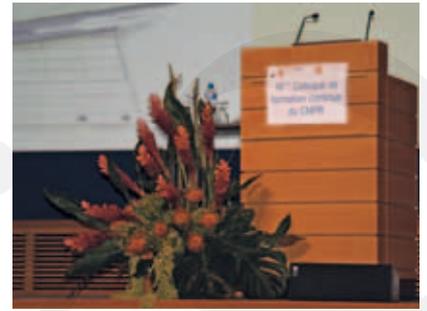


16ème Colloque de formation continue du CMPR

Du vent frais !

C'est sous la devise „du vent frais“ qu'a eu lieu la 16ème édition du colloque de Collège de Médecine de Premier Recours. De manière habituelle et très compétente le CMPR a offert aux médecins de premier recours suisses une formation continue de qualité.



Aptitude au volant: quelle conduite pour « rester dans le vent » ?

De manière parlante, le **Dr Julien Ombelli** et le **PD Dr Bernard Favrat**, Lausanne ont présenté la vignette d'un homme de 83 ans qui, lors d'un contrôle chez son ophtalmologue, a appris qu'il présente une importante diminution du champ visuel central et une acuité visuelle clairement insuffisante (0.3 ddc). Quels sont les devoirs du médecin envers le patient et envers la société? C'est la question que les deux docteurs ont adressé à leur public.

La base légale est la loi sur la Circulation Routière et diverses ordonnances. Par exemple l'art 14 LCR, du 1.1.2013 insiste sur les compétences exigées d'une personne pour pouvoir conduire: « Il a les aptitudes physiques et psychiques requises pour conduire un véhicule automobile en toute sécurité; il ne souffre d'aucune dépendance qui l'empêche de conduire un véhicule automobile en toute sécurité; ses antécédents attestent qu'il respecte les règles en vigueur ainsi que les autres usagers de la route. »

Un médecin est-il obligé de signaler à l'autorité la situation évoquée en préambule ? L'article 15d de la LCR du 1.1.2013 indique: « Si l'aptitude à la conduite soulève des doutes [...] l'autorité peut diligenter une enquête « suite à une communication d'un médecin ». Toutefois le médecin traitant (qui n'est alors pas dans la situation de signer un rapport médical en tant qu'expert) n'est pas obligé de signaler ses doutes quant à l'aptitude à la conduite d'un patient (« Ils peuvent notifier [ceux-ci] directement à l'autorité cantonale responsable de la circulation routière » (art 15d) mais s'il le fait, la loi le libère clairement de son secret professionnel toujours selon cet article de loi.

Par contre, le médecin traitant est obligé d'informer le patient de son inaptitude à la conduite dans le cas de la vignette présentée (1). Cette information est très importante particulièrement dans les cas de prescription de certains médicaments (et il faut la noter également dans le dossier du patient). Une liste de médicaments de l'ICADTS (International council on alcohol, drugs and traffic safety: Categorization system for medicinal drugs affecting driving performance) est disponible (2). Ce groupe de travail européen distingue trois catégories de danger des médicaments en lien avec la conduite: classe 1: supposé sûr ou effet indésirable improbable; classe 2: probable effet indésirable mineur ou modéré; classe 3: probable effet indésirable sévère ou supposé être potentiellement dangereux. En France, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) propose une classification semblable (3). De manière pragmatique, on peut considérer que les ISRS (Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) par exemple sont en classe 1 (peu ou pas de risque) alors que les antidépresseurs sédatifs, les opiacés et les neuroleptiques sont en

classe 2: le traitement est compatible avec la conduite automobile après un temps d'adaptation (absence d'effets secondaires influençant la conduite). Par contre, la classe 3 comprend les benzodiazépines qui sont clairement dangereuses pour la conduite en cas de prise diurne surtout les trois premières semaines ou s'il y a des substances sédatives de classe 2, des drogues ou des abus d'alcool. Dans le cas d'un médicament de classe 2, l'information donnée au patient par les médecins et notée dans le dossier sera par exemple: « Vous ne conduisez pas tant que vous présentez de la somnolence ou des vertiges ».

