptitude médicale dans certaines situations, elle intervient pour sanctionner des comportements fautifs. Elle intervient surtout après coup, après la catastrophe, a posteriori, après l'accident, dans la recherche de comportements fautifs.

Quels sont ces comportements fautifs ?

Ils consistent bien sûr dans le fait de s'être mis volontairement dans un état incompatible avec la conduite, c'est par exemple la conduite en état alcoolique. Il peut également s'agir d'une imprudence, d'une négligence, donc d'un comportement difficile à prouver. Mais dans toute infraction pénale, il y a quand

même un élément intentionnel. Il faut prouver la faute, une faute dans le comportement de la personne. Et une inaptitude médicale, même si elle est constatée, ne recouvre pas toujours une hypothèse de faute. Il faudrait établir que le conducteur s'est délibérément mis en état de conduire alors que médicalement il savait qu'il faisait encourir un risque manifeste à lui-même et surtout à autrui. C'est donc un travail compliqué pour la justice, un travail difficile et, très sincèrement, c'est un travail qui n'est souvent pas mené à bien. Pourquoi ? Parce que la justice n'a pas les moyens de mener des investigations dans ce sens. Fréquemment, elle ne dispose pas des éléments objectifs nécessaires pour apprécier la responsabilité pénale du conducteur dans les procédures qui lui sont soumises, dans les procédures pénales qui sont diligentées à la suite d'accidents de la circulation. Pour la conduite en état alcoolique, il n'y a pas de difficultés parce qu'il y a un examen, il y a une donnée objective. Mais dans le cas d'un conducteur sous l'emprise de produits stupéfiants ou même de produits sédatifs ou autres, la justice sera souvent dépourvue de moyens pour rechercher sa responsabilité pénale. C'est une démarche qui est très difficile et qui se heurte non seulement au secret médical mais aussi à une culture générale, qui veut qu'on recherche très rarement dans un accident de la circulation les causes antérieures, les facteurs qui ont pu contribuer en amont à la survenue de cet accident. Alors qu'on le fait pour les conducteurs professionnels, qui eux sont soumis à une réglementation, notamment en termes de temps de conduite, on s'interroge rarement, par exemple, sur le fait de savoir si le conducteur a passé une nuit blanche ou pas avant la survenue d'un accident mortel ou d'un accident grave de la circulation.

Ainsi la justice rencontre-t-elle quelques difficultés pour apprécier la responsabilité d'un conducteur en matière d'homicide involontaire ou de blessure involontaire. Elle pourrait également rechercher la responsabilité d'un conducteur pour ce nouveau délit de "mise en danger de la vie d'autrui", mais là encore au plan de l'aptitude médicale, c'est un délit qui est très difficile à prouver car il faudrait établir que la personne a commis une violation manifeste d'une obligation de sécurité ou de prudence, définie par un texte réglementaire. Or, les textes réglementaires sont assez peu nombreux en la matière. Il n'y a pas de textes généraux qui interdisent à un conducteur, après l'absorption de tel ou tel médicament, de prendre sa voiture, d'où une difficulté même à caractériser en droit certaines infractions prévues par notre code pénal.

Souvent d'ailleurs, la limite dans cette recherche de l'inaptitude médicale tient aussi au fait que l'auteur de l'accident impliqué est décédé et la justice pénale

ne va pas rechercher de responsabilités chez les personnes décédées. L'action publique se trouve éteinte après le décès de l'auteur de l'infraction. Mais les choses évoluent parce que à l'instar de ce qui se fait en matière de contrôles d'alcoolémie, on se dirige maintenant vers un dépistage systématique de la drogue pour les conducteurs impliqués dans un accident mortel, dépistage qui devrait entrer en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2000. Toutefois, à l'inverse de la conduite en état alcoolique, aucune infraction pénale ne s'attache pour le moment, dans les textes, au constat positif qui pourrait être fait sur un conducteur impliqué dans un accident mortel. Ce qui ne veut pas dire que ce conducteur ne verra pas sa responsabilité pénale plus facilement engagée. Parce qu'on voit mal un conducteur impliqué dans un accident mortel, qui serait contrôlé positif, ne pas être inquiété sur le plan de l'homicide involontaire, dans le cas où, sur le plan médical, la prise de ces substances apparaîtrait manifeste.

