

■ Revues générales

À qui interdire la conduite après un syndrome coronaire aigu ?

RÉSUMÉ : La conduite automobile est un droit subordonné à l'obtention d'un permis délivré par la préfecture après validation d'un examen. Il existe deux types de permis, un pour la conduite privée, un pour la conduite professionnelle. Dans ce dernier cas, un avis médical autorisé (médecin agréé) est requis et la validité du permis est limitée dans le temps.

En cas de syndrome coronaire aigu, l'avis du cardiologue est primordial et sera sollicité dans tous les cas. Cependant, il ne s'agit que d'un avis et en aucun cas d'une déclaration d'aptitude. Le cardiologue doit tenter de convaincre son patient de restreindre sa conduite temporairement, voire définitivement, et solliciter si nécessaire un médecin agréé pour statuer sur son aptitude. Cette information doit figurer en clair dans le dossier médical, mais le cardiologue reste soumis au secret médical vis-à-vis de la famille, du médecin du travail et des autorités.

Un arrêté de décembre 2017 précise les conduites à tenir à donner aux patients cardiaques tant pour la conduite privée que professionnelle.



B. PAVY

Service de réadaptation cardiovasculaire,
CH Loire Vendée Océan,
MACHECOUL.

Si les causes cardiaques à l'origine des accidents de la route sont relativement rares (sur 2 000 accidents par perte de connaissance, seuls 8 % étaient de cause cardiologique) [1], il n'en reste pas moins que le rôle du médecin traitant et du cardiologue est primordial dans la prévention. Il est important d'informer le patient sur ses facteurs de risque cardiovasculaire et les moyens de les contrôler afin d'éviter l'apparition d'un accident cardiaque, lui-même pouvant survenir lors de la conduite automobile.

Chez le patient qui vient de vivre un syndrome coronaire aigu (SCA), la reprise de la conduite est un élément majeur à prendre en compte et à aborder avec lui, même s'il ne le demande pas expressément, tant les conséquences peuvent être dramatiques en cas d'accident sur le plan médical et médico-légal. Il faut distinguer la conduite en loisir et la conduite professionnelle qui pose des problèmes spécifiques.

■ Que risque le patient coronarien conducteur ?

La banalisation de l'acte de conduire découle de la place que prend la voiture dans notre société. Il est ainsi délicat de remettre en cause le droit de se déplacer par ses propres moyens à un patient sans émettre un argument médical fort qui puisse le convaincre de renoncer de lui-même à cette liberté.

Par ailleurs, l'image du SCA dans la société actuelle a elle aussi été banalisée avec une prise en charge rapide et efficace, une hospitalisation raccourcie et un message médical parfois trop rassurant qui incitent le patient à minimiser sa pathologie et à ne pas en percevoir le danger potentiel. Si le terme infarctus est bien compris comme un accident grave par la population, les autres termes plus ou moins équivalents ne le sont pas et souvent le patient dit avoir "frôlé" l'accident cardiaque dont il se sort indemne. Or il s'agit bien d'une pathologie qui,

