



M. LERECOUVREUX, F. REVEL
Hôpital d'Instruction des Armées de Percy,
CLAMART.

Contre-indications cardiovasculaires temporaires ou définitives à la conduite automobile

Le cardiologue peut être amené à se prononcer sur l'aptitude à la conduite automobile chez des professionnels mais aussi chez les conducteurs à titre privé.

En effet, l'arrêté du 21 décembre 2005, que nous détaillons ici, précise les motifs d'inaptitude à la conduite mais aussi la place du cardiologue dans la chaîne décisionnelle.

Les recommandations des Sociétés savantes médicales, également présentées dans cet article, sont d'une aide précieuse à la décision cardiologique.

La conduite automobile est considérée comme un "droit" acquis lors de l'examen du permis de conduire, qui semble irrévocable sauf en cas d'infraction au code de la route. La notion de contre-indication médicale, bien connue des chauffeurs de poids lourds et de transport en commun, est ignorée du grand public. Cependant, l'absence de visite médicale d'aptitude à la conduite pour les conducteurs privés ne doit pas leur faire oublier qu'ils sont aussi concernés par les contre-indications et que celles-ci pourraient éventuellement leur être opposées par leur compagnie d'assurance en cas d'accident.

L'avis du cardiologue peut être sollicité par une commission d'aptitude, mais le conducteur privé doit également être informé des restrictions d'aptitude prônées par les textes législatifs et les recommandations des Sociétés savantes.

■ LES TEXTES EN VIGUEUR

1. – Arrêté du 21 décembre 2005 [1]

L'arrêté du Ministère des Transports du 21 décembre 2005 est venu abroger celui du 7 mai 1997 jusque-là en vigueur. Il fixe la liste des incapacités physiques incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire. Ces incompatibilités sont différentes selon le type de permis classé en deux groupes :
– le groupe 1 (léger) comportant les permis A, B et E (B),
– et le groupe 2 (lourd) comprenant les permis poids lourds C, E (C) et transport de personnes D et E (D) (*tableau I*).

Les chauffeurs de poids lourds sont tenus de subir une visite devant un médecin agréé par la préfecture qui peut solliciter l'avis d'un cardiologue. En cas de difficulté, c'est une commission médicale départementale qui statue sur leur aptitude. La durée de validité de cette visite est de 5 ans jusqu'à l'âge de 60 ans, puis de 2 ans jusqu'à 76 ans et enfin de 1 an au-delà. La question d'une visite médicale d'aptitude pour les conducteurs du groupe léger avait été posée il y a 4 ans par la Direction Générale de la Santé, mais ce concept n'a pas été actuellement retenu.