Voilà donc ce que je souhaitais dire sur l'aspect répressif des choses. Je pense que, de toutes façons, le droit pénal n'est là, si l'on en revient à sa dimension initiale, que pour sanctionner les comportements fautifs, intentionnels. Il ne peut intervenir que s'il y a un certain accord au sein de la société sur ces sujets, que si la désapprobation morale existe déjà. Pour l'alcool maintenant, la répression pénale ne vient qu'en soutien de cette désapprobation morale. Je pense donc qu'il y a tout d'abord un gros effort de sensibilisation, de formation, d'éducation à entreprendre. Je vois par exemple que le ministère des transports envisage de développer les stages de formation post-permis, que des expériences vont être menées dans trente-six départements - pilotes, qui sont donc encouragés par le ministère et qui contribuent à renforcer cette prise de conscience, chez les jeunes conducteurs mais également peut-être après chez les conducteurs plus anciens. Je pense également à une autre initiative intéressante, qui est celle des pictogrammes qui pourraient figurer sur les boîtes de médicaments et qui pourraient indiquer aux conducteurs les risques qui s'attachent à la prise de telle ou telle substance en matière de conduite automobile.

J'évoquerai également tous les efforts qui sont faits en matière d'études, de recherches et d'accidentologie. Sur l'alcool au volant par exemple, on ne dit plus que l'alcool est une circonstance atténuante, tout le monde sait que la prise d'alcool, même en faible quantité, constitue un facteur aggravant et personne ne soutient l'inverse. J'ouvre une petite parenthèse pour dire que pour la justice pénale, c'est un contentieux énorme et que suivant la taille des juridictions, cela peut représenter jusqu'à 60 % de l'audiencement correctionnel. C'est à dire

qu'il y a des tribunaux correctionnels dans l'Ouest de la France, dans des régions que je ne citerai pas, qui fonctionnent à 60 % sur des conduites en état alcoolique, c'est à dire que 60 % des audiences correctionnelles traitent de ces comportements, ce qui est peut-être un peu anormal quand on réfléchit à la fonction que devrait représenter le droit pénal dans notre société. Je pense que tout le monde reconnaîtra aussi dans 10 ans les effets nocifs de la prise de drogues avant de prendre le volant, et notamment grâce à ce texte dont je viens de parler et qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2 000. Toutes ces recherches en matière d'accidentologie facilitent la prise de conscience collective et elles apportent en outre au législateur les moyens d'appuyer ses textes par des éléments objectifs, par des éléments médicalement incontestables.

Pour faciliter ce travail, la justice apporte ce qu'elle peut apporter, et notamment l'accès aux procédures. C'est à dire qu'elle facilite aux chercheurs de l'INRETS en particulier, mais également à ceux d'autres laboratoires d'accidentologie, l'accès aux données procédurales, aux procédures pénales, sous réserve bien sûr de la confidentialité dans l'exploitation de ces données. Tout cela contribue à la prise de conscience collective qui est absolument nécessaire pour que, par la suite, le droit pénal puisse venir sanctionner de façon bien comprise les comportements les plus graves en matière de conduite automobile.

### *De la salle*

Je fais partie des commissions médicales des permis de conduire. J'aurais justement voulu savoir, quelle est l'attitude à avoir vis à vis des conducteurs qui prennent des produits de substitution? Même en poids lourds, on commence à voir des cas se présenter. Ce sont parfois des gens qui sont depuis un an sous produits de substitution, dans un cadre de réinsertion.

### *Dr Charles Mercier-Guyon*

Il semblerait pour les gens qui sont confrontés à ce problème que la méthadone a changé un petit peu le problème, et que la buprémorphine le change encore plus parce qu'elle permettrait une meilleure insertion sociale que la méthadone. Ainsi, la méthadone reste souvent liée à un profil de toxicomane, des gens rarement aptes à la conduite alors qu'avec la buprémorphine, on a des gens qui sont difficiles à dépister dans leur comportement vis à vis des drogues.

