

Les nouvelles réglementations

L'aptitude à la conduite

Le médecin, généraliste ou spécialiste, installé en pratique privée ou hospitalier, a le devoir d'identifier les situations où son patient est, même momentanément, inapte à la conduite automobile et de l'en informer. Ceci est valable non seulement lors des examens périodiques imposés par l'autorité cantonale mais lors de tous contacts avec ses patients. Il est donc indispensable de connaître les dispositions légales régissant l'évaluation de l'aptitude ainsi que les recommandations et directives rédigées par les sociétés suisses de spécialistes. Cet article aborde les nouvelles réglementations en vigueur depuis juillet 2016 et rappelle quelques notions fondamentales de médecine du trafic tant médicales que juridiques.

La législation fédérale en termes de circulation routière comprend entre autres la Loi fédérale sur la circulation routière (LCR, RS 741.01) (1) et son Ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière (OAC, RS 741.51) (2). Cette législation a fait l'objet d'une importante révision sous l'impulsion du programme Via sicura visant notamment à améliorer et standardiser la procédure d'évaluation de l'aptitude à la conduite. Un système progressif a été mis en place: plus l'examen à réaliser est complexe, plus les exigences à satisfaire par le médecin qui le réalise sont élevées. Il en résulte quatre niveaux de reconnaissance (tab. 1).

Rappels concernant le secret médical

Il existe deux situations dans lesquelles peut se trouver le médecin: celle de la pratique habituelle en tant que thérapeute et celle où le médecin est mandaté par l'autorité cantonale responsable de la



Dr Christophe Pasche
Lausanne

circulation routière (3, 4). Dans les deux cas le praticien doit assumer un rôle d'expert et est de facto délié du secret médical vis-à-vis de l'autorité pour ce qui sont des éléments significatifs du point de vue de la médecine du trafic. Dans la première situation le législateur a laissé une possibilité au médecin d'annoncer les cas d'inaptitude et n'en a pas fait un devoir (Article 15d LCR). S'il choisit de ne pas signaler une situation d'inaptitude le médecin a malgré tout l'obligation d'informer son patient de ne pas conduire. La seconde situation concerne les examens obligatoires effectués périodiquement par un médecin reconnu (niveaux 1 et 2) et les évaluations de niveaux 3 et 4 mandatées directement par l'autorité compétente (tab. 1). Il est alors demandé au médecin de remplir un mandat et de répondre aux questions posées sans dissimuler aucune information ayant trait à sa mission. Cette situation particulière est traitée par l'article 5i de l'OAC.

Nouvelles exigences médicales minimales (annexe 1 de l'OAC)

Dès le 1er juillet 2016 l'Office fédéral des routes (OFROU) ne retient plus que 2 groupes de véhicules avec des exigences médicales différentes, les véhicules privés (groupe 1) et les véhicules profession-

TAB. 1 Les 4 niveaux de reconnaissance				
	Niveau			
	1	2	3	4
Type d'examen	Contrôle médical périodique des seniors (≥ 70 ans) avec véhicules privés	Candidats au permis d'élève et contrôle médical périodique des catégories professionnelles	Candidats >65 ans; Candidats avec handicap physique; Après blessure lors d'un accident grave; Après une grave maladie; Communication de l'OAI	Doute sur l'aptitude à la conduite conformément à l'art. 15d al. 1 let. a et b. LCR (p. ex. ivresse ≥ 1.6‰)
Conditions de reconnaissance	Auto-déclaration ou 1 journée de formation	Posséder le niveau 1 + 1 journée de formation supplémentaire	Posséder le niveau 2 + 1 journée de formation supplémentaire	Posséder le titre de médecine du trafic SSML
Validité	Dans toute la Suisse, limitée à 5 ans			
Prolongation	Auto-déclaration	4 heures de formation	4 heures de formation	Remplir les conditions de conservation du titre
Âge limite pour le médecin	70 ans (fin de l'année civile)			

TAB. 2 Exigences médicales minimales (annexe 1 OAC): classification en 2 groupes	
1 ^{er} groupe (privé)	2 ^{ème} groupe (professionnel)
Catégories A et B	Catégories C et D
Sous-catégories A1 et B1	Sous-catégories C1 et D1
Catégories spéciales F, G et M	Autorisation de transporter des personnes à titre professionnel Experts de la circulation

