

**Recommandations pour l'accompagnement et
l'orientation vis-à-vis de la conduite automobile
des personnes atteintes de Maladie de
Parkinson ou d'un syndrome parkinsonien :
Un consensus de la Société Française des
Mouvements Anormaux
2025**

Table des matières

I. Introduction	6
I.1. Symptômes susceptibles de restreindre l'aptitude à la conduite.....	7
I.1.1. Symptômes moteurs.....	7
I.1.2. Symptômes cognitifs et neurovisuels.....	8
I.1.3. Hypotension orthostatique et troubles de vigilance	9
I.1.4. Facteurs médicamenteux.....	9
I.1.5. Cas particulier des « thérapies avancées »	10
I.2. Contexte réglementaire	10
I.3. Objectifs des recommandations.....	11
I.4. Méthode d'établissement des recommandations	12
II. Les recommandations	13
II.1. Recommandations pour la consultation spécialisée (neurologue ou gériatre)	13
II.1.1. Aptitude et altérations motrices	14
II.1.2. Aptitude et altérations cognitives	14
II.1.3. Aptitude, dysautonomie et troubles de vigilance.....	15
II.1.4. Aptitude et troubles neuropsychiatriques	16
II.1.5. Aptitude et facteurs médicamenteux	16
II.1.6. Cas des syndromes parkinsoniens autres que la maladie de Parkinson.....	17
II.1.7. Synthèse du raisonnement et constitution d'un avis spécialisé	18
II.2. Recommandations pour le spécialiste en médecine générale	20
II.3. Recommandations pour le médecin agréé : aide à la décision	21
II.3.1. Orientation vers un test de conduite en conditions réelles	21
II.3.2. Facteurs influençant de l'aptitude à la conduite	21
II.3.3. Rythme de réévaluation	22
III. Discussion	24
IV. Conclusions	27
V. Membres du groupe de travail, remerciements et liens d'intérêts	29
V.1. Groupe de travail.....	29
V.2. Liens d'intérêt.....	29
V.3. Remerciements.....	29
VI. Bibliographie	31
VII. Annexes	34
VII.1. Annexe 1 : Questionnaire pour les patients	34
VII.2. Annexe 2 : Questionnaire pour les accompagnants	36
VII.3. Annexe 3 : Fiche « fin de consultation » pour avis du spécialiste	37
VII.4. Annexes 4 : Échelles cliniques	39
VII.4.1. Échelle motrice d'Hoehn et Yahr ⁵⁰	39

VII.4.2. Test de la MoCA ⁵¹	40
VII.4.3. Test de l'horloge (selon Freund et collaborateurs ³⁵)	42
VII.4.4. Échelle d'évaluation de la somnolence d'EPWORTH ⁴⁴	43
VII.4.5. Trail Making Test types A et B	44
VII.4.6. Échelle d'évaluation des troubles du contrôle des impulsions dans la Maladie de Parkinson (QUIP-RS) ⁴⁵	49
VII.5. Médicaments et conduite	51
VII.6. Eclairage juridique.....	52

Résumé. La maladie de Parkinson est, tout au long de son évolution, à l'origine de multiples incapacités et déficiences (motrices, cognitives, psychiatriques, dysautonomie...) qui peuvent avoir un impact direct sur l'aptitude à la conduite automobile. Cette aptitude doit être régulièrement évaluée. Depuis l'arrêté ministériel du 28 mars 2022, les troubles neurologiques de la maladie de Parkinson sont susceptibles d'entraîner une incompatibilité à la conduite automobile et de nécessiter une validation du permis par un médecin agréé. A partir d'une revue de la littérature et d'avis d'experts, nous avons proposé une méthode simple d'évaluation pour les médecins spécialistes en neurologie, gériatrie, médecine générale et médecins agréés. Le risque à la conduite a été catégorisé selon 3 niveaux : « feu vert » (risque minime), « feu orange » (risque modéré qui nécessite une évaluation plus détaillée, idéalement avec un test de conduite en conditions réelles), et « feu rouge » (risque majeur devant faire cesser la conduite). La restriction ou l'interdiction de la conduite ont souvent un impact majeur pour les malades et leurs aidants sur le plan psychologique et de l'autonomie. Toute restriction de la conduite automobile doit être accompagnée de conseils et d'accompagnement vers d'autres formes de mobilité.

Mots-clefs : Maladie de Parkinson – Risque d'accident – Conduite – Permis de conduire

Abstract. All along its progression, Parkinson's disease (PD) causes many disabilities (e.g. motor, cognitive, psychiatric or dysautonomia) which could impact driving ability. Thus, driving ability must be regularly assessed. In France, since the 28 March 2022 ministerial decree, parkinsonian symptoms must be considered as having a potential impact on driving capacity and might need the renewal of the driving license to be validated. Based on the review of published articles on the subject and on experts' opinion, we have proposed a simple method of assessment to be used by neurologists, geriatricians, general practitioners, and physicians in charge of the medical validation renewal of the driving license. We have defined a 3-level risk

gradation: 'green light' (mild risk of car accident), 'orange light' (moderate risk, thus requiring a more detailed evaluation – ideally with a real-world driving test), and 'red light' (high risk that leads to recommend driving cessation). Restriction or cessation of driving have for patients and caregivers a major impact on autonomy and psychological well being. Any imposed driving restriction should be accompanied by advice and support towards other forms of mobility.