Je crois que tout le problème des traitements de substitution, c'est qu'ils doivent le rester et la grande question qui se pose actuellement, c'est que beaucoup de gens dans notre pays utilisent le traitement de substitution non pas en relais mais "en plus de", et sur la durée, sans perspective d'arrêter ni le traitement de substitution, ni parfois ce qu'ils prennent à côté. Je crois qu'il faut alors faire intervenir une notion de contrat. Dans la commission que je préside, nous avons adopté une attitude pragmatique, et comme pour l'alcool, on donne un permis temporaire. On vous revoit dans six mois ou dans un an et on verra. Vous définissez avec votre médecin le programme d'arrêt progressif du traitement de substitution. Autrement dit, on essaye de se substituer à ce qu'il manque à mon sens, c'est à dire une sorte de contrat, avec une notion d'injonction thérapeutique mais on crée en fait un peu notre propre injonction thérapeutique, c'est à dire que l'aptitude temporaire est conditionnée par le fait qu'elle s'inscrive vraiment dans le cadre d'un traitement de substitution avec un objectif d'arrêt.

Pour le groupe lourds, il est bien entendu qu'on ne donne l'aptitude que très difficilement et à la suite d'une discussion menée en général à trois avec le médecin du travail et le médecin traitant. Mais là on se place en termes de semaines et non de mois car il n'est pas question de laisser des gens naviguer un temps significatif avec des traitements de substitution en groupe lourds. Nous tenons, bien entendu, compte des doses à côté des autres facteurs d'aptitude médicale, de la consommation d'alcool, du profil d'insertion sociale, du contexte neuropsychique général et, ce, en rapport avec le spécialiste des commissions.

### *De la salle*

Ma question s'adresse au représentant de la chancellerie. Vous avez parlé de l'importance de l'accidentologie. Nous faisons au Conseil National des Transports un rapport sur la sécurité des transports d'enfants, établi sur la base de données qui nous sont fournies par la Gendarmerie et la Police pratiquement en temps réel. C'est à dire que les années précédentes, ils nous fournissaient les données de l'année scolaire précédente ainsi nous pouvions avoir des recommandations qui étaient tout à fait pertinentes puisqu'elles portaient sur des événements récents. Or les gendarmes ont modifié un peu leur comportement parce que, pour une raison que vous paraissez connaître, ils demandent maintenant l'au-

torisation de la justice pour nous transmettre les procès verbaux. Ceci est tout à fait normal, mais je tiens à préciser que nous ne faisons jamais mention de noms de lieux ou de personnes dans les comptes-rendus d'accidents que nous donnions. Alors simplement, c'est une question de délais. Mon problème est le suivant. Si on nous coupe les vivres, nous mourrons. Nous ne pourrions plus faire de rapports. C'est pas la peine de faire un rapport deux ans après. Et j'ai conscience de l'encombrement des tribunaux, alors je m'inquiète.

### *Rémi Heitz*

Je suis tout à fait au courant de la situation. Il y a un petit blocage avec la gendarmerie qui est en passe d'être levé. Dans les textes, c'est le Procureur de la République, qui doit donner son accord. A la chancellerie, nous avons donné à certains laboratoires des autorisations générales, qui ne sont pas prévues dans les textes mais qui permettent quand même d'avoir accès à ces procédures. C'est bien admis par l'ensemble des praticiens et par l'ensemble des procureurs notamment. On évite ainsi de devoir obtenir une autorisation au cas par cas. C'est vrai que les gendarmes, devant les sujétions que cela représente, ont manifesté quelques réticences et ont dit "mais finalement il faut l'accord du commandement de groupement". Des discussions sont actuellement en cours et je pense que c'est un obstacle qui devrait être levé très vite.