Revue générale

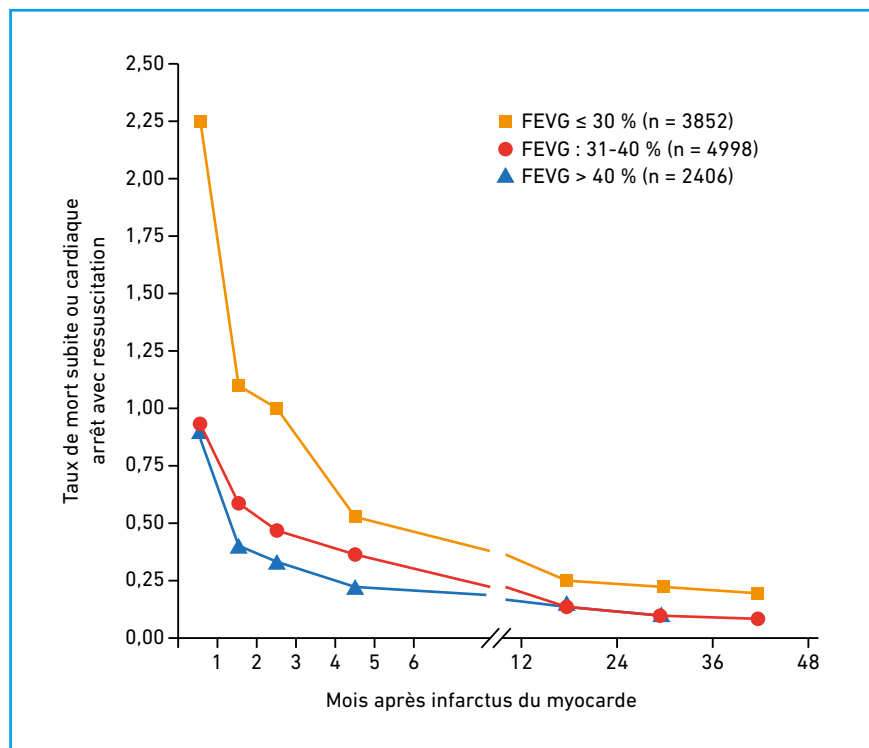


Fig. 1 : Risque de mort subite au décours d'un syndrome coronaire aigu d'après [3].

même stabilisée, reste présente et non guérie à l'heure actuelle.

Les mécanismes possibles à l'origine du risque cardiaque pendant la conduite sont un état de stress psychologique avec anxiété, irritabilité, voire colère engendrant une élévation du taux de catécholamines dans le sang, l'exposition à la pollution de l'air extérieur et dans l'habitat pouvant altérer la variabilité sinusale, l'activité plaquettaire et entraîner une dysfonction sinusale temporaire. Il a été retrouvé chez les routiers des taux élevés de catécholamines et de cortisol urinaires lors des déplacements sur de longues distances [2].

Au décours d'un SCA, il existe une période critique d'environ 1 mois où le risque de mort subite reste présent, avec une décroissance rapide. Celle-ci est dépendante de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) qui est le critère pronostique majeur chez ces patients [3] (fig. 1).

La présence d'un défibrillateur automatique implantable (DAI) en prévention primaire ou secondaire (avant ou après un trouble du rythme grave) permet d'analyser le risque lors de la conduite

plus précisément. Dans l'étude AVID, plus de 750 questionnaires ont été analysés chez des patients implantés, dont 560 avaient repris la conduite, sur un suivi moyen de 35 mois. Il est noté 8 % de chocs lors de la conduite sans conséquence, 2 % de syncopes et 11 % de malaises nécessitant l'arrêt du véhicule. Il y a eu 50 accidents non mortels précédés de palpitations mais non choqués et le risque annuel d'accident était inférieur au risque de la population générale américaine (3,4 versus 7,1 %) [4].

Dans l'étude TOVA, 1 100 patients avec un DAI sont suivis pendant plus de 560 jours. Ils conduisent en moyenne 3,8 heures par semaine. L'analyse a porté sur le temps de conduite et l'heure qui suivait. 193 chocs liés à une tachycardie ou fibrillation ventriculaire ont été recensés, dont 23 % après la conduite ; seuls 8 ont été précédés de symptômes et 3 d'une syncope.

Dans une analyse en *cross-over*, le risque relatif pendant la conduite était de 1,05 (NS) avec un seul accident, mais s'élevait dans les 30 mn suivantes à 4,5 ($p < 0,001$), signant un surrisque mais qui reste très limité en valeur absolue (fig. 2) [5]. Ces données sont donc globalement rassurantes dans cette population.