Keywords: Parkinson's disease – Accident risk – Driving –Driving license

I. Introduction

La Maladie de Parkinson (MP) est une affection neurodégénérative à l'origine d'incapacités motrices, cognitives et psychiatriques. Il s'en suit l'installation progressive d'un handicap multifactoriel dans les actes de la vie quotidienne. L'aptitude à la conduite n'est pas épargnée par cette évolution, et est inexorablement affectée.¹ Il existe un surrisque d'accidents (ou d'erreurs majeures à la conduite) en raison de l'évolution de la MP.¹⁻³ Il importe donc que tout professionnel de santé - notamment médical - qui intervient dans la prise en soins d'une personne affectée par la MP aborde la question de l'aptitude à la conduite en lien avec la maladie, et l'informe du surrisque identifié en raison des troubles constatés : moteurs, cognitifs, dysautonomiques, somnolence ...

La conduite automobile est un vecteur majeur d'autonomie : c'est le mode de transport privilégié des classes d'âge les plus affectées par la MP et souvent le seul mode de transport pensé comme disponible en milieu rural ou semi-rural.⁴ La représentation psycho-sociale de la conduite automobile est importante, notamment dans cette classe d'âge.^{5,6} L'arrêt de la conduite peut être vécu comme extrêmement traumatisant et avoir des conséquences majeures, telles que dépression ou institutionnalisation.^{7,8} Plus spécifiquement dans la MP, du fait d'un âge moyen de survenue plus jeune que dans la maladie d'Alzheimer par exemple, perdre le permis de conduire peut avoir un impact majeur sur l'emploi, la sociabilisation et les choix de vie.⁹

L'évaluation de l'aptitude à la conduite doit se faire dans une perspective soignante, avec l'objectif d'informer les personnes des risques liés à la conduite en lien avec la MP. En effet, un accident pourrait affecter sa santé, celle de ses passagers, ou celle des autres usagers de la route. Tout comme le risque de chutes, de fausses routes, ou de vulnérabilité, l'aptitude à la conduite doit faire partie de la routine de l'évaluation de l'autonomie tout au long du cours évolutif d'une MP – et au sens large, de toute personne atteinte par une maladie neurodégénérative. Ne pas s'en préoccuper pourrait aussi la mettre en difficultés sur le plan médico-légal car depuis l'[arrêté ministériel du 28 mars 2022](#) les troubles neurologiques de la MP sont susceptibles d'entraîner une incompatibilité à la conduite automobile.

Il ne s'agit nullement que le médecin soit perçu comme un censeur. Toute recommandation de restriction ou d'arrêt de la conduite doit être accompagnée de perspectives vers des alternatives, à tout le moins qui lui permettent de poursuivre les activités les plus essentielles de sa vie quotidienne. L'anticipation de ces alternatives, dès les stades légers à modérés de la maladie, aide à l'acceptation future d'une restriction de la conduite.

Il faut avoir en tête que les patients ne sont pas bons juges pour eux-mêmes de leur propre aptitude à la conduite.^{10,11} De même, les neurologues ont tendance à surestimer les capacités à la conduite des

patients.¹⁰ Il est donc indispensable de s'appuyer sur les données issues de la littérature scientifique pour se référer à des éléments tangibles dans l'évaluation de l'aptitude à la conduite.

I.1. Symptômes susceptibles de restreindre l'aptitude à la conduite

L'altération de l'aptitude à la conduite dans le cadre de la MP provient d'une combinaison de cinq facteurs principaux : moteurs, cognitifs, dysautonomie/somnolence, neuropsychiatriques, et iatrogénique.¹²⁻¹⁵

Il est important de rappeler que l'aptitude à la conduite ne se restreint pas aux seuls facteurs en lien avec la MP : tout personne atteinte de MP peut aussi avoir une cataracte, une dégénérescence maculaire liée à l'âge, un trouble du rythme cardiaque, une consommation d'alcool excessive, etc. susceptibles d'avoir un impact.

D'une façon générale, un âge supérieur à 75 ans,¹⁶ une durée d'évolution de la maladie > 8 ans ou une dose quotidienne de lévodopa > 585 mg¹⁷ sont trois facteurs de risque d'accident ou d'erreur de conduite chez les personnes atteintes de MP. Dans ces situations, l'évaluation de l'aptitude à la conduite doit être particulièrement attentive. Chaque cas reste toutefois particulier et seule une évaluation individualisée par le neurologue ou le gériatre détermine au final l'aptitude à la conduite.