L'annexe de 1 de l'OAC (Ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière) définit les exigences médicales minimales pour la conduite d'un véhicule mais l'annexe 1 date de 1976 et reste très imprécise voire obsolète pour certaines rubriques. Ainsi, on y lit par exemple « Pas de troubles graves du métabolisme ». Les sociétés médicales de diabétologie et d'endocrinologie se sont positionnées en donnant des recommandations par rapport à un conducteur diabétique. Ainsi, celui-



PD Dr Bernard Favrat et Dr Julien Ombelli, Lausanne

TAB. 1 Antidiabétiques et risques d'hypoglycémie (liste non exhaustive)

Risques d'hypoglycémie:

- Insulines
- Sulfonylurées > Glinides (Starlix®, Novonorm®, Repaglinide®)

Pas de risque significatif d'hypoglycémie :

- Metformine
- Glitazones* (Actos®, Pioglitazon)
- Inhibiteurs de la DPP-4 (gliptines) (Januvia®, Galvus®, Onglyza®, Xeluvia®, Trajenta®, Vipidia®)
- Analogues du GLP-1 (Byetta®, Victoza®)
- Inhibiteurs du SGLT2 (Invokana®)
- Inhibiteurs de l'α-glucosidase (Glucobay®)

* Selon les directives 2011 SSED, les glitazones ne sont pas considérées à risque significatifs d'hypoglycémie

ci doit mesurer la glycémie avant de prendre le volant (ou toutes les 90 min. pour les conducteurs professionnels). Si la glycémie est inférieure à 5 mmol/l il n'est pas autorisé à prendre le volant, doit prendre 15–20 g de glucides rapides et contrôler la glycémie 20 min. plus tard. Lorsque la glycémie présente des valeurs entre 5 et 7 mmol/l le conducteur est obligé de prendre 10 g de glucides lents et de contrôler la glycémie 20 min plus tard. Après la correction d'une hypoglycémie, le conducteur doit attendre 20 à 30 min. avant de reprendre la route. Le Tableau 1 énumère les traitements antidiabétiques et leur risque d'hypoglycémie.

La loi impose aussi un contrôle médical tous les deux ans, pour les conducteurs de voiture privée à partir de 70 ans. Il s'agit d'un examen médical périodique qui se base surtout sur des tests de mémoire et cognitifs (par exemple le test de la montre ou le Mini-Cog). L'interprétation de ces tests doit être relativisée en cas de dépression. Une perturbation importante à la réalisation de ces tests (en particulier un test de la montre inférieur à 5/7 points) doit faire naître de sérieux doutes quant à l'aptitude à la conduite automobile et un examen spécialisé en gériatrie/neuropsychologie doit être effectué. En cas de résultat défavorable de la consultation de la mémoire et en cas de contestation du patient concernant ce dernier résultat, le médecin peut proposer à son patient d'effectuer une expertise neutre dans une unité de médecine et psychologie du trafic ou selon les cantons auprès du médecin conseil officiel désigné par le service des autos. Cette manière de procéder permet de garder en partie le lien thérapeutique en proposant encore une alternative. Le médecin remplira donc le certificat du service des automobiles en demandant cette expertise. Il faut signaler encore qu'un médecin n'est jamais obligé de signer le certificat d'aptitude et peut refuser d'endosser le rôle d'expert. Son patient devra s'adresser alors à un autre médecin.

Lors des contrôles tous les 2 ans, il est important de parler de la vie après le permis. En effet devoir renoncer à son permis peut souvent s'accompagner de dépression et il est dès lors important de s'y préparer. Il peut aussi être très utile pour le médecin effectuant le contrôle médical de proposer une course avec un moniteur privé (soit avec le TCS ou une autre école de conduite). Cette course permettra au conducteur de se familiariser à nouveau avec certaines règles de conduite pour sa propre sécurité et permettre ainsi de prolonger encore de quelques années une conduite sûre. Une course de contrôle par le service des automobiles est uniquement en dernier recours et pour des situations vraiment incertaines car d'une part le moniteur du service des automobiles va utiliser la voiture de l'utilisateur qui n'a pas de double commande et d'autre part si la course est échouée, la personne devra repasser son permis. Le médecin expert peut aussi raccourcir le délai des subséquents (par exemple 6 mois ou une année). Il peut aussi conseiller à son patient de renoncer à son permis par palier en évitant certaines situations où son patient serait moins à l'aise (p. ex. de ne pas conduire la nuit). Dans certains cantons il est même possible de le faire inscrire dans le permis par le service des automobiles. Finalement il n'est pas inutile de rappeler que les statistiques indiquent un nombre d'accidents graves sur la voie publique plus important lorsque les seniors sont à pied que lorsqu'ils sont en voiture! Les messages de prévention doivent donc concerner la mobilité des seniors d'une manière globale.