► Cœur et accidents de la voie publique

Numéro	Affections	Groupe 1 : léger (catégories A, B et E [B])	Groupe 2 : lourd (catégories C, D, E [C] et E [D])
1.1 Coronaropathies	1.1.1. Syndrome coronaire aigu : infarctus du myocarde et/ou angine de poitrine instable	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé.	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé. Compatibilité temporaire, sous réserve d'un suivi spécialisé régulier. Incompatibilité de tout syndrome coronarien non stabilisé.
	1.1.2. Coronaropathie asymptomatique et angine de poitrine stable	Avis spécialisé si nécessaire.	Compatibilité, après avis spécialisé.
	1.1.3. Angioplastie hors syndrome coronaire aigu	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé.	Compatibilité, après avis spécialisé.
	1.1.4. Pontage coronaire	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé.	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé. Compatibilité temporaire après avis spécialisé et sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.
1.2 troubles du rythme et de la conduction	1.2.1. Tachycardie supraventriculaire paroxystique	Avis spécialisé.	Incompatibilité jusqu'au contrôle des symptômes. Compatibilité après avis spécialisé et sous réserve d'un suivi médical régulier.
	1.2.2. Fibrillation ou flutter auriculaire	Avis spécialisé et surveillance médicale régulière. En cas de signes fonctionnels sévères (lipothymie, syncope...), incompatibilité temporaire jusqu'au contrôle des symptômes. En cas de reprise de la conduite, avis spécialisé. Compatibilité temporaire sous réserve d'une surveillance médicale régulière.	Incompatibilité jusqu'au contrôle des symptômes. Compatibilité après avis spécialisé et sous réserve d'un suivi médical régulier.
	1.2.3. Extrasystoles ventriculaires	Avis spécialisé.	Compatibilité temporaire après avis spécialisé, puis selon l'évolution clinique, retour à la périodicité réglementaire des visites médicales.
	1.2.4. Tachycardie ventriculaire non soutenue sur cœur sain	Avis spécialisé et surveillance médicale régulière. En cas de signes fonctionnels sévères (lipothymie, syncope...), incompatibilité temporaire jusqu'au contrôle des symptômes. En cas de reprise de la conduite, avis spécialisé. Compatibilité temporaire sous réserve d'une surveillance médicale régulière.	Incompatibilité jusqu'au contrôle des symptômes. Compatibilité après avis spécialisé et sous réserve d'un suivi médical régulier.
	1.2.5. Tachycardie ventriculaire non soutenue sur cœur pathologique	La conduite sera reprise après avis spécialisé, et sous réserve d'une surveillance médicale régulière.	Incompatibilité jusqu'à évaluation précise du risque par un spécialiste. Compatibilité temporaire après avis spécialisé et sous réserve d'un suivi spécialisé semestriel.
	1.2.6. Tachycardie ventriculaire soutenue ou fibrillation ventriculaire en rapport avec une cause aiguë et curable	La conduite sera reprise après avis spécialisé, et sous réserve d'une surveillance médicale régulière.	Incompatibilité jusqu'au contrôle des symptômes. Compatibilité temporaire sur avis cardiologique, sous réserve d'un suivi spécialisé semestriel.
	1.2.7. Tachycardie ventriculaire soutenue ou fibrillation ventriculaire en rapport avec une cause chronique	Incompatibilité temporaire. La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé, compatibilité temporaire de 2 ans sous réserve d'une surveillance spécialisée régulière.	Avis spécialisé obligatoire. Si confirmation de l'affection : incompatibilité.
	1.2.8. Défibrillateur automatique implantable en prévention secondaire	En cas de primo-implantation, la conduite sera reprise selon l'avis spécialisé. Compatibilité temporaire de 2 ans en l'absence de symptômes sévères (lipothymie, syncope...), sous réserve d'une surveillance spécialisée régulière.	Avis spécialisé obligatoire. Si confirmation de l'affection : incompatibilité (en cas de refus d'implantation par le patient, se reporter à l'affection justifiant l'implantation).
	1.2.9. Défibrillateur automatique implantable en prévention primaire	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé en l'absence de symptômes sévères et sous réserve d'une surveillance spécialisée régulière.	Avis spécialisé obligatoire. Si confirmation de l'affection : incompatibilité (en cas de refus d'implantation par le patient, se reporter à l'affection justifiant l'implantation).

Contre-indications cardiovasculaires temporaires ou définitives à la conduite automobile