J'en reviens quand même à une difficulté parce que c'est vrai que si la justice peut, veut et fait en sorte de faciliter les recherches en matière d'accidentologie, cela peut venir heurter d'autres principes et là encore c'est un problème d'équilibre. Je pense aux problèmes d'autopsie. Certains médecins chercheurs demandent au parquet après des accidents mortels de la circulation, de faire diligenter une autopsie médico-légale. Il faut voir que le Procureur de la République a toujours le pouvoir lorsque les causes du décès le nécessitent ou en cas de mort violente ou lorsqu'il y a une suspicion sur les causes du décès, de faire procéder à une autopsie. Mais une autopsie, ce n'est pas un acte bénin et pour les familles, c'est souvent extrêmement douloureux. En matière d'accident de la circulation, lorsque les causes du décès au plan judiciaire apparaissent établies, le Procureur de la République peut difficilement, dans le cadre de son pouvoir, diligenter une autopsie, par ailleurs financée sur frais de justice,

sous peine de commettre un détournement de la loi. Il ne peut pas utiliser ses fonctions judiciaires, qui ont pour objet la manifestation de la vérité, dans un souci de répondre à une demande aussi louable soit-elle. On se trouve toujours confronté à cette délicate recherche de l'équilibre entre le respect de principes essentiels et la nécessité de faire avancer la science en matière d'accidentologie.

Je pense également au problème du secret de l'instruction, lorsque ces affaires vont à l'instruction et qu'elles sont confiées à un magistrat instructeur, et bien là les données ne peuvent plus être communiquées aux chercheurs. Certains juges d'instruction le font mais si par la suite des victimes le contestent et qu'une plainte est déposée pour violation du secret de l'instruction, ça pose une vraie difficulté.

### *De la salle*

Il avait été question au cours de l'avant-dernier CISR d'un examen médical pour les personnes âgées sans déterminer à partir de quel âge cet examen pourrait être effectif.

### *Dr Pierre Mouterde*

Ecoutez non, il n'y a pas eu de décision prise. Il s'agit d'un sujet difficile. Dans le cadre de la directive européenne, qui est applicable depuis 96, il y avait eu comme projet dans le groupe de travail, d'imposer un examen médical à partir de 75 ans. On avait proposé cet âge et des pays européens dont l'Allemagne ont fait supprimer cette décision.

### *Dr Charles Mercier-Guyon*

Je peux ajouter qu'un certain nombre de pays qui sont très actifs en matière de sécurité routière, comme la Suède, ont renoncé pour l'instant à mettre en place un contrôle médical des conducteurs âgés. Leur politique, nous pouvons être d'accord ou pas sur le principe, consiste à s'attaquer non pas aux raisons de l'inaptitude médicale ou à la cause de l'accident, mais à ce qui est rentable en

terme d'accidentologie. Autrement dit, actuellement, la position des Suédois qui sont, en Europe, parmi les bons élèves en sécurité routière, est de dire "les personnes âgées ne représentent pas un facteur significatif d'accidents au plan de l'accidentologie routière, donc on ne les ennuie pas". Leur attitude n'est pas de pure idéologie, c'est une attitude de rentabilité. On est d'accord, on n'est pas d'accord, je ne porte pas de jugement. En France actuellement, nous nous orientons vers une attitude similaire. On considère, d'un côté, le poids économique d'un tel contrôle, le poids psychologique, et la tendance française, de dire "l'accident, c'est toujours la faute d'une autre catégorie". Les gens âgés diront "on ne s'occupe pas assez des jeunes ou des drogués, etc.", donc il y a une question de coûts mais au plan des données d'accidentologie, on a très peu d'éléments là-dessus, et c'est un risque à prendre que de chercher à faire ce contrôle sans éléments épidémiologiques solides.

### *Rémy Heitz*

On avait fait le même constat pour l'aptitude visuelle. Nous n'avions pas de données, la décision avait été plus ou moins annoncée dans un CISR en 93 mais il est vrai qu'il n'existait pas de données objectives sur la question. Quand on met en place en plus ce type de dispositifs, il y a la question de la sanction qui se pose immédiatement. Comment sanctionne-t-on le non-passage de la visite médicale ? Est-ce une contravention ? Est-ce que cela entraîne après l'annulation du permis ? Comment dans une démarche incitative, qui est une démarche qui repose sur une certaine prise de conscience collective, passe-t-on ensuite à la phase répressive, et à la sanction du non respect de ces obligations, avec ou sans accident ?