I.1.1. Symptômes moteurs

Sur le plan moteur, la MP est caractérisée par des difficultés dans la réalisation des gestes automatiques ce qui a un impact direct sur la conduite automobile. Le tremblement, lorsqu'il est présent, peut entraver la motricité volontaire. La rigidité, en particulier au niveau de la nuque peut gêner l'exploration visuelle nécessaire à la sécurité (observation des rétroviseurs). Les traitements symptomatiques corrigent de façon plus ou moins efficace ces symptômes. Le développement, chez une grande proportion des patients, de fluctuations d'efficacité du traitement après quelques années de maladie (environ 40% de patients après 5 ans de maladie, avec une prévalence qui augmente avec la durée de maladie) conduit à la ré-occurrence plus ou moins prévisibles des symptômes susceptibles de gêner la conduite.¹⁸ De façon schématique sont distinguées :

- Des périodes « OFF » au cours desquelles les symptômes parkinsoniens sont présents : le patient est alors ralenti, gêné pour réaliser des gestes rapides de façon harmonieuse. Il peut co-exister une rigidité, un tremblement, ou les deux.
- Des périodes « ON », de bonne mobilité. Le patient peut retrouver alors une gestuelle de plus ou moins grande qualité qui peut permettre d'envisager la conduite dans des conditions satisfaisantes de sécurité.
- Il peut s'associer des dyskinésies, c'est-à-dire des mouvements incontrôlés du chef, du tronc ou des membres, provoqués par le traitement dopaminergique et en particulier par la lévodopa. Ces

dyskinésies peuvent être variables en sévérité, de tout à fait minimales sans impact marqué sur la gestuelle des patients (elles ne sont pas toujours remarquées par le patient) jusqu'à de grands gestes incontrôlés invalidants.

L'horaire de survenue des périodes OFF ou des dyskinésies est, au cours des premières années de fluctuations, assez prévisible car rythmé par les prises de lévodopa. Mais avec le temps, les blocages peuvent devenir soudains et imprévisibles.

Avec le temps, apparaissent des signes dits axiaux (par opposition aux symptômes prédominants sur les membres en début d'évolution) : des troubles d'équilibre, un freezing (les pieds sont « collés au sol ») ...

L'intensité des symptômes moteurs peut être quantifiée au moyen de l'échelle de Hoehn et Yahr (annexe 4) ou de la MDS-UPDRS partie III.

- **A prendre en compte pour juger de la capacité à la conduite en sécurité :**
 - **la présence de fluctuations d'efficacité du traitement et leur caractérisation (prévisibilité des périodes OFF, état moteur en OFF, état moteur en ON) et la sévérité des dyskinésies ;**
 - **d'une façon globale, le caractère évolué de la maladie : un score à l'échelle globale d'Hoehn et Yahr $\geq 2,5$ ou un score moteur (partie III) de l'échelle MDS-UPDRS > 27 .¹⁷**

I.1.2. Symptômes cognitifs et neurovisuels

Sur le plan cognitif, l'altération liée à la MP affecte essentiellement les capacités attentionnelles et exécutives, ainsi que les capacités visuospatiales. Il s'agit de fonctions cognitives clés dans la faculté à conduire un véhicule.¹⁹ Les capacités visuoconstructives et de flexibilité mentale¹⁹ sont de bons marqueurs prédictifs du risque lié à la conduite.²⁰ Il existe aussi dans la MP un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, ce qui constitue un facteur majeur de risque d'accident en cas de nécessité de prise de décision rapide. L'altération cognitive est le plus souvent absente au cours des premières années de la maladie, mais peut s'observer *a minima* chez certaines personnes dès 2 ou 3 ans d'évolution.

L'apparition d'hallucinations visuelles est un élément important à considérer car particulièrement fréquent au cours de la MP.²¹ Les hallucinations peuvent être un effet indésirable du traitement - notamment les agonistes dopaminergiques- mais elles sont généralement le reflet d'une atteinte encéphalique plus étendue et sont augurales du déclin cognitif, notamment des troubles visuospatiaux.²² Les illusions visuelles (ou paréidolies) qui sont des reconstructions visuelles erronées à partir d'éléments réels précèdent souvent les hallucinations, et doivent être considérées elles aussi comme un signal d'alerte. Par ailleurs, même si peu de données existent dans la littérature, il est légitime de présupposer

que la survenue d'illusions ou d'hallucinations visuelles peut avoir des conséquences délétères au volant d'un véhicule si le sujet voit des éléments à la place d'autres ou inexistantes.²³

- **A prendre en compte pour juger de la capacité à la conduite en sécurité :**
 - l'évaluation des fonctions cognitives, en particulier exécutives et visuoconstructives ;
 - la recherche d'illusions et d'hallucinations visuelles.

I.1.3. Hypotension orthostatique et troubles de vigilance

L'hypotension orthostatique est définie comme une baisse de la tension systolique de $\geq 20\text{mmHg}$ et/ou de la diastolique de $\geq 10\text{mmHg}$ lors du passage en position debout. Si elle est souvent asymptomatique, elle peut être à l'origine de malaises, de lipothymies, d'une somnolence, d'une bradypsychie, ce qui a un impact sur l'aptitude à la conduite. La recherche de l'hypotension orthostatique doit être faite sur 5 minutes minimum afin de ne pas méconnaître une hypotension orthostatique tardive. Elle peut parfois se manifester sous la seule forme d'une somnolence post prandiale, ou de douleurs musculaires au niveau lombaire ou cervical survenant sélectivement à l'orthostatisme.