Numéro	Affections	Groupe 1 : léger (catégories A, B et E [B])	Groupe 2 : lourd (catégories C, D, E [C] et E [D])
	1.2.10. Dysfonction sinusale et bloc auriculoventriculaire	Avis spécialisé sur l'indication d'une stimulation cardiaque.	Compatibilité temporaire si, après avis spécialisé, il n'y a pas d'indication à une stimulation cardiaque.
	1.2.11. Pose de stimulateur cardiaque.	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé, sous réserve d'une surveillance spécialisée régulière.	La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé. Compatibilité temporaire, sous réserve d'une surveillance spécialisée régulière.
1.3 Troubles de la conscience	1.3.1. Syncope unique	Incompatibilité jusqu'à l'évaluation du risque par un médecin.	Incompatibilité temporaire jusqu'à l'évaluation du risque par un spécialiste.
	1.3.2. Syncope récurrente	En l'absence de traitement spécifique, incompatibilité temporaire. La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé.	Incompatibilité, sauf en cas d'avis spécialisé favorable.
1.4 HTA		Incompatibilité si la PAs est supérieure à 220 mmHg et/ou si la PAD est supérieure à 130 mmHg, ou en cas de signes d'HTA maligne. Si normalisation, compatibilité temporaire 5 ans, sur avis médical et après contrôle de la PA.	Incompatibilité si la PAs est supérieure à 180 mmHg et/ou si la PAD est supérieure à 100 mmHg ou en cas de signes d'HTA maligne. Si normalisation, compatibilité temporaire 2 ans, sur avis médical et contrôle de la mesure ambulatoire de la pression artérielle.
1.5 Insuffisance cardiaque chronique		Incompatibilité si l'insuffisance cardiaque est au stade 4 permanent (NYHA). Compatibilité temporaire annuelle en cas de stade 3 permanent.	Incompatibilité si l'insuffisance cardiaque est au stade 3 ou 4 permanent (NYHA).
1.6 Valvulopathies	1.6.1. Valvulopathie traitée médicalement	Compatibilité en l'absence de manifestations cliniques. Sinon, cf. 1.2, 1.3.1, 1.3.2 et 1.5.	Incompatibilité si symptomatique. Compatibilité temporaire après 6 mois sans symptôme sur avis spécialisé et sous réserve d'une surveillance médicale.
	1.6.2. Valvulopathie traitée chirurgicalement	Cf. 1.6.1. La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé.	Incompatibilité temporaire, puis cf. 1.6.1.
1.7 Pathologies vasculaires	1.7.1. Anévrisme aortique connu et/ou traité	Avis spécialisé si nécessaire.	Incompatibilité si diamètre supérieur à 5 cm. Compatibilité temporaire après intervention sur avis spécialisé et sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.
	1.7.2. Thrombophlébite profonde des membres inférieurs	La conduite sera reprise selon l'avis médical.	La conduite sera reprise selon l'avis médical.
1.8 Transplantation cardiaque		La conduite sera reprise selon l'avis spécialisé. Compatibilité temporaire sur avis spécialisé.	Incompatibilité si symptomatique. Compatibilité temporaire annuelle pendant 2 ans, puis tous les 2 ans ensuite, sur avis spécialisé et sous réserve d'un suivi spécialisé régulier.
1.9 Cardiomyopathie hypertrophique		En l'absence de manifestations cliniques : compatibilité temporaire, sous réserve d'une surveillance cardiologique régulière. En présence de manifestations cliniques : incompatibilité, sauf avis spécialisé contraire.	Incompatibilité.

Tableau I : Liste des affections cardiovasculaires incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire, ou pouvant donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire de durée de validité limitée.

Comme nous allons le voir, ce nouvel arrêté prend en compte les progrès récents de la cardiologie.

● **Coronaropathie**

Autrefois considérées comme incompatibles avec la conduite dans le groupe "lourd", les coronaropathies ne sont plus disqualifiantes dès que l'on est en dehors du syndrome coronaire non stabilisé et sous réserve d'un avis spécialisé. La compati-

bilité est toutefois temporaire après un syndrome coronaire aigu ou un pontage coronaire. Cet assouplissement de la législation est tout à fait en phase avec les progrès de la prise en charge des coronaropathies et leur meilleur pronostic.

Pour le groupe "léger" la reprise de la conduite est conditionnée par un avis spécialisé, mais ce dernier n'est pas obligatoire en cas de coronaropathie asymptomatique ou d'angine de poitrine stable.

● **Troubles du rythme – stimulateurs cardiaques – défibrillateurs implantables**

>>> **Les troubles du rythme supraventriculaires** sont incompatibles avec la conduite du groupe lourd tant qu'ils sont symptomatiques, puis la conduite redevient possible après avis spécialisé et sous réserve d'un suivi spécialisé régulier. Pour le groupe léger, seuls les symptômes sévères entraînent une incompatibilité temporaire.

>>> **Pour les troubles du rythme ventriculaires**, le caractère soutenu et la cardiopathie sous-jacente sont à prendre en compte : les extrasystoles ventriculaires ne nécessitent qu'un avis spécialisé pour le groupe léger alors qu'elles entraînent pour le groupe lourd un suivi plus resserré assorti de compatibilité temporaire.

La survenue de tachycardie ventriculaire non soutenue (TVNS) sur cœur sain implique une surveillance médicale dans les deux groupes. Les restrictions de conduite sont liées dans le groupe lourd à la survenue de symptômes et dans le groupe léger à des symptômes sévères.