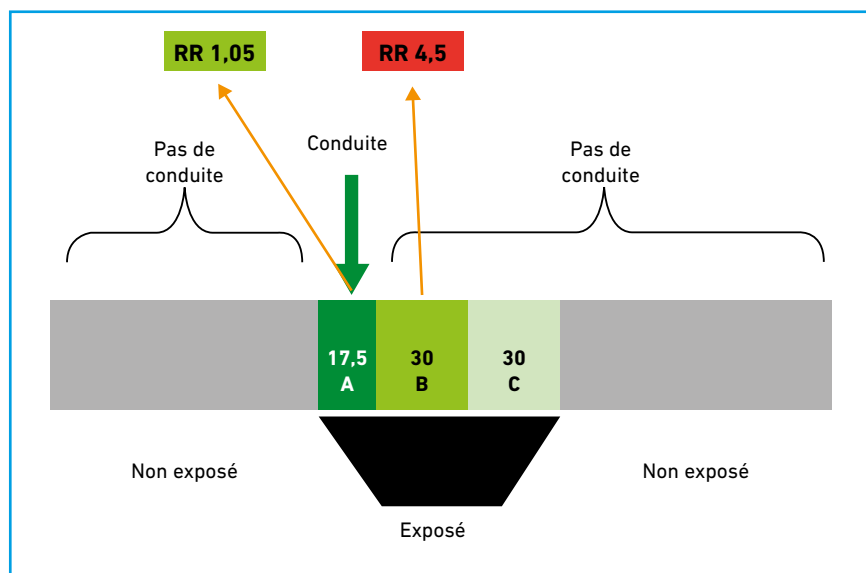


Fig. 2 : Risque de déclenchement du DAI pendant et après la conduite (d'après [5]).

Après revascularisation, certaines études ont montré une altération de la fonction cognitive, essentiellement en cas de chirurgie coronaire. Alghren a étudié ce phénomène chez 23 patients opérés et 19 patients dilatés dans les 4 à 6 semaines. Un bilan neuropsychologique montre une altération dans 48 *versus* 10 % des cas respectivement, mais aucune anomalie chez ces patients lors de tests de conduite standardisés sur route et sur console de simulation de conduite, ce qui est là aussi rassurant, bien que de portée limitée vu la taille de l'échantillon [6].

Au décours d'un SCA, le cardiologue doit bien sûr évaluer le pronostic sur les critères habituels : la taille de la nécrose, la diffusion des lésions coronaires, les résultats de la revascularisation si effectuée, les résultats d'une épreuve d'effort (capacité d'effort, ischémie résiduelle, troubles du rythme), la fraction d'éjection et la symptomatologie, mais également la tolérance au traitement et l'observance de celui-ci. En effet, au vu de la législation, l'avis du cardiologue est central avec toute la responsabilité que cela implique.

■ Que dit la législation ?

1. Les différents permis

Le permis de conduire est un document délivré par l'autorité préfectorale après obtention avec succès d'un examen théorique et pratique. Il existe différents types de permis que l'on peut classer en deux catégories :

- La première concerne les permis A et B du groupe "léger", le plus courant destiné à la conduite privée, ne nécessitant pas d'examen médical préalable et dont la durée est assujettie à un nombre de points qui peuvent être retirés par les autorités en cas d'infractions. Depuis 2013, les permis doivent être renouvelés tous les 15 ans, sans avis médical.

- La seconde concerne les permis C et D du groupe "lourd" ainsi que ceux du groupe léger avec transport de personnes (taxi, ambulance, ramassage scolaire, moniteur d'auto-école), dont la délivrance nécessite un avis médical

initial et dont la validité est limitée à 5 ans, voire moins suivant l'âge. Ces permis sont soumis à la décision d'aptitude d'un médecin agréé ou d'une commission médicale en vue d'une utilisation professionnelle.

Syndrome coronaire aigu : infarctus aigu du myocarde et/ou angine de poitrine instable	Compatibilité selon avis spécialisé. La reprise de la conduite ne peut être autorisée avant un délai minimum de 4 semaines en cas d'atteinte myocardique significative.
Coronaropathie asymptomatique et angine de poitrine stable	Compatibilité selon avis spécialisé. Incompatibilité tant que persiste une symptomatologie survenant au repos, à l'effort léger ou lors de l'action de conduite en dépit du traitement mis en œuvre.
Angioplastie hors syndrome coronaire aigu	Compatibilité selon avis spécialisé attestant d'un bon résultat clinique.
Pontage coronaire	Compatibilité selon avis spécialisé attestant d'un bon résultat clinique.
Défibrillateur automatique implantable	Chez les patients porteurs d'un défibrillateur implantable, un avis d'aptitude limité à 5 ans peut être rendu, selon avis spécialisé, et sous réserve d'un suivi spécialisé régulier. La reprise de la conduite ne peut être autorisée avant un délai minimum de 3 mois en cas de primo-implantation (réduit à 2 semaines en prévention primaire) ou de choc électrique approprié délivré. En cas de choc électrique inapproprié, incompatibilité jusqu'à correction de la cause. La reprise de conduite après remplacement de matériel est déterminée selon avis spécialisé.
Défibrillateur externe portable (gilet)	Incompatibilité.

