

Conduite automobile et maladies cardiaques: que disent les recommandations?

Pr Hervé Douard, Pr Antoine Leenhardt

30 janvier 2020

Quelles sont les restrictions de conduite automobile après un infarctus, ou en cas de troubles du rythme ou de canalopathies? Quid des porteurs de défibrillateur? Quel est le rôle du médecin lors de la déclaration? Le point avec les Prs Hervé Douard et Antoine Leenhardt.

TRANSCRIPTION

Hervé Douard — Bonjour, je suis le Pr Hervé Douard, du CHU de Bordeaux et j'ai le plaisir de vous accueillir avec le Pr Antoine Leenhardt, de l'hôpital Bichat. Nous avons assisté à une session sur la conduite automobile dans différentes pathologies, dans le cadre des [Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie \(JESFC\) 2020](#). Tout d'abord, pour rappel, quels sont les différents types de permis, notamment les permis légers ?

Antoine Leenhardt — Il y a effectivement deux types de permis : le permis léger, pour les voitures de moins de 3,5 t, le permis lourd, pour les véhicules de plus de 3,5 t, et on assimile aussi au permis lourd les taxis, ambulanciers, VtC, et les moniteurs d'auto-école. Donc ces derniers, même s'ils conduisent des véhicules légers, sont assimilés au permis lourd et on verra que les règles sont un peu différentes.

Hervé Douard — Il ne faut pas qu'ils aient de pathologies graves.

Antoine Leenhardt — Absolument, il ne faut pas qu'ils aient de pathologies graves. On va peut-être commencer, d'ailleurs, par parler de l'infarctus du myocarde.

Conduite après un infarctus

Hervé Douard — D'accord. Après un infarctus qui « se passe bien », il y a très peu de complications et les gens peuvent finalement reprendre une conduite automobile classique très rapide. La [législation est très différente en Europe](#) : il y a eu des consensus de 2013 où on disait d'attendre quelques semaines, en Angleterre c'est une semaine, en [Espagne c'est trois semaines](#). Globalement, en réadaptation, nous accueillons des gens qui reprennent leurs voitures deux ou trois semaines après l'infarctus, sans problème.

Antoine Leenhardt — Donc on a parlé d'atteinte myocardique significative qui permettait de faire le tri avec les patients. Que peut-on comprendre par atteinte myocardique significative ?

Hervé Douard — Effectivement, il y a quand même des infarctus qui, malheureusement, sont relativement graves, avec de l'insuffisance cardiaque séquellaire. Donc pour ces patients, il

faut faire attention. Il n'y a pas de chiffres précis en termes de fraction d'éjection, tout est une question de bon sens. Il faut savoir attendre que les gens se rétablissent, mais dans l'immense majorité des cas, chacun peut reprendre son véhicule.

En ce qui concerne les autres [troubles du rythme](#), est-ce qu'il y a des choses précises dans les *guidelines*, notamment européens ?

Antoine Leenhardt — Alors je vais rester sur l'infarctus pour l'instant et on va parler d'abord du défibrillateur.

Le défibrillateur peut être posé en prévention primaire, après un infarctus qui n'a pas causé de trouble du rythme ventriculaire, mais chez un patient qui a une grosse dysfonction ventriculaire gauche. En prévention primaire, la recommandation est d'éviter la conduite automobile dans les deux semaines qui suivent l'implantation du défibrillateur. En prévention secondaire, quand un patient a présenté un trouble du rythme ventriculaire sévère, la recommandation est de trois mois. Donc trois mois d'interdiction de conduite automobile après l'implantation. Et il en est de même chez un patient qui a eu une arythmie ventriculaire choquée de manière appropriée. À ce moment-là, c'est également trois mois d'interdiction de conduite automobile.

Hervé Douard — Et si c'est un choc inapproprié ?

Antoine Leenhardt — Si c'est un choc inapproprié, on considère que le patient ne doit plus conduire jusqu'à ce que le problème soit résolu. Mais toute la question est de savoir qu'est-ce qu'on fait avec le patient. Notre rôle à nous est de dire au patient : « vous n'êtes pas autorisé à conduire dans les trois mois ou dans les deux semaines qui suivent », mais c'est tout.

Hervé Douard — Effectivement, ce problème de déclaration est quelque chose de difficile sur le plan médico-légal. Normalement, tout le monde a le droit de conduire, mais dès qu'il y a une contre-indication à la conduite, le patient doit faire la démarche et demander un agrément médical à reprendre son véhicule. Quel est le rôle du médecin là-dedans ? C'est le rôle du médecin traitant, du cardiologue de ville ou hospitalier, mais il n'a pas à déclarer ce problème. Il a simplement à conseiller le patient de faire cette démarche vis-à-vis des autorités, notamment de la préfecture, pour avoir une autorisation de conduire. C'est un peu comme en médecine du travail : on n'a pas le droit d'informer un collègue — le [secret médical](#), c'est pour le patient — et c'est très important. Donc il faut respecter cela, mais il faut le colliger sur le dossier médical, bien montrer qu'on a informé le patient des risques de reprendre son véhicule.