Les TVNS sur cœur pathologique, les TV soutenues ou les fibrillations ventriculaires (FV) en rapport avec une cause aiguë et curable entraînent dans les deux groupes une interdiction de conduite avec une reprise conditionnée par la disparition des symptômes et un avis spécialisé, avec un suivi rapproché pour le groupe lourd. Une TV soutenue ou une FV en rapport avec une cause chronique confirmée entraînent une inaptitude pour le groupe lourd, alors qu'une compatibilité temporaire de 2 ans peut être prononcée selon l'avis spécialisé pour le groupe léger.

	Groupe 1	Groupe 2 ¹
Angor (stable ou instable)	Symptômes au repos ou au volant; conduite possible lorsque les symptômes sont contrôlés.	Tout antécédent d'angor même traité. Si asymptomatique sans traitement anti-angineux, conduite autorisée sous réserve d'un test d'effort régulier ² .
Infarctus du myocarde, pontage aortocoronaire, angioplastie coronaire	Aucune après récupération clinique (habituellement 4 semaines après infarctus ou pontage, 1 semaine après angioplastie).	Contre-indication d'au moins 6 semaines. Reprise possible si absence de médication anti-angineuse et en fonction des tests d'effort ² .
Maladie vasculaire périphérique	Aucune ³ .	Aucune, mais une coronaropathie associée doit être identifiée et évaluée (cf. supra).
Hypertension	Aucune ^{3,4} .	Si PA de repos constamment > 180 (systolique) et/100 mmHg (diastolique) ⁴ .
Anévrisme aortique incluant le syndrome de Marfan	Aucune ³ .	Anévrisme de diamètre transverse > 5 cm. Une reprise est possible après réparation chirurgicale satisfaisante et en l'absence d'autre contre-indication.
Insuffisance cardiaque	Symptômes au repos ou au volant; conduite possible lorsque les symptômes sont contrôlés.	Persistance de symptômes. En l'absence de symptôme, la conduite peut être autorisée si les conditions suivantes sont réunies: FEVG > 0,40 en angiographie (ou équivalent), absence d'arythmie disqualifiante (cf. infra), test d'effort satisfaisant ² .
Transplantation cœur et/ou poumon (voir insuffisance cardiaque)	Persistance de symptômes. En l'absence de symptôme, la conduite peut être autorisée en l'absence de contre-indication pour arythmie ou test d'effort ² .	
Valvulopathie, chirurgie valvulaire	Aucune ³ .	Persistance de symptômes. En l'absence de symptôme, la conduite peut être autorisée en l'absence d'autre contre-indication ou d'embolie systémique. La conduite n'est pas autorisée en cas d'embolie systémique ou cérébrale sous traitement anticoagulant.
Cardiopathie congénitale	Aucune ³ .	Cardiopathie sévère ou complexe. La conduite peut être autorisée en cas de cardiopathie mineure ou corrigée avec succès en l'absence d'autre contre-indication.
Cardiomyopathie hypertrophique	Aucune ³ .	Persistance de symptômes. En l'absence de symptôme, la conduite peut être autorisée à ceux qui n'ont ni antécédent familial de myocardiopathie compliquée de mort subite, ni TV sur le Holter, ni hypotension au test d'effort.

	Groupe 1	Groupe 2 ¹
Arythmies	Tout trouble du rythme cardiaque susceptible d'entraîner des symptômes incapacitants, en particulier des troubles des fonctions cérébrales.	La conduite ne sera pas autorisée si l'arythmie (bradycardie non sinusale, trouble conducteur significatif, flutter ou fibrillation auriculaire, tachycardie à complexes larges ou fins) a causé ou est susceptible de causer des symptômes incapacitants. Une fois l'arythmie contrôlée, la conduite peut être autorisée si la FEVG est > 0,40, si le Holter écarte une TV et si les critères de test d'effort sont réunis ² .
Implantation d'un stimulateur cardiaque Ablation par cathéter réussie	Une semaine.	Tout symptôme persistant. La conduite peut être autorisée après 6 semaines en l'absence d'autre contre-indication.
Implantation d'un défibrillateur	6 mois en l'absence de récurrence d'arythmie et en l'absence de symptôme incapacitant lors d'un choc. Absence de restriction en cas d'implantation prophylactique.	Contre-indication définitive.
Syncope	Contre-indication jusqu'à ce que la cause soit identifiée et les symptômes contrôlés.	Nécessite une évaluation par un spécialiste incluant un avis neurologique si nécessaire. Après une syncope inexpliquée, un test de provocation et une recherche d'arythmie doivent être effectués. En cas de résultat satisfaisant, la conduite peut être autorisée après 3 mois. Un suivi attentif est obligatoire.

