

## Ce que le généraliste doit connaître

# Evaluation du renouvellement d'un permis de conduire

Dr méd. Tommaso De Francesco<sup>a</sup>, Dr méd. Evelyn Buff<sup>b</sup>, Dr méd. Christophe Pasche<sup>c</sup>,  
Prof. Dr méd. Bernard Favrat<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Polyclinique psychogériatrique, Nyon; <sup>b</sup> Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne; <sup>c</sup> Polyclinique Médicale Universitaire, Centre d'évaluation médicale de l'aptitude à la conduite, Lausanne; <sup>d</sup> Polyclinique Médicale Universitaire et Centre Universitaire Romand de Médecine Légale, Lausanne

La question de l'aptitude à conduire a connu des modifications légales importantes très récemment qui concernent tous les médecins praticiens. De plus, diverses sociétés médicales proposent des recommandations utiles pour le praticien. Ces changements doivent donc être intégrés dans la pratique quotidienne.

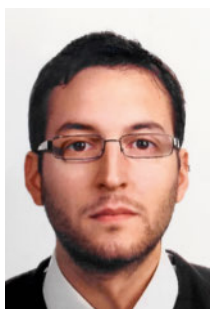
## Introduction

Avec Via Sicura, adopté par le Parlement le 15 juin 2012, l'Office fédéral des routes (OFROU) et la Confédération cherche à améliorer la sécurité routière. Son objectif est de diminuer le nombre de blessés et de morts sur les routes suisses. Différentes mesures sont mises en œuvres par étapes en particulier des mesures préventives ou répressives en cas de délits, ainsi que des mesures visant à une amélioration des infrastructures et à une meilleure application des règles en vigueur. C'est dans ce dernier point que les médecins de premier recours sont concernés avec des mesures d'assurance qualité lors des examens de contrôles de l'aptitude à la conduite. Le but étant de standardiser l'évaluation médicale de l'aptitude à la conduite dans toute la Suisse.

## Niveaux et conditions de reconnaissance

Ces modifications qui affectent directement les médecins sont entrées en vigueur le 1.7.2016, suite à la révision de l'Ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière (OAC). Dorénavant, seuls les médecins possédant les qualifications requises reconnues par l'autorité cantonale pourront effectuer les contrôles d'aptitude à la conduite. Les conditions à remplir par le médecin sont définies par la loi. Il existe 4 niveaux, évoluant sur un modèle de modules progressifs. C'est-à-dire que chaque palier inférieur est acquis et donne alors accès au suivant.

- Niveau 1: médecin autorisé à effectuer le contrôle tous les 2 ans des personnes âgées dès 70 ans. Formation: auto-déclaration de capacité à faire ces exa-



Tommaso De Francesco

mens (sur le site [www.medtraffic.ch](http://www.medtraffic.ch)) ou formation d'une journée (reconnue par la FMH). A faire au plus tard jusqu'au 31.12.2017 (période transitoire). Les médecins devront certifier tous les 5 ans leur capacité par auto-déclaration ou formation continue d'une demi-journée

- Niveau 2: médecin habilité à déterminer l'aptitude à la conduite des chauffeurs professionnels tous les 5 ans avant 50 ans puis tous les 3 ans. Le médecin doit posséder le niveau 1 et suivre une formation supplémentaire d'une journée.

- Niveau 3: intervention en deuxième recours en cas de résultat ambigu lors d'un examen réalisé par un médecin de niveau 1 ou 2. Premier examen dans des cas spécifiques: notamment candidat de plus de 65 ans, personne handicapée physiquement ou relevant d'une blessure grave ou d'une maladie grave, ou encore lors d'une communication de l'AI ou d'un médecin. Une formation spécifique et des rédactions d'expertises sont nécessaires.
- Niveau 4: expert en médecine du trafic, chargé de répondre à toute question complexe et de prendre en charge toutes les investigations relevant de la médecine du trafic. La reconnaissance de niveau 4 est un titre de «spécialiste en médecine du trafic» nécessitant une activité de deux ans dans un centre de médecine du trafic et la réussite d'un examen reconnu.

