

Epilepsie et conduite

Les membres de la Commission de la circulation routière de la Ligue Suisse contre l'Épilepsie: Dr méd. Pierre Arnold^{a,1}, Dr méd. Claudio Bonetti^b, Prof. Dr méd. Johannes Mathis^c, Dr méd. Klaus Meyer^{d,2}, Prof. Dr méd. Margitta Seeck^{e,2}, Dr méd. Rolf Seeger^{f,3}, Dr méd. Daniela Wiest^{d,4}, Prof. Dr méd. Stephan Rüegg^{g,5}, Dr méd. Günter Krämer^h; et Dr phil. Julia Franke^{i,6}

^a Neurologie, Cabinet médical, Sion; ^b Neurologia, Studio medico, Mendrisio; ^c Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital, Universitätsspital Bern; ^d Klinik Bethesda, Tschugg; ^e Neurologie, Hôpitaux Universitaires de Genève HUG; ^f Verkehrsmedizin Dr. Seeger GmbH, Winterthur; ^g Neurologische Universitätsklinik, Basel; ^h Neurozentrum Bellevue, Zürich; ⁱ Schweizerische Epilepsie-Liga, Zürich

La Commission de la circulation routière de la Ligue Suisse contre l'Épilepsie avait actualisé les directives relatives à la capacité de conduite d'un véhicule en cas d'épilepsie pour la dernière fois en 2015. Ces directives ont fait leurs preuves et des modifications fondamentales ne sont pas nécessaires. Toutefois, quelques ajustements ont été opportuns.

Introduction et contexte

La Commission de la circulation routière de la Ligue Suisse contre l'Épilepsie (LScE) avait actualisé les directives relatives à la capacité de conduite d'un véhicule en cas d'épilepsie pour la dernière fois en 2015, en accord avec la Société Suisse de Neurologie (SNG-SSN), la Société Suisse de Neurophysiologie Clinique (SSNC), la Société Suisse de Neurochirurgie et la Société Suisse de Neuropédiatrie [1].

Ces directives ont fait leurs preuves et des modifications fondamentales ne sont pas nécessaires. Les expériences tirées de l'application pratique, l'évolution vers une harmonisation des directives au niveau européen [2, 3], les efforts vers une approche individualisée [4] et les conséquences de la redéfinition du diagnostic de l'épilepsie par la Ligue Internationale contre l'Épilepsie de 2014 [5] justifiaient toutefois une actualisation, avec quelques précisions et compléments. Nous avons également intégré la modification de l'ordonnance pour l'admission des personnes à la circulation routière (OAC), état au 1^{er} janvier 2019 [6]. Les groupes de conduite ont été modifiés avec l'uniformisation européenne (groupe 1: permis non professionnels; groupe 2: permis professionnels), mais les catégories ont été maintenues dans l'ordonnance et nous avons gardé la réglementation différenciée dans les présentes règles.

La nouvelle version de ces directives, à nouveau élaborée en accord avec les sociétés spécialisées mentionnées ci-dessus, est dans une large mesure conforme aux réglementations usuelles des autres pays européens [2, 7], offrant au spécialiste un peu plus de sou-

plesse dans la détermination des limitations individuelles. Même si très peu d'études de bonne qualité permettant une évaluation basée sur les faits du risque d'accident dû aux crises dans le cadre de l'épilepsie sont disponibles [8–10], l'état des données pertinentes pour l'analyse du risque de récurrence après les crises inaugurales [11–13] ou l'arrêt des antiépileptiques [14–16] s'est quant à lui nettement amélioré ces dernières années.

Dans le cadre des affections neurologiques, mais également d'autres pathologies, l'évaluation de l'aptitude à conduire est fondée sur la comparaison entre l'analyse du risque d'un groupe spécifique de patients avec un niveau de risque d'accident socialement acceptable de 1:20 000 par an. Sur la base de la formule dite «d'analyse du risque de préjudice» et compte tenu de la «plage de risque acceptable», le risque maximal de crise par an socialement acceptable a pu être calculé à 1% pour les conducteurs professionnels et de 22–40% par an pour les conducteurs de véhicules privés [17, 18]. Au niveau européen, il a ensuite été recommandé de fixer le risque acceptable à 40% au maximum par an pour les conducteurs de véhicules privés et en dessous de 2% pour les conducteurs de camions [17]. Ces considérations ont entre-temps été intégrées dans la mise au point des critères d'évaluation de l'aptitude à conduire en cas d'épilepsie, mais également en présence d'autres pathologies [19].