¹ Pour le groupe 2, l'autorisation de conduite nécessite une déclaration annuelle d'aptitude, avec évaluation cardiologique régulière, habituellement annuelle, un test d'effort est nécessaire.

² Le test d'effort doit être réalisé sur bicyclette ou tapis roulant. Les conducteurs doivent être capables de terminer 3 paliers du protocole de Bruce ou équivalent sans problème, sans médication anti-angineuse pendant 48 heures et sans présenter de symptômes cardiologiques tels qu'angor, syncope, hypotension, tachycardie ventriculaire ou décalage du segment ST (habituellement > 2 mm, horizontal ou descendant), qui sont considérés comme indiquant une ischémie myocardique. En présence d'une coronaropathie établie, un test d'effort doit être demandé régulièrement, habituellement annuellement.
NB : dans les coronaropathies, une angiographie n'est pas nécessaire à une décision d'aptitude. Si elle a été réalisée, l'aptitude ne sera pas normalement accordée si la fraction d'éjection du ventricule gauche est ≤ 0,40, ou s'il existe une sténose coronaire significative proximale non traitée (tronc commun ou IVA proximale > 30 %, ou > 50 % sur les autres troncs sauf en zone déjà infarctée).

³ En l'absence d'autre contre-indication.

⁴ Si un traitement cardiologique pharmacologique est nécessaire, alors tout effet secondaire pouvant altérer les performances du conducteur sera disqualifiant.

Tableau II : Contre-indications médicales à la conduite automobile de l'ESC.

>>> Chez les patients du groupe lourd porteurs de **défibrillateurs implantables**, la conduite est interdite (et le refus de l'implantation ne libère pas le patient de cette interdiction). Pour le groupe léger, la législation s'est assouplie par rapport à l'arrêt de 1997 et s'accorde mieux avec les recommandations des Sociétés savantes : une compatibilité temporaire de 2 ans peut être accordée en l'absence de symptômes incapacitants. On pourra alors s'inspirer des recommandations de la Société Européenne de Cardiologie [2, 3] (cf. infra) pour fixer les modalités de reprise de la conduite.

>>> **En cas de dysfonction sinusale ou de bloc auriculo-ventriculaire**, la conduite est possible en l'absence d'indication de stimulation (compatibilité temporaire pour le groupe lourd). Un stimulateur cardiaque ne contre-indique la conduite dans aucun des groupes sous réserve d'un suivi médical.

● **Troubles de la conscience**

La survenue d'une syncope entraîne une incompatibilité temporaire jusqu'à l'évaluation du risque de récurrence par un spé-

cialiste. En cas de récurrence, l'incompatibilité est définitive pour le groupe lourd, sauf en cas d'avis spécialisé favorable, ce qui paraît logique si une cause curable est dépistée (stimulation cardiaque).

● **Hypertension artérielle**

Pour les deux groupes, il y a incompatibilité en cas de signes d'HTA maligne, mais aussi selon les valeurs tensionnelles : PAS ≥ 220 mmHg et/ou PAD ≥ 130 mmHg pour le groupe léger et PAS ≥ 180 mmHg et/ou PAD ≥ 100 mmHg pour le groupe lourd. Après normalisation tensionnelle, une compatibilité de 5 ans est possible pour le groupe léger, alors qu'elle est de 2 ans et doit faire intervenir une mesure ambulatoire de la pression artérielle pour le groupe lourd.

● **Insuffisance cardiaque chronique**

Elle est incompatible avec la conduite quelle que soit la cardiopathie sous-jacente dès qu'elle est de stade 3 ou 4 permanent de la NYHA pour le groupe lourd ou de stade 4 permanent pour le

- ▶ Les contre-indications à la conduite sont précisées par l'arrêté du 21/12/2005.
- ▶ L'avis du cardiologue peut être sollicité à l'occasion de la visite d'aptitude médicale au permis du groupe lourd.
- ▶ Certaines pathologies entraînent une inaptitude temporaire pour le groupe léger, mais parfois définitive pour le groupe lourd (poids lourds, transports en commun).

groupe léger. La compatibilité temporaire est d'1 an en cas de stade 3 dans ce dernier groupe. Le caractère permanent du stade NYHA sous-entend donc après optimisation du traitement.