**La formation est assurée par la Société Suisse de Médecine Légale (SSML) selon l'art. 5h. Des cours, organisés de façon modulaire, sont uniformisés pour toute la Suisse.**

Les médecins spécialistes qui peuvent être sollicités pour une partie de l'évaluation, tels que les ophtalmologues n'ont pas besoin d'obtenir de reconnaissance. La formation est assurée par la Société Suisse de Médecine Légale (SSML) selon l'art. 5h. Des cours, organisés de façon modulaire, sont uniformisés pour toute la Suisse. Le médecin peut s'enregistrer sur la plateforme [www.medtrafic.ch](http://www.medtrafic.ch), où il peut s'inscrire aux cours et gérer sa formation. Tout médecin ayant un titre post-grade fédéral ou étranger reconnu et ayant moins de 70 ans peut s'y inscrire. Les reconnaissances sont valables 5 ans et sont prolongées si 4 heures de perfectionnement sur des questions de la médecine du trafic ont été suivies pour les niveaux 2 et 3. Les reconnaissances se perdent à la fin de l'année de 70 ans.

**Réalisation des examens et communication des résultats: art 5i de l'OAC**

Des documents concernant l'aptitude à la conduite de la personne à examiner sont mis à disposition. Le médecin qui effectue son examen médical n'est pas tenu d'utiliser les formulaires prévus comme rapport personnel (annexe 2 et 2a). Toutefois, les résultats (le rapport) d'examen seront transmis directement à l'autorité cantonale sous forme de formulaire (annexe 3 et 3a). Ils ne seront plus remis à la personne examinée en raison du risque de falsification. En cas de doute sur l'aptitude à la conduite ou d'examen non concluant, le médecin peut demander à l'autorité cantonale qu'un médecin de niveau supérieur réalise l'évaluation. Dans

le cadre de l'examen des personnes de plus de 70 ans, ce sera un médecin de niveau 3 qui sera plus à même de juger de l'aptitude (niveau 2 spécialisé dans les permis professionnels). A signaler que ces évaluations sont aux frais de la personne examinée.

**Contrôles médicaux obligatoires relevant de la médecine du trafic pour les conducteurs**

Pour rappel, les titulaires d'un permis de catégorie C et D et des sous-catégories C1 et D1, ceux ayant une autorisation de transporter des personnes à titre professionnel (code 121) doivent effectuer un contrôle tous les 5 ans jusqu'à leur 50 ans, puis tous les 3 ans jusqu'à 70 ans, puis chaque 2 ans. Les personnes titulaires d'un permis de catégorie A et B et des catégories spéciales F, G, M (privé) doivent s'y soumettre tous les 2 ans dès l'âge de 70 ans, un relèvement à 75 ans est en discussion mais pas en vigueur. L'autorité cantonale peut raccourcir ce délai sur conseil d'un médecin examinateur. De plus, un examen peut être demandé par le service des automobiles pour tout individu souffrant ou ayant souffert d'une affection physique ou mentale grave.

**Exigences médicales minimales (selon l'annexe 1 de l'OAC)**

L'ancienne division en trois catégories de permis est abandonnée au bénéfice de la classification en deux groupes, tel qu'il est d'usage dans l'union européenne. Les troubles psychiques et les maladies neurologiques figurent dans deux points bien distincts. Les maladies des organes respiratoires et abdominaux sont regroupées, comme l'ensemble des affections de l'appareil locomoteur. En raison de l'importance du diabète, il existe maintenant un chapitre pour les maladies du métabolisme.

**Facultés visuelles**

Pour une demande de permis, le contrôle de la vue ne doit pas dater de plus de 24 mois par un médecin ou un opticien avec un diplôme reconnu en Suisse. Les exigences minimales concernant l'acuité visuelle et la délimitation du champ visuel se sont allégées suite à l'alignement avec les normes européennes (tab. 1). Cependant les amétropies doivent être corrigées autant que possible et de manière adéquate (art. 7). En cas d'acuité visuelle  $<0,7$  pour l'œil le meilleur ou  $<0,2$  pour l'œil le plus mauvais, un rapport d'un ophtalmologue est exigé. En cas de valeur  $\geq 0,7$  et  $\geq 0,2$  avec correction, un avis ophtalmologique n'est pas nécessaire mais le

**Tableau 1:** Facultés visuelles nécessaires pour les conducteurs professionnel et non professionnels (selon l'annexe 1 de l'OAC).