Tableau I : Permis du groupe léger.

Syndrome coronaire aigu : infarctus aigu du myocarde et/ou angine de poitrine instable	Compatibilité selon avis spécialisé à la reprise de conduite, délivrance ou renouvellement de permis de conduire. En cas d'atteinte myocardique significative, la reprise de la conduite ne peut être autorisée qu'après un délai minimum de 6 semaines.
Coronaropathie asymptomatique et angine de poitrine stable	Incompatibilité si symptomatique au repos, à l'effort léger ou lors de l'action de conduite. Compatibilité selon avis spécialisé attestant la stabilisation de la pathologie.
Angioplastie hors syndrome coronaire aigu	La reprise de la conduite ne peut être autorisée qu'après un délai minimum de 4 semaines après réalisation de l'angioplastie. Compatibilité selon avis spécialisé attestant la récupération et les résultats satisfaisants.
Pontage coronaire	Compatibilité à la reprise de conduite selon l'avis spécialisé.
Défibrillateur automatique implantable	Avis spécialisé obligatoire. Incompatibilité si confirmation de l'indication d'une pose d'un défibrillateur. En cas de refus d'implantation par le patient, maintien de l'incompatibilité.
Défibrillateur externe portable (gilet)	Incompatibilité.

Tableau II : Permis groupe lourd ou léger avec transport de personnes.

Revue générale

POINTS FORTS

- Le cardiologue n'a pas le pouvoir d'interdire à un patient de conduire ni de le signaler aux autorités.
- Il doit conseiller au patient d'informer son assurance de son état de santé sous peine de ne pas être couvert en cas d'accident.
- Il doit tenter de convaincre le patient de solliciter l'avis d'un médecin agréé pour juger de son aptitude à la conduite.
- Il est fortement recommandé de noter sur le dossier médical que l'information a bien été donnée et comprise par le patient.

2. L'arrêté de décembre 2017 [7]

Il s'agit de la dernière version de la loi qui fixe la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis, imposant une restriction temporaire ou un permis de durée de validité limitée.

Le **tableau I** concerne la conduite privée (groupe léger), le **tableau II** la conduite professionnelle (groupe lourd et léger à activité de transport). Comme dans l'arrêté de 2015, l'avis spécialisé est constamment sollicité, il est précisé par contre des délais minimaux qui rejoignent les recommandations européennes (cf. chapitre suivant).

Que disent les recommandations ?

Les recommandations américaines et européennes concernant les SCA restent quasiment muettes sur le sujet, seule une mention générale est signalée mentionnant que dans les conseils de prévention secondaire, il fallait une mention spécifique pour le retour au travail, à l'activité sexuelle et à la reprise de la conduite.

Cela n'aide pas vraiment le cardiologue dans sa pratique quotidienne, mais il existe d'autres recommandations européennes spécifiques qui ont vraisemblablement été prises en compte par

le législateur en 2017 [8]. Nous retrouvons dans ces nouveaux standards les délais recommandés après SCA dans le groupe léger (4 semaines si atteinte myocardique significative), dans le groupe lourd un minimum de 6 semaines dans tous les cas, et au cas par cas après chirurgie coronaire.

Un autre papier européen de 2009 recommande également des délais après implantation d'un DAI, suivant différents cas de figure, dans le groupe léger uniquement :

- implantation en prévention primaire : 4 semaines ;
- implantation en prévention secondaire : 3 mois ;
- après un choc approprié : 3 mois ;
- après un choc inapproprié : après correction pour prévenir une récurrence ;
- après remplacement du boîtier : 1 semaine ;
- après remplacement d'une sonde : 4 semaines.

Et de façon curieuse, en cas de refus de l'implantation en prévention primaire, pas de restriction à la conduite et, en prévention secondaire, un délai de 7 mois est requis.

Rappelons que la présence d'un DAI rend incompatible la conduite professionnelle. La non-reprise de la conduite de façon définitive est finalement rare et ne peut concerner que des patients

symptomatiques, ou en insuffisance cardiaque sévère, ou avec des comorbidités significatives. Là aussi, l'avis du médecin agréé et celui de la commission médicale seront d'un apport précieux, et il faudra convaincre le patient de se ranger à cette option quelles qu'en soient les conséquences sociales et professionnelles.