TAB. 3 Dépistage des troubles cognitifs au cabinet *	
Mini mental state examination (MMSE)	<24/30
Montreal cognitive assessment (MoCA)	<26/30
Test de l'horloge	<5/7
Trail Making Test – B (TMT-B)	>200 secondes et/ou >2 erreurs de persévération
*Critères qui devraient conduire à une évaluation spécialisée (examen neuropsychologique complet, expertise niveau 4)	

TAB. 4 Exigences visuelles selon l'annexe 1 de l'OAC		
Facultés visuelles	Groupe 1 (privé)	Groupe 2 (professionnel)
Acuité visuelle (AV)	0,5 pour l'oeil le meilleur et 0,2 pour l'oeil le plus mauvais Vision monoculaire (y.c. AV de l'oeil le plus mauvais <0,2): 0,6	0,8 pour l'oeil le meilleur et 0,5 pour l'oeil le plus mauvais
	Lors de demande de permis d'élève groupe 1 (article 9 OAC), le rapport d'un ophtalmologue devra être présenté si: – l'AV est <0,7 pour l'oeil le meilleur et ≥0,2 pour l'oeil le plus mauvais ou – l'AV est <0,8 en cas de vision monoculaire (y.c. <0.2)	
	Article 7 OAC: En cas de perte récente de l'usage d'un oeil, la personne concernée devra observer 4 mois d'arrêt de conduite, présenter un rapport ophtalmologique et réussir une course de contrôle	
Champ visuel (CV)	120 degrés de diamètre horizontal au minimum. Pas d'amputation sur les 50° à droite et à gauche du point central et sur les 20° vers le haut et vers le bas. Le champ visuel central des deux yeux (<i>ndrl: pour chaque oeil</i>) doit être normal jusqu'à 20°. Vision monoculaire: CV normal en cas de mobilité des yeux normale.	140 degrés de diamètre horizontal au minimum. Pas d'amputation sur les 70° à droite et à gauche du point central et sur les 30° vers le haut et vers le bas. Le champ visuel central pour chaque oeil doit être normal jusqu'à 30°.
Diplopie	Pas de diplopie restrictive	Mobilité des yeux normale (pas de diplopie)
Vision crépusculaire	Pas de réduction importante de la vision crépusculaire	
Sensibilité à l'éblouissement	Pas d'accroissement majeur de la sensibilité à l'éblouissement	

nels (groupe 2) (tab. 2). Les exigences médicales minimales ont par ailleurs été révisées (5). Si certaines se sont assouplies, comme les valeurs d'acuité visuelle, d'autres se sont durcies, avec une réglementation plus détaillée de certaines maladies du point de vue de la médecine du trafic, par exemple le diabète, d'autres encore sont apparues, telles que la dépendance, la somnolence diurne, les troubles cognitifs. Il existe également des recommandations édictées par des sociétés suisses de spécialistes en collaboration avec des experts en médecine du trafic. Grâce à ces directives le médecin dispose d'une réglementation détaillée et basée sur les évidences scientifiques récentes et l'expérience de spécialistes. En outre les formulaires suivants ont été adaptés: questionnaire de santé (annexe 4 OAC), rapport d'examen médical (annexe 2 et 2a OAC), résultat de l'examen médical destiné à l'autorité (annexe 3 OAC), rapport ophtalmologique (annexe 3a), disponibles auprès des Service des automobiles cantonaux respectifs.

Le médecin peut s'aider de l'annexe 2 de l'OAC afin de rechercher, tant par l'anamnèse que par l'examen clinique, les problèmes de santé à risque. Il pourra procéder aux examens complémentaires qu'il juge nécessaire: analyses sanguines (p.ex. marqueurs d'abus d'alcool, glycémie, HbA_{1c}, bilan lipidique), dépistage urinaire de drogues, ECG, etc.

Prises en charge spécifiques

Troubles cognitifs

L'annexe 1 de l'OAC indique (groupe 1):

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.