### *De la salle*

Il y a quand même un permis à points à l'heure actuelle, on peut donc rajouter une suppression de points. Je voudrais poser la seconde question à Monsieur Heitz. On parle de cette loi du 1<sup>er</sup> janvier 2 000. Or on fait toujours référence au conducteur. J'ai travaillé sur les problèmes d'alcool à l'INRETS. Il se trouve qu'il n'y a pas seulement les conducteurs qui sont alcoolisés mais aussi les

piétons. Dans les accidents mortels 50 % des piétons environ ont une alcoolémie illégale. Or les piétons ont le droit de circuler avec une alcoolémie illégale, ils peuvent se faire tuer par un conducteur. Qu'est-ce qui va se passer pour la drogue vis à vis des piétons ?

### *Rémy Heitz*

Vous posez là la question plus générale de la responsabilité des piétons dans les accidents parce qu'elle ne se pose pas seulement avec les piétons sous l'emprise de drogues ou les piétons ivres, elle se pose aussi pour les piétons qui, par une démarche intempestive, font faire un écart à une voiture qui vient en percuter une autre. Il est vrai que, de manière générale, au plan pénal, les piétons sont toujours un peu mis à l'écart dans les procédures parce que, dans ce type de circonstances, souvent ils ne font pas partie de la procédure, ils sont là comme simples témoins et pas comme personne directement impliquée. Le texte retient d'ailleurs ce terme de personne impliquée, qui peut d'ailleurs juridiquement être assez compliqué, parce qu'un piéton, qui en effet est sous l'emprise de drogues, qui déambule au milieu d'une chaussée et qui provoque un accident mortel, est impliqué dans l'accident. Je le reconnais, on appréhende assez mal le problème du piéton. Il n'y aura pas de spécificité dans le traitement du piéton sous l'emprise de drogues, comme il n'y en a d'ailleurs pas pour le piéton en état alcoolique. Il n'y a que de l'ivresse sur la voie publique, à condition qu'elle soit manifeste. Quelqu'un de complètement ivre mais qui marche droit sur le trottoir, n'est pas pénalement incriminable.

### *Pr Jean Langlois*

Je suis professeur d'ophtalmologie, à la retraite depuis longtemps, mais je me bats avec beaucoup d'enthousiasme sur le problème visuel. Je crois que vous l'avez évacué un peu rapidement. Je vais d'abord faire une remarque. Vous achetez une voiture neuve, au bout de quatre ans, vous la faites vérifier, ensuite c'est tous les deux ans, si vous voulez la garder longtemps. Par contre, le monsieur qu'on installe derrière le volant, on ne s'occupe pas de lui, de savoir s'il y voit ... Je ferai simplement remarquer qu'un sourd-muet peut conduire une voiture mais qu'un aveugle ne pourrait pas conduire.

## *Rémy Heitz*

Mais juridiquement, s'il a passé son permis alors qu'il était voyant, dans notre législation actuelle, il peut monter au volant d'une voiture. A charge pour lui d'en assumer les risques en cas de conséquences...

## *Pr Jean Langlois*

Je suis entièrement d'accord avec vous.

On sait que 80-90 % de nos informations sont d'origine visuelle. Or, seul le mobile "auto" est dispensé d'examen ophtalmologique sérieux pour la conduite. Cependant, on connaît la sévérité de l'examen oculaire pour les pilotes d'avions, pour certains agents de la SNCF, mais également pour les amateurs de navigation de plaisance. Les capacités visuelles pour la conduite d'un véhicule ont fait l'objet d'une disposition interministérielle (17 décembre 1993, Balladur). Un groupe de travail fut constitué afin d'établir les normes ophtalmologiques nécessaires à la conduite d'un véhicule ; les élections présidentielles... et notre commission regagnait les limbes... A l'époque, nous avions trébuché sur des problèmes financiers, mais le contrôle technique des véhicules coûte plus cher qu'un examen ophtalmologique et se répète plus fréquemment. N'est-ce pas scandaleux qu'un contrôle technique, très valable, ne s'accompagne pas du contrôle visuel, voire physique, du conducteur !?