Sur le plan de la vigilance, de nombreux facteurs peuvent se combiner pour l'altérer : l'effet sédatif des traitements dopaminergiques, la dysautonomie cardiovasculaire (hypotension orthostatique) et la dette de sommeil consécutive aux symptômes nocturnes de la MP. Peuvent s'y associer les causes autres de somnolence diurne, en particulier le syndrome des apnées du sommeil.

La somnolence diurne excessive est à prendre en compte dans l'évaluation de l'aptitude à la conduite.¹⁷ Même en l'absence de somnolence diurne excessive, d'éventuelles attaques de sommeil – le plus souvent liées à la prise d'agonistes dopaminergiques – peuvent survenir et sont à rechercher car elles majorent le risque d'accident.^{16,17}

- **A prendre en compte pour juger de la capacité à la conduite en sécurité :**
 - la recherche d'une hypotension orthostatique symptomatique ;
 - la recherche d'une somnolence diurne excessive et d'attaques de sommeil.

I.1.4. Facteurs médicamenteux

Sur le plan médicamenteux, tous les antiparkinsoniens sont classés « niveau 2 » en termes d'impact sur la vigilance. Ils sont donc à risque d'interférer avec les capacités à la conduite.

Il faut aussi prendre en compte la fréquente prescription dans la MP de médicaments de « niveau 3 », comme les benzodiazépines.

Les antiparkinsoniens, et notamment les agonistes dopaminergiques, peuvent être aussi à l'origine de troubles du comportement et en particulier d'un trouble du contrôle des impulsions. Bien que non

identifiée dans une littérature toutefois maigre sur le sujet,²⁵ une impulsivité importante est susceptible de majorer le risque d'erreur de conduite.²⁶

- **A prendre en compte pour juger de la capacité à la conduite en sécurité :**
 - **les troubles de vigilance ;**
 - **les troubles du contrôle des impulsions, provoqués par les médicaments reçus.**

I.1.5. Cas particulier des « thérapies avancées »

Lorsque les fluctuations d'efficacité du traitement sont difficiles à contrôler par un traitement médicamenteux simple, des thérapies dites « de deuxième ligne » ou « thérapies avancées », telles que la pompe à apomorphine ou à foslévodopa sous-cutanée, la pompe à lévodopa jéjunale et la stimulation cérébrale profonde peuvent être mis en place. Il n'y a pas d'impact spécifique de ces traitements sur la conduite automobile. Ce sont en fait les différents éléments abordés ci-dessus qui sont à considérer. La proportion de patients qui gardent une activité de conduite est importante dans cette population de patients.²⁷ Il faut toutefois souligner que le recours à ces traitements est souvent envisagé lorsque la maladie a déjà évolué. Il est donc fréquent de rencontrer des facteurs qui majorent le risque d'accident. Cela est notamment vrai en raison de l'impact du facteur âge et de l'atteinte des fonctions cognitives sur les capacités à la conduite par rapport au seul état moteur.²⁸

La stimulation cérébrale profonde, en particulier au niveau du noyau subthalamique, peut altérer les capacités exécutives – notamment le contrôle inhibiteur.²⁹ La littérature reste à ce jour peu abondante sur ce point. Les données disponibles indiquent que la chirurgie par elle-même ne serait pas forcément un facteur d'altération de l'aptitude à la conduite, sauf dans le cas où le patient présenterait des fragilités antérieures à l'opération.³⁰

I.2. Contexte réglementaire

En France, depuis l'arrêté ministériel du 28 mars 2022, les troubles neurologiques de la MP figurent dans le tableau des affections médicales qui requièrent un contrôle médical. Dès lors qu'il existe des symptômes neurologiques de MP susceptibles d'avoir un impact sur la conduite, il y a « incompatibilité » « jusqu'à avis médical spécialisé et bilan, si besoin, par une équipe pluriprofessionnelle comportant au moins un médecin spécialisé et un ergothérapeute ». Elle doit normalement suspendre la conduite jusqu'à avoir obtenu la validation du permis de conduire suite à l'avis du médecin agréé. Sur le plan pratique, cela représente un certain défi eu égard à la nécessité de conduire dans la vie quotidienne pour un grand nombre de personnes et en raison des ressources restreintes (peu d'ergothérapeutes, délais de consultation...) Il importe donc d'encourager à la plus grande prudence au volant si la personne continue de conduire d'ici au rendez-vous, et de l'encourager

à consulter le médecin agréé dès que possible, muni de l'ensemble de son dossier médical, de son permis de conduire (et d'une copie) et des autres documents nécessaires : formulaire [CERFA n° 14880*01](#), pièce d'identité et une photocopie, et le cas échéant de la carte d'invalidité.