Nous ne pouvons que recommander l'excellent article du Pr C. Büla et coll. concernant l'évaluation de l'aptitude cognitive à la conduite des personnes âgées (6). Il décrit notamment les tests cognitifs praticables au cabinet (Mini mental state examination, test de l'horloge, Trail Making Test – auquel on peut ajouter le Montreal cognitive assessment (MoCA) (7). Malgré leurs inconvénients en termes de sensibilité et spécificité ces tests simples permettent à l'évaluateur de se forger une opinion qui, combinée à son jugement clinique plus global, peuvent soit rassurer soit faire émerger un doute quant à l'aptitude, ce qui devrait alors conduire à des investigations complémentaires tels que bilan neuropsychologique complet ou expertise de niveau 4 (tab. 3).

Une course d'essai sur route avec un moniteur d'auto-école peut aider le praticien dans sa décision. Elle n'a cependant pas de valeur juridique au contraire de la course de contrôle effectuée avec un expert de la circulation.

Troubles visuels

Les exigences visuelles de l'OAC ont passablement changé en 2016 (tab. 4). L'examen du champ visuel par confrontation sert de dépistage. En cas de doute, un avis ophtalmologique est impératif. La

baisse de la vision crépusculaire et l'augmentation de la sensibilité à l'éblouissement sont des facteurs de risques reconnus d'accidents. Malheureusement, il n'existe aucun test simple, accessible et applicable à large échelle pour mesurer ces fonctions.

Diabète

Les études les plus récentes tendent à mettre en évidence un risque légèrement plus élevé d'accident chez les diabétiques. Cependant toutes les situations ne sont pas comparables en termes de risque. L'hypoglycémie est la première cause d'accident chez le diabétique. Les complications cardiaques, cérébrales et neurologiques (polyneuropathie des membres inférieurs) peuvent elles-mêmes contre-indiquer la conduite. La révision de l'annexe 1 introduit la notion de diabète et donne quelques précisions concernant notamment l'hypoglycémie (tab. 5). La Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) a publié d'abord en 2011 puis une version révisée en 2015 des directives concernant l'aptitude et la capacité à conduire lors de diabète sucré (8). Le point fort de ces directives consiste en la stratification du risque d'hypoglycémies en fonction:

1. du traitement médicament (tab. 6),
2. du degré de perception de l'hypoglycémie au moyen du score de Clarke,
3. de l'éventuel antécédent d'hypoglycémie sévère.

Les diabétiques à risque modéré et élevé d'hypoglycémies doivent respecter des règles de comportement avant de prendre le volant et pendant la conduite (tab. 7).

Troubles psychiatriques

L'annexe 1 de l'OAC indique (groupe 1):

- Pas de troubles psychiques avec 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.
- Pas de réduction des capacités de réserve ayant des effets sur la conduite.
- Pas de symptômes maniaques ou pas de symptômes dépressifs importants.
- Pas de troubles de la personnalité considérables, notamment pas de troubles du comportement asociaux marqués.
- Pas de déficiences intellectuelles majeures.

Il convient d'évaluer à la fois la sévérité de la pathologie psychiatrique de base et la médication avec ses effets secondaires potentiels. Les éléments parlant en faveur d'une contre-indication à la conduite sont: pathologie sévère (p.ex. psychose symptomatique,

TAB. 5 Exigences concernant le diabète selon l'annexe 1 de l'OAC	
Groupe 1 (privé)	Groupe 2 (professionnel)
En cas de diabète sucré, taux de glycémie équilibré (<i>original: régulation stable</i>) sans hypoglycémie ou symptômes généraux d'hyperglycémie ayant des effets sur la conduite.	En cas de diabète sucré dont la thérapie a pour effet secondaire l'hypoglycémie ou peut provoquer des symptômes généraux d'hyperglycémie, l'intéressé n'est pas considéré comme apte à conduire la catégorie D et la sous-catégorie D1. Pour la catégorie C, la sous-catégorie C1, l'autorisation de transporter des personnes à titre professionnel ainsi que les experts de la circulation, l'aptitude à conduire peut être déclarée sous des conditions particulièrement favorables.