On nous reproche l'absence d'enquête épidémiologique mais il est difficile d'examiner un sujet atteint mortellement lors d'un accident. Par contre, nous avons étudié dans mon ancien service (CHU Rouen) des accidentés hospitalisés en orthopédie ou en neurochirurgie et avons constaté que 30 % des blessés de la route révélaient un déficit visuel, parmi eux, un patient était atteint d'une quadranopsie latérale homonyme droite, dont il n'avait pas conscience. Les Finlandais ont noté que les conducteurs réalisant des manœuvres dangereuses, présentaient dans 16 % des cas, des troubles de la convergence ou une hétérophorie, le plus souvent une exophorie qui, lorsqu'elle se décompense, entraîne une diplopie. Verriest (Belgique) a constaté des accidents de tôle chez les protanopes (rouge) percevant tardivement le feu rouge lors d'un freinage.

J'ai rapporté souvent le cas d'un patient atteint d'hémianopsie latérale homonyme droite qui écrasa un cycliste et déclara qu'il ne l'avait pas vu (perte du

champ visuel temporel droit et nasal gauche). Les drogues, les tranquillisants dont la prise est particulièrement fréquente en France, altèrent non seulement la vigilance mais la convergence, la perception des couleurs, le champ visuel qui se rétrécit.

L'œil n'est pas fait pour la conduite de nuit, il existe des troubles scotopiques, l'acuité tombe à 3/10, le champ visuel se rétrécit, il existe une myopie nocturne de 1 à 1- dioptrie, après le temps de récupération à l'éblouissement est 3 à 4 fois supérieur à la norme chez le sujet de 60 à 70 ans, d'où le nombre élevé de morts accidentelles (50 %) survenant la nuit alors que le trafic n'est que de 20 % par rapport au jour.

La prolongation de l'espérance de vie entraîne chez 30 % des sujets ayant dépassé 75 ans une dégénérescence maculaire liée à l'âge avec une acuité qui oscille entre 1/10 à 1/60 mais qui pourront bénéficier de la réadaptation basse vision (vision fonctionnelle).

Si la vision, dans ses différents paramètres, n'était que secondaire, pourquoi être si sévère avec les pilotes d'avion, les conducteurs de trains, les officiers de marine (y compris ceux de la navigation de plaisance) ?

Cet examen visuel, pour être valable, devra être complet et systématique : acuité visuelle, champ visuel, sensibilité aux contrastes de luminance, équilibre oculo-moteur, temps de récupération à l'éblouissement, perception des couleurs. Les conclusions devant être nuancées, par exemple entre un sujet du 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> âge ayant une acuité de 3/10<sup>e</sup> et celui atteint d'hémianopsie latérale homonyme. On pourrait laisser le permis au premier, accompagné de certaines contraintes : limitation de la vitesse à 70 km, interdiction de conduire la nuit ainsi que sur autoroute. Quant au second, il verrait son permis retiré, ultérieurement sa réadaptation serait testée sur piste routière expérimentale.

Puisse la directive du Conseil de l'Union Européenne du 29 juillet 1991, concernant l'aptitude visuelle à la conduite d'un véhicule, être enfin appliquée.

*Dr Charles Mercier-Guyon*

Je vais tenter d'apporter un élément de réponse. C'est peut-être une question posée également à la fois à Monsieur Mouterde et à Monsieur Heitz. On a une

obligation morale, dans un certain nombre de cas, d'attirer l'attention du préfet sur une situation dont on a eu connaissance.

Pourquoi, dans un certain nombre de situations post-accidents, ne pas mettre en place une sorte de circuit d'information qui fasse que lorsque le procureur ou le juge d'instruction ou le juge jugeant ont connaissance d'informations qui, dans leur esprit, peuvent mettre en cause l'aptitude du conducteur, le préfet soit informé ? Parce que là, par contre, ça marche très bien. Une fois informé, le préfet convoque automatiquement. On pourrait peut-être mettre en place, à l'essai sur certaines cours, une évaluation par la commission médicale. Ainsi, si la polémique sur le contrôle visuel s'est calmée, c'est que les commissions quand elles ont les gens en main font déjà une évaluation visuelle correcte dans la plupart des cas. Ne pourrait-on pas sans changer le dispositif légal, améliorer, dans un certain nombre de cas, le circuit d'information en direction du préfet pour qu'il convoque directement de sa propre autorité sur information par la justice et non pas à la demande du juge, un certain nombre d'automobilistes.