Le neurologue, le gériatre ou le médecin généraliste, peuvent émettre un avis sur le surrisque ou non d'accident et peuvent évoquer une contre-indication médicale ; mais il ne leur revient nullement de prononcer une autorisation ou une interdiction à la conduite. **Seul le médecin agréé est apte à se prononcer légalement sur l'aptitude ou l'inaptitude d'une personne à la conduite.** A l'issue de la consultation, le médecin agréé inscrira sa décision sur le fichier national des permis de conduire ; celui-ci est consultable par un nombre restreint d'agents de l'état, tels que les forces de l'ordre à l'occasion d'un contrôle sur le bord de la route.

La complexité des facteurs neurologiques à prendre en compte rend l'avis du neurologue ou du gériatre souvent déterminant pour aider le médecin agréé à évaluer l'aptitude à la conduite.

S'intéresser à la question de l'aptitude à la conduite lors d'une consultation médicale n'est plus optionnel. S'il ne pourra pas être reproché à un médecin d'avoir donné son avis en toute bonne foi et sur les données disponibles dans la littérature, la faute médicale peut être caractérisée par un défaut d'information, défini notamment comme un manque « *d'information claire, loyale et appropriée à l'état de santé du patient* » selon le Code de déontologie médicale et la loi du 4 mars 2022 (dite « Loi Kouchner »). Une absence d'orientation vers un médecin agréé en cas de symptômes avec possible impact sur la conduite pourrait constituer une faute de négligence de la part du médecin neurologue ou gériatre : à l'obligation d'information s'ajoute en effet une obligation de conseil. Il importe au médecin de fournir la preuve de l'information et des conseils donnés à la personne. Il faut donc consigner dans le dossier médical quand, comment, en présence de qui, et la nature de l'information apportée au patient. L'information se doit d'être orale, en langage adapté pour être intelligible par la personne concernée ; un complément d'information écrite sera le bienvenu mais ne peut être isolément considéré comme suffisant. L'intentionnalité d'un défaut d'information de la part d'un professionnel de santé pourrait constituer un facteur aggravant dans le cadre d'une procédure judiciaire.

I.3. Objectifs des recommandations

L'objectif primaire de ces recommandations est d'apporter aux spécialistes - neurologues et gériatres – une aide à la décision, établie à partir des données de la médecine basée sur les preuves, pour rendre un avis spécialisé au médecin agréé afin qu'il puisse statuer sur l'aptitude ou l'inaptitude à la conduite des personnes atteintes de MP ou d'un syndrome parkinsonien d'autre cause.

Les objectifs secondaires sont :

- D'apporter aux médecins spécialistes en médecine générale des éléments d'orientation, à partir des données de la médecine basée sur les preuves, concernant l'aptitude ou l'inaptitude à la conduite des personnes atteintes de MP ou d'un syndrome parkinsonien d'autre cause, en attendant l'avis du spécialiste et du médecin agréé.
- D'apporter aux médecins agréés un arbre décisionnel établi à partir des données de la médecine basée sur les preuves pour statuer sur l'aptitude ou l'inaptitude à la conduite des personnes atteintes de MP ou d'un syndrome parkinsonien d'autre cause, avec ou sans l'avis du neurologue ou du gériatre.

La population concernée par ces recommandations est l'ensemble des personnes atteintes par une MP, ou par un syndrome parkinsonien d'autre cause (cf. infra).

Les recommandations n'abordent pas le cas des autres mouvements anormaux, du tremblement essentiel, et des syndromes cérébelleux.

I.4. Méthode d'établissement des recommandations

Le groupe de travail a effectué une recherche PubMed des articles publiés sur le sujet depuis 2000 avec comme mots clés de recherche : maladie de Parkinson, conduite automobile, accident. Une analyse des recommandations en place dans d'autres pays : Canada, Espagne, Norvège, Danemark, République Tchèque, Portugal, Pays Bas, Slovénie, Hongrie, Estonie, Grèce, Belgique, Luxembourg et Allemagne. Des réunions régulières en visioconférence pendant 1 an (juin 2023 – juillet 2024) ont permis de progressivement établir puis valider sur la base d'un consensus entre les membres du groupe de travail ces recommandations.

II. Les recommandations

L'évaluation de l'aptitude à la conduite dans la MP est rendue complexe par l'intrication de problématiques multiples : motrices, cognitives, psychiatriques, dysautonomiques, iatrogéniques, etc.

Sur le plan général, nous recommandons de rechercher quatre éléments qui indiquent un risque élevé d'accident en lien avec la conduite automobile chez les personnes atteintes de MP :

- Age > 75 ans (dans le contexte de la MP)¹⁶
- Durée d'évolution > 8 ans¹⁷
- Dose quotidienne de lévodopa > 585 mg¹⁷
- Survenue d'accidents ou de « quasi-collisions » lors des derniers mois, contraventions, inquiétude des passagers...¹⁷ L'inquiétude des proches est un signal d'alerte fort, le risque d'accident est particulièrement élevé lorsque les accompagnants commencent à s'inquiéter. Alors que l'inverse n'est pas vrai : les aidants ont une perception réduite du surrisque d'accident en lien avec les troubles cognitifs.³¹ Un questionnaire à destination du patient et un questionnaire pour son accompagnant sont une aide utile pour apprécier ces éléments ; ils sont proposés dans ces recommandations (cf. annexe 1 et 2).