TAB. 6 Niveaux de risque d'hypoglycémie	
Pas de risque	Pas d'insuline ni de sulfonilurée ni de glinide
Risque faible	Insuline analogue lente seule 1 fois par jour ou gliclazide retard seul ou glinide seule
Risque modéré	Insuline seule (autre qu'une insuline analogue lente 1 fois par jour) ou Insuline analogue lente 1x par jour associée à d'autres médicaments à risque (<i>ndrl: même faible</i>) d'hypoglycémie ou association de médicaments à risque (<i>ndrl: même faible</i>) d'hypoglycémie ou Sulfonilurée autre que le gliclazide retard
Risque élevé	Traitement associé à un risque modéré <u>et</u> circonstances concomitantes aggravantes: hypoglycémies sévères* au cours des 2 dernières années et/ou défaut de perception d'une hypoglycémie (score de Clarke ≥ 4) en particulier si > 70 ans et IRC avec DFG < 45 ml/min et/ou diabète de > 20 ans avec DFG < 45 ml/min

* Hypoglycémies sévères:
 – egré II: une aide par une tierce personne est nécessaire pour reconnaître et/ou soulager le trouble
 – egré III: altération considérable de la conscience, incapacité d'agir, perte de la maîtrise de soi, perte de connaissance
 DFG: débit de filtration glomérulaire

TAB. 7 Règles de comportement à adopter en cas de risque modéré et élevé d'hypoglycémie *	
<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer la glycémie avant de prendre le volant. • Si glycémie < 5 mmol/l, ne pas conduire. Dans ce cas, la glycémie doit être corrigée par un apport de 20 gr. de sucre rapide et contrôlée après 20 minutes. • Si glycémie entre 5 et 7 mmol/l, prendre 10 gr. de sucre lent. • Après une hypoglycémie, attendre au moins 30 minutes avant de reprendre la route. • Avoir toujours à disposition, dans la voiture et à portée de main, un glucomètre et 20 gr. de sucre à absorption rapide. • En cas de sensation d'hypoglycémie, s'arrêter immédiatement (même sur la bande d'arrêt d'urgence ou sur un stationnement interdit) et ingérer aussitôt 20 gr. de sucre rapide. • Lors des longs trajets, faire une pause toutes les 60 à 120 minutes et contrôler la glycémie. 	
* Se référer à la brochure « Diabète & conduite – Bonnes valeurs glycémiques – Bonne route! » disponible en ligne auprès de l'Association Suisse du Diabète (ASD)	

TAB. 8 Catégories de médicaments selon leur dangerosité pour la conduite selon l'International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS) (9)		
Catégorie	Caractéristiques	Exemples de médicaments courants
1	Supposés sûrs ou effets indésirables improbables	Anti-histaminiques de nouvelles générations (desloratadine, fexofenadine, bilastine). Paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens.
2	Probables effets indésirables mineurs ou modérés. Un temps d'adaptation est nécessaire afin de s'assurer de l'absence d'effets indésirables ou la résolution de ceux-ci	Anti-histaminiques d'anciennes générations (p.ex. cetirizine, loratadine). Oxoméazine. Tizanidine. Antihypertenseurs. Antidiabétique à risque d'hypoglycémie. Antidépresseurs non sédatifs. Clorazépate <20 mg/j. Neuroleptiques, antiépileptiques, antiparkinsoniens, pro-cognitifs. Triptans. Métoprolol
3	Probables effets indésirables sévères et supposés dangereux. La reprise de la conduite devra être évaluée de cas en cas, de préférence avec le médecin prescripteur	Diphenhydramine Opiacés forts Antidépresseurs sédatifs (miansérine, mirtazapine, trazodone), tricycliques, somnifères

épisode maniaque, troubles graves de la personnalité), mal stabilisée, rechutes et/ou hospitalisations fréquentes, manque d'observance thérapeutique.

Médicaments

L'annexe 1 de l'OAC indique, concernant les psychotropes (groupes 1 et 2):

Pas de dépendance.

Pas d'abus ayant des effets sur la conduite.

Les psychotropes, de par leurs effets indésirables sur la vigilance, représentent un risque d'accident à ne pas omettre. Il en est de même pour de nombreux médicaments non psychotropes. Ceci est particulièrement valable au début du traitement et lors d'une augmentation de la posologie. Le médecin prescripteur a l'obligation d'informer le patient des possibles effets secondaires du médicament et de consigner ces informations dans le dossier médical. L'International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS) a classé les médicaments en 3 niveaux de dangerosité pour la conduite (9) (tab. 8).

Dépendance et consommation abusive d'alcool

L'annexe 1 de l'OAC indique (groupes 1 et 2):

Pas de dépendance.

Pas d'abus ayant des effets sur la conduite.