D'après la définition de l'épilepsie élaborée en 2014 par la Ligue Internationale contre l'Épilepsie et déjà évoquée plus haut, un diagnostic d'épilepsie peut, sous certaines conditions, être posé dès la première crise [5]. Dans la présente version remaniée, nous avons tenu

1 Président de la Commission de la circulation routière de la Ligue Suisse contre l'Épilepsie.

2 Membre du comité de la Ligue Suisse contre l'Épilepsie.

3 Membre de la Section de Médecine du Trafic de la Société Suisse de Médecine Légale (SSML).

4 Ancienne Présidente de la Société Suisse de Neurologie.

5 Président de la Ligue Suisse contre l'Épilepsie.

6 Directrice de la Ligue Suisse contre l'Épilepsie.

compte de cet aspect et intégré les cas particuliers à faible risque. Pour les situations avec diagnostic d'affection neurologique, avec un risque d'épilepsie élevé mais non encore concrétisé, nous incitons à une approche individuelle, sans fixer de règle stricte, faute de données suffisantes pour quantifier le risque.

Les recommandations concernant l'évaluation de l'aptitude à conduire en cas de récurrence de crise lors d'une tentative d'arrêt des antiépileptiques restent les mêmes. En ce qui concerne les conducteurs professionnels, nous maintenons la démarche d'harmonisation avec les recommandations internationales [2, 3, 7, 17, 20], également l'approche spécifique des syndromes épileptiques infantiles guéris et des crises inaugurales provoquées dans le cadre de pathologies aiguës temporaires ou de leur traitement.

Les recommandations et directives d'autres sociétés spécialisées en matière d'évaluation de l'aptitude à conduire progressent, mais restent trop rares en Suisse, y compris dans le domaine de la neurologie. A notre connaissance, il n'existe actuellement que les recommandations, révisées en 2017, d'un groupe de travail de la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie intitulées «Capacité à conduire un véhicule et somnolence» [21] et les directives du groupe de travail «diabète et conduite» de l'Association Suisse du Diabète et de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie [22], et récemment les directives de la Société Suisse de Cardiologie et de la Société Suisse de Médecine Légale sur l'aptitude à la conduite dans le cas de maladies cardiovasculaires [23]. Nous sommes très favorables à la mise en place, par analogie avec les directives d'expertise allemandes [24], actualisées pour la dernière fois en 2018, de règlements détaillés pour d'autres pathologies (non seulement neurologiques, telles que les troubles vasculaires cérébraux ou les traumatismes cérébraux, mais aussi psychiatriques, ophtalmologiques et relevant de la médecine interne) [25, 26]. Il est pour l'instant nécessaire de recourir à des publications telles que le «Handbuch der verkehrsmmedizinischen Begutachtung» (Manuel d'expertise de médecine du trafic [27]) ou «Richtlinien zur Fahreignung und Dienstfähigkeit auf der Schiene» («Directives relatives à l'aptitude à la conduite et au service dans les chemins de fer» [28]).

Les exigences générales en matière de santé déterminant l'aptitude à conduire en Suisse sont fixées par la loi sur la circulation routière (LCR [29]) et par l'ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière (OAC [6]). Dans le cadre de Via sicura, un programme d'action de la Confédération visant à améliorer la sécurité routière, différentes dispositions légales et notamment les exigences mé-

dicales minimales pour les conducteurs de véhicules ont été adaptées. Ceci concerne principalement des contrôles périodiques des conducteurs professionnels et des conducteurs privés âgés de plus de 75 ans. Ces nouvelles dispositions légales n'ont pas de répercussions sur la pratique d'admission actuelle en cas d'épilepsie, car pour ces conducteurs, en plus d'une évaluation par le médecin-expert *medtraffic* du service de la circulation routière, une évaluation spécialisée par un neurologue est toujours requise en priorité, avant le recours à un expert *medtraffic* de niveau supérieur (niveau 3-4).