Le médecin face à la justice? Certificats « fit to fly » et renvois forcés des migrants

La migration et l'immigration illégale en particulier est un problème croissant en Europe et en Suisse commence le **Pr Hans Wolff**, Genève sa présentation. La base légale pour l'expulsion d'étrangers est le Droit d'Asile (LAsi) et les ordonnances correspondantes, la Loi sur les Etrangers (LEtr) (l'art. 71 aide fédérale aux cantons en cas d'expulsion) et la Loi sur l'Usage de la Contrainte (LUSC) et respectivement l'Ordonnance sur l'Usage de la Contrainte (OLUSC, art 18). Si un immigrant est censé d'être expulsé, il existe selon l'OERE (Ordonnance sur l'Exécution du Renvoi et de l'Expulsion d'étrangers) quatre niveaux avec le plus haut niveau, le « vol spécial » et la restriction appropriée de la liberté personnelle. Entre 2008 et 2010, 704 personnes ont été expulsées par un « vol spécial » (4). Ces mesures ne sont pas seulement coûteuses et entravent la dignité humaine et/ou des droits humains, mais elles présentent également un danger pour les expulsés, dont trois personnes sont déjà mortes (1989, 2001, 2010). Par conséquent, depuis 2011, ces envois sont accompagnés par des observateurs neutres et des médecins. De plus, le médecin pénitentiaire est invité de délivrer un certificat « fit to fly » (attestation médicale d'aptitude à l'expulsion par vol spécial par le médecin traitant à l'ODM) de son patient. En violant les principes de bienfaisance, de non-maléfiance, de l'autonomie et en détruisant la confiance dont bénéficie le médecin, cela constitue un grand dilemme pour le médecin traitant. En remplissant ce formulaire « fit-to-fly » le médecin traitant se trouve dans un conflit de double loyauté (5), surtout si le médecin dépend de l'autorité chargée de l'expulsion ou de détention. Seulement à Genève, VD et VS, les médecins pénitentiaires sont indépendants et pas soumis à l'état ou l'administration pénitentiaire. Les services de santé en prison doivent d'être complètement indépendants de services pénitentiaires ou de la justice (6). En 2013, la CMPS (Conférence des médecins pénitentiaires suisses) demande alors des clarifications et une prise de position de la commission centrale d'éthique de l'ASSM (Académie Suisse des Sciences Médicales) est formulée.

La démarche inclut :

- ▶ Respecter la relation médecin-patient, tout particulièrement le secret médical;
- ▶ Remplacer le certificat « fit to fly » par la recherche de contre-indications;
- ▶ Améliorer les conditions cadres de l'accompagnement médical des rapatriements sous contrainte;
- ▶ Respecter les conditions-cadres des contrats avec les organisations d'accompagnement des rapatriements sous contrainte.



Pr Hans Wolff, Genève

La Rhinosinusite chronique: prise en charge sans prise de tête ...

La rhinosinusite chronique (RSC) est caractérisée par l'obstruction nasale, la rhinorrhée, des maux de tête ou des sensations de pression douloureuse de la face, des troubles de l'olfaction, une toux, de l'asthme, des ronflements nocturnes et une fatigue chronique commence le **Pr Jean-Silvain Lacroix**, Genève. La prévalence de la RSC aux Etats-Unis et en Europe s'élève à environ 30%. 70-98% des asthmatiques ont une RSC. 30-50% des patients avec RSC sont asthmatiques (7,8). La pathophysiologie de la RSC est multifactorielle a continué le **Dr Johanna Sommer**, Vésenaz. Elle est influencée par des facteurs systémiques de l'hôte, son profil génétique et immunologique ainsi que des facteurs de l'environnement (9). Jusqu'à 25% des patients souffrant de RSC présentent un déficit immunitaire. La réponse à la vaccination contre les pneumocoques est un moyen simple d'exclure ou de confirmer un déficit immunitaire.

Les mécanismes de la RSC sont nombreux:

- ▶ L'hyperréactivité spécifique: allergie aigüe, saisonnière ou chronique
- ▶ L'hyperréactivité non spécifique (inflammation neurogène – anciennement appelée rhinite vasomotrice)
- ▶ Anomalies anatomiques endonasales: congénitales ou secondaires (post
- ▶ Exposition à des toxiques ou irritants (pollution, tabac)
- ▶ Infection aigüe, récidivante ou chronique
- ▶ Maladies congénitales: mucoviscidose, dyskinésie muco-ciliaire ...
- ▶ Maladies immunologiques: immunodéficiences, Wegener granulomatos, ... (8).