Le diagnostic de dépendance repose par exemple sur la classification CIM-10 (F10.2) et constitue un motif d'inaptitude à la conduite. Une utilisation nocive pour la santé (F10.1) et une consommation à risque telles que définies par exemple par l'OMS devraient faire l'objet d'une attention particulière de la part du médecin car ces aspects de consommation peuvent aboutir à court ou moyen terme à une forme de dépendance et donc d'inaptitude à la conduite.

Stupéfiants

L'annexe 1 de l'OAC indique (groupes 1 et 2):

Pas de dépendance.

Pas d'abus ayant des effets sur la conduite.

De plus, pour les professionnels: pas de traitement substitutif.

Au même titre que pour l'alcool il s'agit de distinguer la conduite en état d'incapacité (valeurs sanguines limites définies la loi) et l'inaptitude en raison d'une dépendance.

Pour être considéré à nouveau apte à conduire l'individu inapte pour ce motif doit observer une période d'abstinence totale, contrôlée cliniquement et biologiquement par une recherche urinaire ou capillaire de stupéfiants pendant au moins 6 mois. Lorsque le permis de conduire est restitué le contrôle biologique de l'abstinence est maintenu pendant au moins deux ans, assorti d'un suivi clinique régulier.

Pathologies cardiovasculaires

L'annexe 1 de l'OAC indique (groupe 1):

Pas de maladies entraînant un risque élevé de crises douloureuses, de malaises, de diminution du débit sanguin cérébral réduisant les capacités, d'altérations de la conscience ou de toute autre perturbation permanente ou épisodique de l'état général.
Pas d'anomalie grave de la tension artérielle.

Des directives suisses sont en cours d'élaboration. En attendant, nous recommandons de consulter le document très complet publié (en allemand) en 2011 par la Société allemande de cardiologie (10) qui permet d'orienter le spécialiste quant à la décision à prendre. Il existe également des recommandations européennes (11, 12) mais celles-ci sont plus anciennes et beaucoup moins détaillées. Une hypertension peut être qualifiée de grave au sens de la conduite automobile à partir d'une systolique de 200 et/ou d'une diastolique de 130 ou pour n'importe quelle valeur accompagnée de symptômes. Une dyspnée ou un angor de classe NYHA III et IV sont incompatibles avec la conduite de véhicules.

Syncope, malaise

En cas de malaise, de lipothymie ou de syncope la recherche d'une étiologie est cruciale pour évaluer le risque de récurrence et donc l'aptitude à la conduite. Les causes les plus fréquentes sont cardiovasculaires (elles-mêmes regroupant de nombreuses étiologies de la plus banale à la plus grave), neurologiques (épilepsie, AIT, AVC) et métaboliques (hypoglycémie). Près de 50% des syncopes reste d'origine indéterminée malgré les investigations. La reprise de la conduite sera conditionnée à un délai de carence variable selon le type de véhicule conduit et appréciée de cas en cas. Les recommandations allemandes abordent ce sujet (10).

Hypersomnolence, syndrome d'apnées du sommeil (SAS)**L'annexe 1 de l'OAC indique (groupes 1 et 2):**

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 endormissement au volant est considéré par le législateur comme une infraction grave et assorti d'un retrait de permis. La Commission de la Circulation Routière de la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie vient de publier ses nouvelles directives sur la somnolence et la conduite dont nous pouvons que recommander la lecture (13). Les études montrent un risque relatif d'accidents de 7x en cas de SAS. La recherche de cette pathologie est donc fondamentale lorsqu'il existe une hypersomnolence. Par contre le risque d'accident en cas de traitement par CPAP jugé efficace, rejoint celui de la population sans SAS d'où l'importance de s'assurer d'une bonne adhésion thérapeutique.

Troubles moteurs et handicap**L'annexe 1 de l'OAC indique (groupes 1 et 2):**

Pas de déformations, de maladies, de paralysies, de conséquences de blessures ou d'opérations ayant des effets importants sur l'aptitude à conduire avec sûreté un véhicule automobile impossibles à corriger suffisamment par des dispositifs spéciaux.

A la suite d'un traumatisme ou d'une opération en particulier d'un membre, le médecin doit aborder le sujet de la privation et de la reprise de la conduite. Basé sur la littérature actuelle, des recommandations toute pratique du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG ont été publiées (14).