Une échelle d'acuité visuelle de loin peut être proposée, même si elle ne relève pas *stricto sensu* de la mission du neurologue ou du gériatre.

Une évaluation de l'autonomie globale est pertinente également. Un patient présentant un handicap sévère lié à sa maladie sera évidemment plus en difficulté au volant qu'un patient tout à fait autonome.

II.1. Recommandations pour la consultation spécialisée (neurologue ou gériatre)

L'évaluation de l'aptitude à la conduite fait partie des recommandations que le spécialiste doit transmettre au patient pour assurer sa sécurité au volant (et celle des autres). L'arrêté ministériel du 28 mars 2022 stipule que le médecin agréé peut aussi demander l'avis du spécialiste pour statuer sur l'aptitude ou l'inaptitude à la conduite du patient. **Le spécialiste ne devra en aucun cas transmettre directement son avis au médecin agréé : cet avis doit être donné uniquement au patient, qui se chargera de le transmettre au médecin agréé qu'il aura lui-même choisi.**

Un modèle de courrier rapide à remplir en consultation pour un neurologue/gériatre avec une représentation schématique des évaluations et de leurs seuils est proposée (annexe 3).

La réévaluation de l'aptitude à la conduite doit se faire à chaque étape du suivi. En effet, toute majoration de la symptomatologie de la maladie est susceptible de majorer le risque d'accident ou d'erreur de conduite. Cela doit faire partie intégrante de l'évaluation de l'autonomie au sens large.

Les évaluations proposées n'ont pas un caractère obligatoire et opposable, notamment en raison de leur exhaustivité. Elles ont pour rôle de proposer des points de repère issus de la littérature médicoscientifique pour appuyer si nécessaire ses recommandations.

II.1.1. Aptitude et altérations motrices

Nous recommandons la réalisation des évaluations suivantes :

- un test de marche de type « test de marche des 10 mètres » ou « Time up and go test ». Il faut noter s'il y a un freezing, une chute ou un trouble de l'équilibre évident. Il faut aussi noter si le freezing est sensible à la lévodopa ou résistant à (voire provoqué par) la lévodopa ;
- un test de la poussée (traction en arrière sur les épaules) permet de juger de la capacité du sujet à récupérer son équilibre, ce qui est un bon témoin de l'atteinte axiale liée à la maladie ;
- une évaluation des fluctuations et des dyskinésies, par l'interrogatoire, la partie IV de l'échelle MDS-UPDRS ou éventuellement la tenue d'un agenda pendant 72h.

Il existe un risque important d'accident ou d'erreur majeure à la conduite en cas de :

- présence de troubles de l'équilibre, y compris provoqué lors du test de la poussée, correspondant à un grade $\geq 2,5$ de l'échelle de Hoehn et Yahr (cf. annexe 4) ;¹⁷
- signes moteurs importants: score MDS-UPDRS dans sa partie III > 27 ;¹⁷
- freezing à la marche. Par consensus, nous retenons un freezing sensible à la lévodopa comme un élément d'alerte ; un freezing résistant à la lévodopa, ou provoqué par la lévodopa, comme marqueur de risque majeur. Il n'existe pas de littérature sur le sujet à proprement parler ; il a néanmoins été démontré un surrisque important d'échec du test de conduite lorsque la symptomatologie prédomine sur les troubles posturaux et la marche ;³²
- Présence de fluctuations motrices sévères et/ou de dyskinésies de grande amplitude.³³ Une proportion de temps d'éveil en OFF supérieure à 25% est aussi un élément d'alerte. L'imprévisibilité des épisodes de OFF est un élément de risque majeur.

II.1.2. Aptitude et altérations cognitives

Nous recommandons la réalisation des évaluations suivantes :

- Montréal Cognitive Assessment (MoCA) ;³⁴
- cotation sur 7 points du dessin de l'horloge (effectué dans la MoCA) selon la méthodologie de Freund et collaborateurs ;³⁵
- un Trail Making Test, avec un focus particulier sur le type B ;^{13,36,37}
- recherche de la présence d'hallucinations visuelles, mais aussi des signes plus discrets tels que des sensations de passages, de présence, ou des sensations d'animation d'objets inanimés.