Facultés visuelles	Groupe 1 (non professionnel)	Groupe 2 (professionnel)
<b>Acuité visuelle</b>	Pour un oeil au moins 0,5 pour l'autre au moins 0,2  Vision monoculaire 0,6	Pour un oeil au moins 0,8 pour l'autre au moins 0,5
<b>Champ visuel</b>	Vision binoculaire: – 120° de diamètre horizontal au minimum – Elargissement vers la gauche et la droite de 50° au minimum – Elargissement vers le haut et le bas de 20° minimum – Le champ visuel central des deux yeux doit être normal jusqu'à 20°.	Vision binoculaire: – 140° de diamètre horizontal au minimum – Elargissement vers la gauche et la droite de 70° au minimum – Elargissement vers le haut et le bas de 30° minimum – Le champ visuel central pour chaque oeil doit être normal jusqu'à 30°.
<b>Diplopie</b>	Pas de diplopie restrictive	Pas de diplopie, mobilité des yeux normale
<b>Vision crépusculaire</b>	Pas de réduction importante de la vision au crépuscule	Pas de réduction importante de la vision au crépuscule
<b>Sensibilité à l'éblouissement</b>	Pas d'accroissement majeur de la sensibilité à l'éblouissement	Pas d'accroissement majeur de la sensibilité à l'éblouissement
<b>Ouïe</b>	–	– Voix normale audible à 3 mètre par chaque oreille et 6 mètre en cas de surdité d'une oreille – Pas de maladie grave de l'oreille interne ou moyenne – Le port d'appareil auditif n'est plus interdit.

port de correction optique doit être imposé (code O1). La carte de Snellen est utilisée pour l'évaluation de l'acuité visuelle. Lorsque l'acuité visuelle est insuffisante en raison d'un problème de réfraction, un contrôle complémentaire de l'opticien suffit. Les champs visuels se testent par confrontation. L'examen de la vision stéréoscopique (test de Lang) a disparu des exigences minimales. La vision stéréoscopique joue un rôle uniquement à courte distance et n'est pas essentielle pour la circulation. En cas de soupçon de problèmes du champ visuel, de diplopie ou de maladie chronique oculaire un examen doit être effectué chez un ophtalmologue.

#### Ouïe

Pour le premier groupe, il n'y a plus de restriction pour les personnes sourdes, même en ayant une vision monoculaire. Pour le deuxième groupe, il n'est plus demandé que le conducteur réponde à des exigences minimales sans ses appareils auditifs. Si ces derniers sont nécessaires pour atteindre les exigences, leur port obligatoire doit figurer dans le rapport médical et le permis de conduire (code O2).

#### Alcool, stupéfiants et produits pharmaceutiques psychotropes

Aucune dépendance ni abus de substance pouvant avoir des effets sur la conduite ne sont tolérés. De plus, aucun traitement substitutif (par exemple méthadone) n'est autorisé pour le second groupe.

Au sujet des médicaments psychotropes, une liste a été éditée par un groupe de travail international, qui est

disponible sur internet [1]. Les substances y sont répertoriées en trois catégories de dangerosité. En France, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)

#### Il faut informer les patients des possibles effets secondaires de tout nouveau traitement prescrit et les avertir de ne pas prendre le volant en cas de dangerosité pour la conduite.

propose une classification semblable [2]. Pour simplifier, les médicaments en classe 1 ne posent aucun problème et les médicaments en classe 2 (p. ex. opiacés, neuroleptiques et certains antidépresseurs) sont autorisés après un temps d'adaptation. Par contre pour les médicaments en classe 3 (la plupart des benzodiazépines), la conduite ne devrait pas être autorisée dans les 8 heures qui suivent la prise médicamenteuse. Il faut informer les patients des possibles effets secondaires de tout nouveau traitement prescrit, les avertir de ne pas prendre le volant en cas de dangerosité pour la conduite et le consigner dans son dossier.

#### Troubles psychiques

Les directives restent vagues, car il est globalement stipulé qu'il ne doit pas y avoir «de troubles psychiques avec des effets importants sur la perception de la réalité, l'acquisition et le traitement de l'information, la réactivité ou l'adaptation du comportement à la situation». On en conclut qu'un patient présentant une maladie psychiatrique contrôlée, traitée adéquatement, peut être apte à la conduite (des symptômes peuvent se présenter s'ils n'ont pas d'effet important sur la

conduite) et qu'en cas de pathologie décompensée ou sévère (trouble dépressif sévère, épisode maniaque, trouble psychotique aigu), celle-ci rend le patient inapte à la conduite. Pour le deuxième groupe, il ne faut en plus «pas de troubles affectifs ou schizophréniques récidivants ou cycliques considérables».