● *Valvulopathies*

Une valvulopathie traitée n'entraîne d'incompatibilité qu'en présence de symptômes associés (troubles du rythme, syncopes, insuffisance cardiaque) pour les deux groupes. Pour le groupe lourd, la compatibilité reste temporaire après 6 mois sans symptôme et est conditionnée par un avis spécialisé et un suivi. Les valvulopathies traitées chirurgicalement rejoignent le même schéma de surveillance après la phase postopératoire.

● *Pathologies vasculaires*

Les anévrismes aortiques entraînent une incompatibilité pour le groupe lourd dès que leur diamètre dépasse 5 cm. Après une intervention, la compatibilité est temporaire et soumise à un avis et un suivi spécialisé. L'avis spécialisé n'est pas obligatoire dans le groupe léger.

En cas de thrombophlébite profonde des membres inférieurs, la reprise est soumise à un avis médical, afin probablement d'évaluer le risque d'embolie pulmonaire.

● *Transplantation cardiaque*

Après transplantation cardiaque, l'aptitude peut être retrouvée dans le groupe lourd en l'absence de symptôme (aptitude temporaire annuelle pendant 2 ans, puis tous les 2 ans). Pour le groupe léger, l'aptitude est liée à l'avis du spécialiste et est délivrée de façon temporaire, sans plus de précision.

● *Cardiomyopathie hypertrophique*

Ce diagnostic est incompatible avec la conduite du groupe lourd quels que soient les éventuels symptômes ou les données échographiques. Pour le groupe léger, l'absence de manifestation clinique est compatible avec la conduite sous

réserve d'un suivi spécialisé. En cas de symptômes, l'inaptitude est la règle, mais le cardiologue peut y déroger.

2. – Recommandations de la Société Européenne de Cardiologie

La Société Européenne de Cardiologie a mandaté en 1995 un groupe de travail comportant des représentants des différentes sociétés nationales de cardiologie en vue d'établir des recommandations médicales concernant l'aptitude cardiologique à la conduite. Celles-ci sont parues en 1998 et restent en vigueur [2]. Leur but est d'être utilisables par tous les pays européens et de représenter un fondement aux futures législations nationales. Elles représentent également une bonne base de réflexion pour le spécialiste qui doit se prononcer dans le cadre de l'arrêté du 21 décembre 2005.

Les conducteurs sont séparés en deux groupes: 1 et 2 correspondant aux groupes léger et lourd vus précédemment (*tableau II*). Une importance particulière est dévolue à l'évaluation à l'effort de la plupart des cardiopathies. Enfin, le problème particulier des patients porteurs de défibrillateurs implantables y est traité de la façon la plus rationnelle (rappelons d'ailleurs l'existence de recommandations spécifiques de l'ESC à ce sujet [3]).

■ CONCLUSION

Toutes ces recommandations montrent à quel point il est difficile de se mettre d'accord sur un sujet aussi sensible que la conduite automobile. Le projet de loi que le rapport Domont préfigurait et qui devait organiser le contrôle de l'aptitude médicale à la conduite n'a finalement pas vu le jour. Le problème de l'aptitude médicale des patients du groupe lourd est du ressort des commissions départementales, le cardiologue ayant un avis consultatif. Reste le problème des conducteurs du groupe léger pour lesquels le cardiologue doit donner des conseils d'abstention de conduite adaptées au cas par cas, en se basant sur les recommandations de l'arrêté du 21 décembre 2005 et sur celles de la Société Européenne de Cardiologie. ■

Bibliographie

1. Arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée. Journal officiel de la République française du 28 décembre 2005.
2. PETCH MC. Driving and heart disease. *Eur Heart J*, 1998, 19: 1165-77.
3. JUNG W, ANDERSON M, CAMM AJ *et al.* Recommendations for driving of patients with implantable cardioverter defibrillators. *Eur Heart J*, 1997; 18: 1210-9.