Il existe un risque important d'accident ou d'erreur majeure à la conduite en cas de :

- $\text{MoCA} \leq 12/30$ (il y a un taux de 100% d'échec du test de conduite).³⁴ Nous recommandons toutefois de considérer le risque majeur si la $\text{MoCA} \leq 15/30$. Un score $\geq 26/30$ est considéré

comme normal. Au cours d'une étude, le seul patient ayant échoué le test de conduite avait une MoCA à 23/30 ;³⁴

- score de 4/7 ou moins au test de l'horloge. En l'absence de troubles moteurs, un score de 7/7 est normal et n'est pas associé à un risque supplémentaire d'erreurs de conduite. Un score de 5 ou 6 / 7 ne permet pas de conclure ;³⁵
- un seuil de ≥ 180 secondes et/ou ≥ 3 erreurs au Trail Making Test B.^{12,16,17} Un seuil ≤ 90 secondes et sans erreur peut être considéré normal ;
- recherche d'hallucinations visuelles marquées car le plus souvent le reflet d'une atteinte cognitive. Il n'y a pas de données directes disponibles dans la littérature mais certaines études l'évoquent³⁸; l'avis est un consensus du groupe de travail.

En cas de doute ou d'impossibilité de réaliser ces tests cognitifs, le neurologue ou le gériatre peut orienter le patient vers un neuropsychologue ou un orthophoniste pour la réalisation d'un bilan cognitif dédié à la question de l'évaluation de l'aptitude cognitive à la conduite. Dans ce cas-là, le bilan recommandé peut être plus large :

- Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ;
- cotation sur 7 points du dessin de l'horloge (effectué dans la MoCA) selon la méthodologie de Freund et collaborateurs) ;³⁵
- Trail Making Test (types A et B);^{13,36,37}
- Copie de la Figure de Rey ;^{12,17}
- Test du jugement d'orientation de ligne de Benton (BJLO) ;³⁹
- Codes de Wechsler en une minute.¹²

Outre les seuils vus ci-dessus pour la MoCA, le test de l'horloge et le Trail Making Test B, il existe un surrisque important d'accident ou d'erreur majeure à la conduite en cas de :

- altération importante à la copie de la Figure de Rey.^{12 37,40} Aucun seuil n'est toutefois proposé. Il faudra donc se baser sur les normes pour l'âge et le niveau socio-éducatif ;
- score $< 10/15$ au test du jugement d'orientation de ligne de Benton (BJLO) ;^{12,20,37,41,42}
- altération importante aux codes de Wechsler en une minute.⁴³ Aucun seuil n'est proposé ici. Il faudra donc se baser sur les normes pour l'âge et le niveau socio-éducatif.

II.1.3. Aptitude, dysautonomie et troubles de vigilance

Nous recommandons la réalisation des évaluations suivantes :

- recherche d'hypotension orthostatique après au moins 5 min en position debout ;
- recherche de somnolence diurne excessive par l'interrogatoire et par la réalisation de l'auto-questionnaire « d'Epworth » ;⁴⁴
- recherche d'attaques de sommeil (en particulier chez les personnes sous agonistes).

Il existe un surrisque important d'accident ou d'erreur majeure à la conduite en cas de :

- hypotension orthostatique *symptomatique* (maaises, lipothymies, somnolence post prandiale). Elle est susceptible de majorer le risque d'accidents et contre-indique donc la conduite. *A fortiori* si elle apparaît dès le passage en position assise telle qu'à la conduite. Si elle est asymptomatique au moment de la mesure mais importante (par exemple $\geq 50\text{mmHg}$), il faudra être plus vigilant et réévaluer régulièrement l'absence de symptôme en lien. Il n'y a pas de données disponibles dans la littérature ; l'avis est un consensus du groupe de travail ;
- somnolence diurne excessive, soit un score > 10 à l'auto-questionnaire « d'Epworth »^{17,44}. Malgré l'absence de littérature sur le sujet, la présence d'attaques de sommeil est une contre-indication évidente à la conduite.

En cas de doute, les explorations pourront être complétées par un test de maintien de l'éveil en laboratoire d'analyse du sommeil.

II.1.4. Aptitude et troubles neuropsychiatriques

Nous recommandons la réalisation des évaluations suivantes :

- recherche d'un trouble du contrôle des impulsions (TCI) (le plus souvent secondaire à la prise d'agoniste dopaminergique). Une échelle de la QUIP-RS (annexe 9) permet de rapidement dépister la présence d'un TCI.^{45,46} S'il est présent, le niveau d'impulsivité peut être évalué au moyen d'un STROOP ou une épreuve de GO/NO GO. Bien que ce ne sont pas des tests dédiés à la mesure de l'impulsivité, ils indiquent un déficit du contrôle cognitif inhibiteur susceptible d'avoir un retentissement sur la conduite automobile ;
- recherche de troubles thymiques ou anxieux ;
- recherche d'une psychose parkinsonienne.

Il existe un surrisque important d'accident ou d'erreur majeure à la conduite en cas de :

- TCI marqué car souvent associé à une impulsivité. Il n'y a pratiquement pas de données disponibles dans la littérature vis-à-vis de la conduite ; le seul élément démontré est qu'un TCI compensé ne semble pas avoir d'effet sur la performance de conduite.²⁵ L'avis est un consensus du groupe de travail ;
- troubles thymiques ou anxieux sévères, ou d'une psychose parkinsonienne. Il n'y a pas de données disponibles dans la littérature ; l'avis est un consensus du groupe de travail. Une nouvelle évaluation de l'aptitude à la conduite peut être effectuée une fois la symptomatologie contrôlée par les traitements.