Il convient de souligner une nouvelle fois que les directives présentées ici laissent volontairement aux neurologues la possibilité de s'écarter, au cas par cas, du délai de carence indiqué, à condition que ces écarts puissent être justifiés. Une actualisation régulière est également prévue à l'avenir, en fonction des modifications de la législation et des découvertes de la recherche sur l'épilepsie.

Directives générales

1. La condition requise pour une première admission et une réadmission à la circulation routière est un examen et une évaluation au cas par cas par un(e) spécialiste FMH en neurologie ou neuropédiatrie, à renouveler périodiquement le cas échéant.
2. Après une *crise épileptique inaugurale*, l'autorisation de conduire est dans un premier temps retirée. La durée de carence nécessaire dépend de l'examen et de l'évaluation neurologiques/neuropédiatriques, requis dans tous les cas.

Après une *crise inaugurale post-traumatique ou post-opératoire précoce* (dans un délai d'une semaine) ou une autre *crise incontestablement provoquée* (une privation partielle de sommeil ne suffit p. ex. généralement pas), un *délai de carence de 3 mois* est en général nécessaire après l'examen et l'évaluation neurologiques par un spécialiste.

Après une *crise inaugurale non provoquée*, un *délai de carence de 6 mois* est en général nécessaire après l'examen et l'évaluation neurologiques/neuropédiatriques par un spécialiste. Si, à la suite d'une crise inaugurale, un diagnostic d'épilepsie a été posé selon les critères de la définition de l'épilepsie de 2014 [5] sur la base de résultats d'exams complémentaires et qu'il existe de ce fait un risque élevé motivé de récurrence, les dispositions correspondantes s'appliquent (voir 3). Si après une première crise, malgré un EEG et une imagerie sans résultats pertinents, des médicaments sont

pris par précaution pour prévenir d'autres crises, le délai de carence peut être réduit à trois mois.

Chez les *patients atteints de longue date d'une épilepsie dont l'évolution clinique est connue et qui n'ont pas été victimes de crises depuis au moins 3 ans*, des délais de carence de 3 mois et 6 mois peuvent respectivement être suffisants en cas de récurrence, après examen et évaluation neurologiques/neuropédiatriques par un spécialiste: 3 mois en cas de récurrence de crise isolée incontestablement provoquée et 6 mois en cas de crise non provoquée.

3. En cas d'épilepsie, une *première admission* et une *réadmission à la circulation routière* est généralement possible *après une absence de crises (avec ou sans traitements antiépileptiques) durant un an* (voir «Prescriptions particulières» pour les exigences spécifiques selon les catégories de permis).

Sous réserve de pouvoir s'appuyer sur des données anamnestiques tierces, une *réduction de ce délai* est entre autres possible dans les cas suivants:

- uniquement des crises focales simples (sans troubles de la conscience) et sans perturbation motrice, sensorielle ou cognitive lors de la conduite d'un véhicule depuis au moins 1 an;
- des crises exclusivement liées au sommeil depuis au moins 2 ans;
- une épilepsie réflexe avec un facteur déclenchant évitable.

Une *prolongation de ce délai* est entre autres nécessaire en cas:

- d'abus d'alcool, de médicaments ou de drogues;
- de manque d'observance et/ou de crédibilité;
- de crises liées à une lésion progressive du SNC;
- de trouble métabolique insuffisamment contrôlable;
- de somnolence diurne excessive.

4. Les *résultats de l'EEG* doivent être *compatibles avec l'aptitude à la conduite*.

5. En cas d'*arrêt complet des antiépileptiques*, il y a inaptitude à la conduite pendant toute la durée du sevrage et les 3 mois qui suivent l'arrêt du dernier médicament. Des exceptions sont possibles dans des cas clairement justifiés (globalement peu de crises, syndromes épileptiques à faible risque de récurrence, arrêt très progressif des médicaments après une absence de crises pendant au moins 3 ans). En cas de récurrence de crise durant une tentative d'arrêt, le délai de carence nécessaire après reprise du traitement est de 6 mois. Il peut être ramené à 3 mois dans des cas clairement justifiés.