Les handicaps permanents (paraplégie, tétraplégie, malformations congénitales, séquelles d'AVC) peuvent la plupart du temps faire l'objet d'une adaptation du véhicule, moyennant un temps d'adaptation et un test sur route avec le véhicule adapté. Le médecin peut le cas échéant demander une expertise sur simulateur à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA à Sion en cas de problèmes complexes.

Troubles neurologiques y.c. épilepsie**L'annexe 1 de l'OAC indique (groupe 1):**

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.

L'art. 11b OAC précise que les personnes souffrant d'épilepsie sont admises à la circulation uniquement sur la base d'un rapport favorable émis par un médecin spécialiste en neurologie. Les neurologues s'appuient sur les Directives de la Commission de la Circulation Routière de la Ligue Suisse contre l'Epilepsie publiées en 2015 (15).

Après un AIT ou un AVC, le médecin décidera de la reprise de la conduite après identification de la cause – dans la mesure du possible – et la mise en place du traitement adapté afin de minimiser les risques de récurrence. Il tiendra compte des éventuelles séquelles de l'AVC (atteinte visuelle, troubles sensitivomoteurs, troubles neuropsychologiques).

Messages à retenir

- ◆ La législation fédérale en termes de circulation routière a fait récemment l'objet d'une importante révision sous l'impulsion du programme Via sicura
- La loi suisse prévoit qu'un médecin, dans l'exercice de son métier, a la possibilité et non l'obligation d'annoncer une situation problématique à l'autorité (inaptitude ou doute quant à l'aptitude). Dans ce cas il est délié du secret médical.
- Le médecin n'est tenu d'annoncer à l'autorité que les problèmes de santé relevant pour la médecine du trafic, c'est-à-dire qui justifieraient une restriction ou une condition au maintien du droit de conduire.
- En plus de l'annexe 1 de l'OAC sur les exigences médicales minimale il existe plusieurs recommandations édictées par des sociétés suisses de spécialistes en collaboration avec des experts en médecine du trafic.

Dr Christophe Pasche

Policlinique médicale universitaire (PMU)
Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne
christophe.pasche@hospvd.ch

+ **Conflit d'intérêts:** L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Références:

1. <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19580266/index.html> (Loi sur la Circulation Routière)
2. <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19760247/index.html> (Ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière)
3. Mangin P et al. Le secret médical en rapport avec la capacité ou l'aptitude à la conduite. Rev Med Suisse 2009;5:1999-2001
4. Réponse de Conseil d'Etat vaudois à l'interpellation Brigitte Cottaz et consort – Secret médical et examen d'aptitude à la conduite. 16_INT_588. Janvier 2017
5. Direction et gestion du Centre Suisse de formation pour les expertises en aptitude à la conduite automobile. Nouveautés liées à Via sicura. Bulletin des médecins suisses 2015;96(42):1511-4
6. Büla C et al. Conduite automobile et troubles cognitifs: comment anticiper? Rev Med Suisse 2011;7:2184-9
7. <http://www.mocatest.org/> (p.ex. http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-French_7_1.pdf)
8. Diabète Suisse 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)
9. The international council on alcohol, drugs and traffic safety (www.icadts.nl) (Homepage on the internet). www.icadts.nl/reports/medicinaldrugs2.pdf (updated 2007)
10. Pocket-Positions-papier, Fahrreignung bei kardiovaskulären Erkrankungen, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung e.V. – German Cardiac Society. www.dgk.org
11. Petch MC. Driving and heart disease. Eur Heart J 1998;19:1165-77
12. Pruvot E. Syncopes et malaises au volant: que faire? Courrier du Médecin Vaudois 2007;(1):7
13. Mathis J et al. Aptitude à la conduite en cas de somnolence diurne. Recommandations destinées aux médecins et aux centres de médecine du sommeil accrédités. Forum Med Suisse 2017;17(20):442-7
14. Rod Fleury T et al. Resuming motor vehicle driving following orthopaedic surgery or limb trauma. Swiss Med Wkly 2012;142:w13716
15. Krämer G et al. Directives actualisées de la Commission de la Circulation Routière de la Ligue Suisse contre l'Epilepsie: Epilepsie et permis de conduire. Forum Médical Suisse 2015;15(7):157-60