Que faire en pratique ?

1. "Il est interdit d'interdire"

Il faut rappeler que le secret médical reste entier et qu'il n'y a pas de dérogation inscrite dans la loi sur ce sujet. Le cardiologue ne peut pas interdire à son patient de conduire et ne peut pas signaler à une quelconque autorité que son état de santé n'est pas compatible avec la conduite. Il ne peut contacter la famille ou le médecin du travail qu'après accord du patient. Son rôle est de formuler un avis et d'en informer le patient. Il doit préciser le risque que celui-ci encourt en cas d'accident (problème d'assurance).

2. Il est obligatoire d'informer et de conseiller

Il est fortement recommandé d'informer précisément le patient de son état de santé et de la nécessité de respecter un délai si nécessaire avant de reprendre la conduite privée ou professionnelle. Il n'est pas inutile de préciser qu'il s'agit d'une reprise progressive, sur de petits trajets au début, en conduite accompagnée. Il doit être éduqué à la reconnaissance des signes d'alerte, avoir un spray de trinitrine sur lui et lui conseiller de prévenir son assureur de son nouvel état de santé. En effet, en cas d'accident, celui-ci pourrait refuser de le prendre en charge en cas d'omission.

Il est fortement recommandé d'inscrire clairement dans le dossier médical que l'information a été donnée et comprise par le patient. Il n'est pas inutile de lui rappeler que tout conducteur se posant la question de savoir si son état de santé est

compatible avec la conduite devrait de lui-même solliciter l'avis d'un médecin agréé de sa région qui pourra juger de son aptitude. Celui-ci se rapprochera dans ce cas du cardiologue pour avis.

3. Que doit faire le cardiologue ?

Après une connaissance précise du dossier, il peut suivre les recommandations européennes, à savoir conseiller un délai de reprise d'au moins 4 semaines après un SCA avec atteinte myocardique significative. Aucun chiffre n'est précisé, il faut donc analyser les résultats de tous les examens disponibles. En ce qui concerne les permis professionnels, il doit tenter de convaincre le patient de solliciter l'avis d'un médecin agréé sans attendre la fin de la période de validité de son permis, et ce dans son intérêt. Il ne faut pas ignorer les obstacles que l'on peut rencontrer dans ce cas, la peur du licenciement qui peut inciter le patient à cacher son état de santé à son employeur, au médecin du travail, aux autorités et à son assureur, à ses risques et périls.

BIBLIOGRAPHIE

1. PETCH MC, on behalf of the Task Force. Driving and heart disease. *Eur Heart J*, 1998;19:1165-1177.
2. BANNING AS, NG GA. Driving and arrhythmia: a review of scientific basis for international guidelines. *Eur Heart J*, 2013;34:236-243.
3. SOLOMON SD, ZELENKOFKSKE S, McMURRAY JJV *et al*. Sudden death in patients with myocardial infarction and left ventricular dysfunction, heart failure, or both. *N Engl J Med*, 2005;352:2581-2588.
4. AKIYAMA T, POWELL JL, MITCHELL LB *et al*. Resumption of driving after life-threatening ventricular tachyarrhythmia. *N Engl J Med*, 2001;345:391-397.
5. ALBERT CM, ROSENTHAL L, CALKINS H *et al*. Driving and implantable cardioverter-defibrillator shocks for ventricular arrhythmias results from the TOVA study. *J Am Coll Cardiol*, 2007;50:2233-2240.
6. ALGHREN E, LUNDQVIST A, NORDLUND A *et al*. Neurocognitive impairment and driving performance after coronary artery bypass surgery. *Eur J Cardiothorac Surgery*, 2003;23:334-340.
7. Arrêté du 16 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 modifié 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.
8. VIJGEN J. New Standards for Driving and Cardiovascular Diseases, 2013. A report of the European Working Group on Driving and Cardiovascular Disease. Accessible à https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/pdf/behavior/driving_and_cardiovascular_disease_final.pdf
9. VIJGEN J, BOTTO G, CAMM J *et al*. Consensus statement of the European Heart Rhythm Association: updated recommendations for driving by patients with implantable cardioverter defibrillators. *Europace*, 2009;11:1097-1107.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.