Antoine Leenhardt — Tout à fait, parce qu'ensuite le patient peut se dire « [mais moi, je vais quand même conduire](#) ». Il faut savoir que c'est à ses risques et périls.

Hervé Douard — Il n'est pas couvert par son assurance.

Antoine Leenhardt — Voilà. C'est là que je voulais en arriver, c'est qu'effectivement, si l'assurance se rend compte qu'il a eu un accident pendant cette période où il n'avait pas le droit de conduire, il ne sera pas pris en charge. Donc c'est très important à préciser à vos patients, que nous ne sommes pas la police, mais si jamais il y a un pépin, l'assurance ne les couvrira pas.

Troubles du rythme, porteurs de défibrillateurs, canalopathies

Hervé Douard — Très bien. Durant la session des JESFC, on a parlé d'autres canalopathies — est-ce qu'il y a des recommandations spécifiques pour toutes ces pathologies ?

Antoine Leenhardt — Effectivement, on a parlé de troubles du rythme ventriculaire et de canalopathies. Pour ce qui est des troubles du rythme ventriculaire, clairement, la conduite automobile est déconseillée chez les patients qui sont symptomatiques, qui ont des lipothymies ou [des syncopes](#) — cela se comprend très bien, mais il y a certaines maladies rares comme le syndrome de Brugada, lorsqu'il est symptomatique, ou le QT long lorsqu'il est symptomatique, qui ne permettent pas de conduire à des professionnels, donc les titulaires du permis lourd dont on a parlé précédemment. Ceux-là ont une contre-indication absolue. Cela me permet aussi de rebondir là-dessus pour ce qui concerne le défibrillateur : les titulaires du permis lourd ne peuvent pas, non plus, continuer leur activité professionnelle... ce qui est un problème, mais il faut aussi souligner que les patients professionnels qui ne souhaiteraient pas être implantés vont aussi avoir des soucis pour continuer leur activité professionnelle.

Hervé Douard — Bien entendu. Maintenant, quand on regarde les données de l'accidentologie — on a les données de 2018, qui a été l'année la moins meurtrière sur les routes, la voiture concerne la moitié de ces accidents — on est étonné du faible nombre de décès chez les chauffeurs poids lourds, alors que ceux-là payent un gros tribut à la maladie coronaire, ce sont des gens très à risque. Je crois qu'il y avait 44 décès — ce qui est beaucoup — mais simplement par rapport à 3800 sur l'ensemble de la population, donc on ne pourrait pas un peu augmenter les indications d'autorisation pour ces professionnels, ou est-ce qu'il faut rester vraiment raisonnable ?

Antoine Leenhardt — C'est une question difficile, d'autant qu'on a montré aussi que chez les porteurs de défibrillateur, le taux d'accidents est relativement faible comparé à la population générale. Et il est même inférieur à celui de la population générale. Donc les porteurs de défibrillateur n'ont pas plus d'accidents que les autres, bien au contraire, ce qui, intuitivement, n'était pas forcément évident. Le problème est qu'on a une législation et que, concernant les professionnels, il me semble difficile d'aller au-delà de cette législation. Peut-être dans des cas très particuliers, en prévention primaire, on peut discuter, mais de toute façon, à chaque fois cela sera la commission du permis de conduire qui saisira éventuellement un médecin spécialiste et agréé, et la décision sera prise par cette commission. Et nous, en tant que médecins, on n'a pas tellement voix au chapitre, simplement de pouvoir dire à un patient « saisissez la commission du permis de conduire qui pourra peut-être vous permettre d'élargir un peu la permission ou l'interdiction ».

Hervé Douard — Je pense que ce qu'il faut, c'est garder le bon sens. Je reviens à l'infarctus : avec un [infarctus chez quelqu'un qui travaille, qui est jeune, c'est déjà un événement traumatisant sous le plan psychologique](#). Il y a des retentissements psychosociaux, professionnels, donc lui interdire trop rapidement de reprendre son véhicule, c'est surajouter de la dépression potentielle à un état qui est déjà difficile. Et je crois que pour l'ensemble des pathologies, c'est ce qui est important : faire preuve de bon sens dans le quotidien pour donner, ou non, les autorisations. Donc il nous reste du travail à faire.