En ce qui concerne les autres modifications de la médication antiépileptique, comme un changement de pharmacothérapie avec remplacement d'un principe actif par un autre ou passage d'un mé-

dicament original à un générique, l'évaluation de l'aptitude à la conduite incombe au neurologue ou neuropédiatre traitant.

6. *Devoir d'information du médecin*: le médecin traitant est tenu d'informer de manière proactive les patients concernés des présentes directives et d'expliquer son évaluation de l'aptitude à la conduite dans leur cas concret. Cette explication doit être consignée dans le dossier du patient. Il n'existe pas d'obligation générale de déclaration pour le médecin, mais un droit de signaler les patients non-coopératifs (article 15d de la loi sur la circulation routière).
7. *Déclaration obligatoire du patient*: en cas de crise, le patient doit immédiatement renoncer à conduire et signaler la crise à son neurologue ou neuropédiatre traitant.
8. *L'établissement des certificats initiaux et des confirmations ultérieures* s'effectue conformément aux instructions des services cantonaux des automobiles, dont les experts (niveaux de formation 1 à 4) sont tenus de suivre les recommandations des neurologues. Le neurologue évalue les délais de contrôle.

Prescriptions particulières concernant les diverses catégories de permis de conduire

Voitures de tourisme (cat. B et B1) et motos (cat. A et A1)

La première admission et la réadmission à la circulation s'effectuent selon les directives générales.

Camions (cat. C et C1), transport professionnel de personnes (TPP) et minibus (cat. D1)

En ce qui concerne les permis de catégorie C et D1, en cas d'épilepsie avérée, la première admission et la réadmission ne sont possibles qu'après une absence de crise depuis 5 ans sans traitement médicamenteux.

En cas de crise inaugurale provoquée dans le cadre de pathologies aiguës temporaires ou de leur traitement, un délai de carence de 6 mois est suffisant dans la mesure où les circonstances déclenchantes n'existent plus.

En cas de crise inaugurale non provoquée, il faudra respecter un délai de carence de 2 ans. Exception: si le véhicule de catégorie C1 est utilisé en tant que véhicule privé (de manière analogue à la cat. B), les prescriptions relatives à la catégorie B s'appliquent.

Autocar/bus (cat. D)

En ce qui concerne la catégorie D, l'admission et la réadmission à la catégorie D n'est pas possible en cas

Correspondance:
Dr méd. Pierre Arnold
Président de la Commission
de la circulation routière
de la Ligue Suisse contre
l'Épilepsie
Spécialiste en neurologie
AFC EEG & ENMG
Rue de Lausanne 35
CH-1950 Sion
pierrearnold[at]hin.ch

d'épilepsie avérée (à l'exception des syndromes épileptiques infantiles guéris). Après une crise inaugurale provoquée ou non à l'âge adulte, l'admission n'est possible qu'après une absence de crise depuis 5 ans sans traitement médicamenteux.

Véhicules automobiles dont la vitesse maximale n'excède pas 45 km/h (cat. F), véhicules automobiles agricoles (cat. G), cyclomoteurs (cat. M) et autres véhicules nécessitant un permis de catégorie M (certains vélos électriques et fauteuils roulants électriques) ainsi que véhicules de piste

La première admission et la réadmission à la circulation s'effectuent selon les directives générales. Des exceptions (notamment des raccourcissements du délai de carence) sont possibles dans certains cas particuliers justifiés.

Moniteurs de conduite et experts

On s'en tiendra aux directives générales régissant les catégories concernées.

Cas particuliers

Conducteurs de trams, de locomotives, pilotes: l'aptitude à conduire ou à voler est en principe révoquée en cas d'épilepsie avérée ou après une crise inaugurale provoquée ou non.

L'évaluation de l'aptitude à conduire des conducteurs de chariots élévateurs, de ballons, d'excavatrices, de grues, de bateaux à moteur, de conducteurs de funiculaires ou trains à crémaillères s'effectue selon les directives générales.

Disclosure statement

Dr. Franke reports a sponsoring grant for her institution, the Swiss League Against Epilepsy (Schweizerische Epilepsie-Liga) from Desitin Pharma, for the publication of a brochure containing these guidelines. The other authors have reported no financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2019.08402>.