### Trouble des fonctions cognitives

Les fonctions neuropsychologiques ne doivent pas être significativement limitées ce qui est précisé par la terminologie de l'annexe 1 de l'OAC: «Pas de maladies ou de troubles psychiques d'origine organique perturbant de façon significative la conscience, l'orientation, la mémoire, l'intellect, la réactivité et pas d'autre trouble des fonctions cérébrales. Pas de réduction des capacités de réserve ayant des effets sur la conduite». L'évaluation succincte de certaines fonctions cognitives devrait être effectuée par un «Mini Mental State Examination» (MMSE), un test de la montre ainsi que le «Trail Making Test B» (test des tracés). Des perturbations importantes à la réalisation de ces tests (en particulier un MMSE <25, un test de la montre inférieur à 5/7 points) doivent faire naître de sérieux doutes quant à l'aptitude à la conduite automobile, et un examen spécialisé en gériatrie/neuropsychologie est recommandé [3]. Lorsqu'une démence est identifiée, l'échelle du «Clinical Dementia Rating» (CDR) est un indicateur important [4]. Le score CDR qui nécessite l'avis d'un proche permet de juger de la sévérité d'une démence (de 0 = absence à 3 = sévère) avec un questionnaire structuré autour de six fonctions (mémoire, orientation, jugement, indépendance dans les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne, loisirs et hygiène personnelle). Une atteinte légère (CDR = 0,5) ne pose guère de problème alors qu'un CDR à partir de 1 correspond à un risque de dégradation assez rapide de l'aptitude pour la conduite automobile [5]. L'arrêt de la conduite en cas de CDR 1 devrait donc être recommandé d'autant plus en cas d'accidents et/ou «de touchettes» ou en cas d'inquiétude d'un proche [3].

Le tableau CDR est accessible en anglais sur le site web du Knight Alzheimer's Disease Research Center (Knight ADRC) de la Washington University School of Medicine, St. Louis, sur <http://alzheimer.wustl.edu/cdr/cdr.htm>.

### Maladies neurologiques

«Pas de maladies ou conséquences de blessures ou d'opérations du système nerveux central ou périphérique ayant des effets importants sur l'aptitude à conduire avec sûreté un véhicule automobile. Pas de troubles ou de pertes de la conscience. Pas de troubles de l'équilibre.» Tout conducteur doit posséder les apti-

tudes physiques et psychiques requises pour conduire un véhicule en toute sécurité. Suite à un AVC, l'aptitude à la conduite peut être abolie en cas d'hémi-négligence, de trouble moteur majeur ou d'altération des fonctions cognitives. La cause de l'AVC, lorsqu'elle est connue, doit faire l'objet d'une attention particulière afin de diminuer le risque de récurrence.

### Les personnes souffrant d'épilepsie seront admises à la circulation uniquement sur la base d'un rapport favorable émis par un médecin spécialiste en neurologie.

Les personnes souffrant d'épilepsie seront admises à la circulation uniquement sur la base d'un rapport favorable émis par un médecin spécialiste en neurologie. La commission de la Circulation Routière de la Ligue Suisse contre l'Epilepsie a actualisé ses directives en février 2015. En cas d'épilepsie active, l'aptitude à la conduite est supprimée. L'autorisation ou le renouvellement de cette aptitude est accordé que s'il n'y a pas eu de crise durant une année, avec ou sans antiépileptique. Certaines conditions raccourcissent ou prolongent ce délai. Les détails sont disponibles sur leur site [6]. La ligue Suisse contre l'Epilepsie fournit sur son site un formulaire qui peut être utilisé en pratique.

### Maladies cardiovasculaires

De façon générale, aucune maladie entraînant un risque élevé d'angor au repos, de malaise ou d'altération de la conscience n'est toléré. Au sujet de la tension artérielle, aucune anomalie grave n'est admise pour le premier groupe. Pour les professionnels, l'aptitude est donnée si la tension peut être normalisée par un traitement. Un test d'effort est demandé en cas de maladie cardiaque et aucun trouble du rythme important n'est toléré.

Il n'existe pas de directives ou recommandations cardiologiques suisses mais celles-ci pourraient voir le jour ces prochaines années. En attendant, nous pouvons nous baser sur des recommandations édictées par des sociétés européennes. Dans tous les cas, un avis peut être demandé à un cardiologue.