### *Dr Pierre Mouterde*

Personnellement, je ne comprends pas bien le problème de la vue et de la conduite ; il y a un paradoxe inexpliqué. Dans les commissions médicales, nous n'observons pas réellement objectivement de sur-risque accidentogène évident. Nous voyons par contre de nombreux conducteurs dangereux médicalement pour des raisons neuropsychiques et qui sont vraiment très inquiétants, mais ce ne sont pas ceux qui ont des problèmes visuels ! Ceci dit, il faudrait peut-être contrôler la vue, mais dans un cadre global de santé publique. Je vous rappelle que le docteur Le Chuitton a récemment fait une étude titanesque sur le problème de la vue en 1997, sur 12 000 conducteurs : "Il conclut à un risque faible ou incertain. Ces résultats, apparemment contradictoires, confirment le rôle que jouent certains comportements ou mécanismes régulateurs".

### *Rémy Heitz*

Sous l'angle pénal, on n'en est pas là. Le jour où on aura institué un examen à tel âge, dans telle situation, ce sera déjà un grand pas, mais on n'en est pas

à mettre en place des sanctions pénales. Tout cela passe quand même d'abord par une acceptation et par une démarche intelligente de compréhension et d'évolution des mentalités. Certes les outils informatiques existent mais c'est bien là tout le problème, on touche à des questions de liberté et le jour où on aura donné à chacun un profil médical informatisé (vu que pratiquement tout le monde est conducteur, et qu'il y a plusieurs dizaines de millions de conducteurs dans notre pays) il pourra y avoir des réactions de rejet compréhensibles. On ne contrôle quand même pas un homme comme on contrôle une voiture.

*Pr. Jean-François Caillard*

Je vous propose de conclure sur trois idées. La première, c'est qu'on s'aperçoit bien que les décisions que l'Etat doit prendre en matière de contrôle de l'aptitude médicale à la conduite, sont extrêmement graves et lourdes de conséquences et ce débat sur la vision vient à nouveau de l'illustrer. Je pense qu'on ne peut pas continuer à parler d'aptitude médicale à la conduite sans notion d'épidémiologie des accidents extrêmement précise. Je crois que c'est une idée forte qu'il faut retenir en conclusion.

La deuxième est que nous devons avoir une technologie d'évaluation médicale des aptitudes à la hauteur des enjeux. Je pense que notre outillage médical de vérification de l'aptitude à la conduite comme d'ailleurs la vérification de l'aptitude au travail est souvent pauvre. Et c'est là une des raisons pour lesquelles le crédit accordé aux conclusions qui en découlent est souvent faible. Or les outils existent ou ils pourraient exister. Pourquoi ne pas considérer qu'on puisse investir un peu en matière de médecine préventive alors qu'on investit tant en matière de médecine curative et que cela ne crée d'états d'âme à personne ?

Troisième conclusion. Nous ne sommes peut-être pas si mal à vivre dans un pays où la liberté individuelle reste une des grandes valeurs consensuelles. Et plutôt que de proposer une société de contrôle, je serais assez tenté de proposer une société plus axée sur la solidarité, laquelle se déclinerait à partir du moment où un énorme effort d'information serait fait sur les risques encourus du fait de différentes anomalies de santé dans la relation avec la conduite. Je crois qu'il faudrait proposer, encourager le volontariat du contrôle médical à la

conduite à partir d'un certain âge. Les gens qui font du sport maintenant, à partir d'un certain âge physiologique, vont chez leur médecin pour être sûr de ne pas risquer un accident cardiaque ou articulaire ou que sais-je encore, dans la pratique de quelque chose qui les enthousiasme. Moi je crois qu'on pourrait développer exactement la même approche et qu'on pourrait même en plus donner des stimulations et là je m'adresse plutôt aux compagnies d'assurance, qui encourageraient ce type d'auto-contrôle de l'aptitude.

Voilà les trois mots, les trois idées que je vous propose en conclusion d'une matinée qui était fort intéressante.