La prise en charge de la RSC est illustrée dans la Figure 1.

De précieux conseils pratiques:



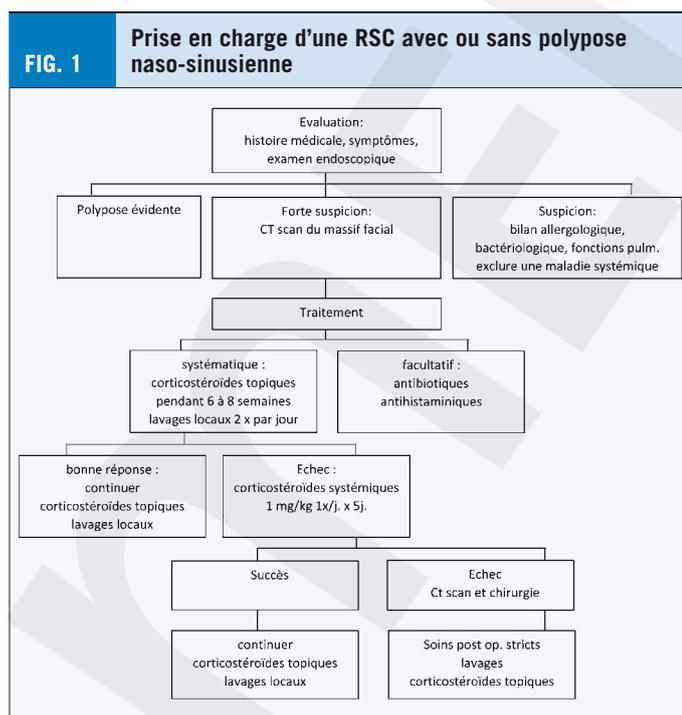
Fig. 2 Démonstration de la préparation et l'application du sérum physiologique (au milieu: Pr J.-S. Lacroix, Genève et Dr J. Sommer, Vésenaz)

- ▶ La production de sécrétions nasales colorées n'est pas un signe clinique fiable pour diagnostiquer une infection d'origine bactérienne. Dans 70 % des cas, les sécrétions nasales sont colorées par la présence de cellules de notre système immunitaires qui sont oxydées au contact de l'air que l'on respire.
- ▶ L'origine bactérienne d'une infection des voies respiratoires supérieures ne peut être confirmée que par l'examen bactériologique d'un prélèvement des sécrétions nasales qui s'effectuent avec un écouvillon introduit horizontalement dans une narine.
- ▶ Si vous suspectez la présence d'un aspergillome rhino-sinusal, le diagnostic sera fait par un examen histo-pathologique avec colorations spécifiques.
- ▶ Afin de prévenir les éventuels traumatismes du septum nasal lors de l'usage d'un spray de corticostéroïdes topique, il est recommandé d'appliquer le produit dans la narine gauche avec la main droite et vice versa.
- ▶ Le lavage des fosses nasales 2 fois par jour avec du sérum physiologique est le premier et le plus simple traitement scientifiquement prouvé de la RSC. On peut faire soi-même le liquide de lavage (9 g de sel de cuisine dissout dans 1 l d'eau du robinet (0.9 % NaCl)). Le lavage se fait avec une seringue de 20 ml pour un adulte. En cas d'infection chronique, la solution de lavage peut être complétée par de l'eau de Javel diluée à 0.05% ou en ajoutant 3 ml de shampooing pour bébé. Ces solutions sont efficaces contre les bactéries, les virus et les champignons. Aucune résistance n'a été encore observée.

Il est vivement recommandé de faire une démonstration de la technique de lavage des fosses nasales personnellement devant son patient (fig. 2).

▼ Dr Heidrun Ding

Source : 16e Colloque de formation continue du CMPR, Lausanne, 4.9.2014



Références :

1. www.fmh.ch/files/pdf11/SAMW-Rechtliche_Grundlagen_2012_F11.pdf
2. www.icadts.nl/reports/medicinaldrugs2.pdf
3. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/faff1e402339c-d443a9894792f20d31d.pdf
4. Brader S. Session fédérale des jeunes 2012
5. Pont J et al. Am J Public Health 2012;102(3):475-80
6. OMS Europe 2013 / Conseil de l'Europe R (98) 7
7. Ray NF et al. J Allergy Clin Immunol 1999;103 :408-14
8. Fokkens WJ et al. Rhinology 2012;50(1):1-12
9. Kern et al. Am J Rhinology 2008;22(6):549-59