### Maladie du métabolisme

De nouvelles directives ont été édictées par un groupe de travail de la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie en 2015 [7]. Dans le 2<sup>ème</sup> groupe, une réglementation plus stricte est indiquée pour les personnes détentrices d'un permis de catégorie D ou D1 (bus et minibus). En cas de risque d'hypoglycémie même faible, ils sont considérés inapte à la conduite professionnelle des catégories D et D1. En effet le diabète et les éven-

Correspondance:  
Prof. Dr méd. Bernard Favrat  
Policlinique Médicale  
Universitaire et  
Centre Universitaire  
Romand de Médecine Légale  
Rue du Bugnon 44  
CH-1011 Lausanne  
Bernard.Favrat[at]chuv.ch

telles hypoglycémies sont difficiles à gérer de par les horaires à respecter et l'impossibilité d'interrompre le trajet souvent durant une longue période. Les détenteurs de permis C et C1 (conducteur de poids-lourds) et les chauffeurs de taxi, bénéficiant d'un traitement à risque d'hypoglycémies, peuvent être tout de même apte à la conduite sous certaines conditions. Quatre niveaux de risque d'hypoglycémie sont identifiés (tab. 2). Ceux-ci sont définis selon le traitement hypoglycémiant et les antécédents personnels. Le gliclazide dans sa forme retard est la seule sulfonylurée considérée à faible risque.

### Maladie des organes respiratoires et abdominaux

«Pas de maladies entraînant une somnolence diurne accrue ni d'autres troubles ou réductions ayant des effets sur l'aptitude à conduire avec sûreté un véhicule

automobile.» Un syndrome d'apnées du sommeil ne remet pas en cause l'aptitude pour autant qu'il n'entraîne pas de somnolence diurne pathologique (score d'Epworth  $\geq 10/24$ ), ou que celle-ci disparaisse grâce au traitement. Dans ce dernier cas les conducteurs professionnels sont soumis à des contrôles de la bonne observance au traitement et de son efficacité (en général contrôle de la CPAP 1x/an). Une nouvelle directive selon la référence 8 sera bientôt publiée.

### Maladie de la colonne vertébrale et de l'appareil locomoteur

Les mêmes exigences sont fixées pour les deux groupes. Aucune déformation, maladie, paralysie, conséquence d'opération ou de blessure ne pouvant être corrigé par des dispositifs spéciaux ne sont tolérés.

Tableau 2: Mesures pour les conducteurs en fonction du risque d'hypoglycémie.

		Mesures pour les conducteurs du groupe 1	Mesures pour les conducteurs du groupe 2
<b>Aucun risque</b>	Pas de traitement par insuline, sulfonylurées ou glinides	Sans condition	Rapport médical du médecin traitant aux 1 à 2 ans
<b>Risque faible</b>	Traitement par insuline lente analogue 1 fois par jour, ou par gliclazide ou glinides (aucune association de ces traitements)	Sans condition mais recommandations: – Modalités simples	Pas d'aptitude à conduire pour les catégories de permis D et D1 Modalités simples Rapport médical du diabétologue ou médecin traitant à 1 an: – Absence d'hypoglycémie de degré II et III
<b>Risque modéré</b>	Traitement par insuline (autre qu'une analogue lente seule) ou insuline analogue lente 1 fois par jour combinée à d'autres hypoglycémiantes et/ou traitement par sulfonylurées (à l'exception du gliclazide)	Sans conditions mais recommandations: – Modalités renforcées	Pas d'aptitude à conduire pour les catégories de permis D et D1 Modalités renforcées Rapport médical du diabétologue traitant à 1 an: – Absence d'hypoglycémie de degré II et III – Mesure continue de la glycémie ou 6 à 8 mesures de la glycémie par jour
<b>Risque élevé</b>	Traitement par insuline autre qu'une insuline analogue lente seule, ou insuline analogue 1 fois par jour combinée à d'autres hypoglycémiantes et/ou traitement par sulfonylurées (à l'exception du gliclazide), et présence de circonstances aggravantes: – Survenue d'une hypoglycémie de degré II ou III au cours des 2 dernières années – Défaut de perception des hypoglycémies (selon score de Clarke ; 4 ou plus) – Existence d'un diabète depuis plus de 20 ans avec insuffisance rénale (GFR <45 ml/min)	Modalités renforcées Rapport médical favorable du diabétologue traitant: – Absence d'hypoglycémie de degré II et III récente – Mesure continue de la glycémie ou 6 à 8 mesures de la glycémie par jour	Pas d'aptitude à conduire pour les catégories de permis D et D1 Modalités renforcées Rapport médical du diabétologue traitant aux 6 mois: – Absence d'hypoglycémie de degré II et III depuis au moins 3 mois – Mesure continue de la glycémie ou 6 à 8 mesures de la glycémie par jour

#### Modalités simples:

- Avoir toujours dans le véhicule 20 gr. de sucre à absorption rapide et un glucomètre
- S'arrêter immédiatement de conduire en cas de sensation d'hypoglycémie

#### Modalités renforcées:

- Mesure de la glycémie avant de prendre le volant et ne pas conduire si la glycémie est inférieure à 5 mmol/l. Dans ce cas, la glycémie doit être corrigée par un apport de 20 gr. de sucre à absorption rapide (p.ex. 4 morceaux de sucre) et contrôlée après 20 minutes.
- Après une hypoglycémie, attendre au moins 30 minutes avant de reprendre la route.
- Avoir toujours dans la voiture 20 gr. de sucre à absorption rapide.
- En cas de sensation d'hypoglycémie, s'arrêter immédiatement et ingérer 20 gr. de sucre rapide.
- Lors des longs trajets, faire une pause toutes les 60 à 90 minutes et contrôler la glycémie.

Rapport médical du diabétologue traitant doit attester en plus de la stabilité du diabète et de la bonne observance thérapeutique, de la bonne connaissance de la maladie et de l'absence de complication pouvant entraver la conduite et du maintien de l'aptitude à la conduite



## L'essentiel pour la pratique

- Chaque médecin généraliste voulant effectuer des contrôles d'aptitude à conduire doit s'inscrire sur la plateforme [www.medtraffic.ch](http://www.medtraffic.ch).
- L'annexe 1 de l'OAC détermine les exigences médicales minimales légales pour l'aptitude à conduire et ces exigences ont été modifiées en date du 1.7.2016.
- L'ancienne division en trois catégories de permis est abandonnée au bénéfice de la classification en deux groupes, tel qu'il est d'usage dans l'union européenne.
- Un médecin qui suit son patient du point de vue thérapeutique n'a pas d'obligation légale de signaler un patient inapte mais il est libéré du secret professionnel s'il le fait. Par contre s'il signe un certificat d'aptitude à la conduite pour le service des automobiles il engage sa pleine responsabilité et doit impérativement signaler une inaptitude.
- Un médecin dans un suivi thérapeutique à l'obligation d'informer son patient s'il l'estime inapte et il faut le consigner dans le dossier.
- Pour le diabète, il faut dorénavant considérer les niveaux de risque d'hypoglycémie pour émettre certaines recommandations.
- Lorsqu'une démence est identifiée, l'échelle du «Clinical Dementia Rating» à partir de 1 correspond à un risque de dégradation assez rapide de l'aptitude pour la conduite automobile.

### Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

### Crédit photo

Photo p. 155: © Goodluz | Dreamstime.com

### Références

- 1 The international council on alcohol, drugs and traffic safety ([www.icadts.nl](http://www.icadts.nl)) (Homepage on the internet). [www.icadts.nl/reports/medicinaldrugs2.pdf](http://www.icadts.nl/reports/medicinaldrugs2.pdf) (updated 2007)
- 2 Agence nationale de sécurité du médicament ([ansm.sante.fr](http://ansm.sante.fr)) (Homepage on the internet). Médicaments et conduite automobile (updated 2009).
- 3 Büla C, Eyer S, Von Gunten A, Favrat B, Monod S. Conduite automobile et troubles cognitifs: comment anticiper? *Rev Med Suisse*. 2011;316:2184–9.
- 4 Morris JC. The Clinical dementia rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*. 1993;43:2412–4.
- 5 Duchek JM, Carr DB, Hunt L, Roe CM, Xiong C, Shah K, et al. Longitudinal driving performance in early-stage dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:1342–7.
- 6 Ligue suisse contre l'épilepsie [www.epi.ch](http://www.epi.ch) (homepage on the internet). Epilepsie et permis de conduire (updated 2015).
- 7 Diabète Suisse [www.diabetesschweiz.ch](http://www.diabetesschweiz.ch) (homepage on the internet). Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie. Directives concernant l'aptitude et la capacité à conduire lors de diabète sucré (updated 2015).
- 8 Mathis J, Seeger R, Kehrer P, Wirtz G. Capacité à conduire un véhicule et somnolence. Recommandations pour les médecins lors de la prise en charge des patients souffrant de somnolence. *Forum Med Suisse*. 2007;7:328–32.