II.1.5. Aptitude et facteurs médicamenteux

Nous recommandons la recherche de l'effet sédatif des médicaments reçus. Il convient de les classer selon leur niveau de risque 1 (faible) à 3 (fort). Tous les antiparkinsoniens sont classés niveau 2. Les

antipsychotiques oraux (clozapine, quétiapine) également. Toutes les benzodiazépines sont classées niveau 3.

Les thérapies dites « de deuxième ligne » ou « avancées » (pompe à apomorphine ou à fisdopa sous-cutanée, pompe à lévodopa jéjunale; stimulation cérébrale profonde) relèvent des mêmes recommandations d'évaluation que celles proposées dans les paragraphes précédents. Certains auteurs recommandent une suspension de la conduite pendant 6 semaines après la mise en place d'une neurostimulation cérébrale profonde (pour la conduite à usage privée ; ce délai est porté à 6 mois pour la conduite à usage professionnel).³⁸

II.1.6. Cas des syndromes parkinsoniens autres que la maladie de Parkinson

i. Syndromes parkinsoniens dégénératifs autres que la maladie de Parkinson

Il s'agit principalement de la Maladie à Corps de Lewy, de la Paralyse Supranucléaire Progressive, de l'Atrophie Multisystématisée et du Syndrome Cortico Basal/Dégénérescence Cortico Basale. Étant donné la fréquence de l'altération cognitive (notamment dysexécutive et visuospatiale) et de la faible voire nulle sensibilité aux traitements dopaminergiques sur les symptômes moteurs, la conduite est à haut risque d'accident. La somnolence et les fluctuations de vigilance, fréquentes dans ces maladies, sont aussi des éléments qui plaident contre la poursuite de la conduite automobile. La conduite peut éventuellement envisagée chez les personnes atteintes d'Atrophie Multisystématisée, tant que l'atteinte motrice et la dysautonomie cardiovasculaire restent légères. Mais d'une manière globale, nous recommandons que la conduite automobile soit, de principe, déconseillée en cas de syndrome parkinsonien dégénératif autre que la MP, sauf avis contraire argumenté d'un expert des mouvements anormaux. L'évolution de ces maladies étant rapide, la réévaluation de l'aptitude à la conduite doit être plus fréquente (au maximum tous les deux ans) si celle-ci est tout de même maintenue.

ii. Syndromes parkinsoniens d'origine vasculaire

L'importance de l'altération de mobilité des membres inférieurs, la prévalence du freezing, l'importance du syndrome dysexécutif cognitif sont des facteurs importants du surrisque d'accidents.⁴⁷ Il convient de suivre les mêmes recommandations que celles présentées pour la MP, mais le plus souvent le niveau de risque résultant est incompatible avec la conduite automobile. Il existe en outre souvent chez ces personnes des limitations à la conduite liées aux troubles cardio-neuro-vasculaires sous-jacents.

iii. Syndromes parkinsoniens iatrogéniques

Il convient de suivre les mêmes recommandations que celles présentées pour la MP, mais les troubles psychiatriques à l'origine de la prescription des antipsychotiques et les effets indésirables de ces derniers sont souvent incompatibles avec la poursuite de la conduite automobile.

II.1.7. Synthèse du raisonnement et constitution d'un avis spécialisé

Au cours des premières années d'évolution de MP, il n'existe le plus souvent aucun élément d'inquiétude vis-à-vis de la conduite ; c'est la situation que nous proposons de qualifier de « feu vert » à la conduite.

Après plusieurs années d'évolution de la maladie, certains éléments constituent des contre-indications manifestes à la conduite automobile : ils orientent vers une recommandation de cesser la conduite, c'est la situation que nous proposons de qualifier de « feu rouge » à la conduite.

Entre ces deux situations, de nombreuses personnes sont dans une situation plus contrastée : c'est la situation que nous proposons de qualifier de « feux orange ». Des explorations plus approfondies de l'aptitude sont à envisager : complément du bilan neurocognitif par une exploration plus large par un neuropsychologue (cf. supra) ou un test de maintien d'éveil en laboratoire d'analyse du sommeil. Dans ces situations, il est généralement utile d'orienter la personne vers un centre de Soins de Suites et de Réadaptation neurologique avec la compétence pour l'évaluation précise de l'aptitude à la conduite. Dans les situations limites (par exemple, un seul élément « orange » peu sévère et tous les autres critères « verts »), une aptitude à la conduite peut être envisagée, mais avec des évaluations plus rapprochées dans le temps ; ou de conseiller un test de conduite avec un instructeur d'auto-école. *A contrario*, le cumul de signaux d'alerte oriente vers une recommandation de restriction forte ou d'arrêt de la conduite.

Nous proposons un diagramme en toile d'araignée (annexe 3) pour offrir une vision synthétique des critères d'évaluation. La fiche de fin de consultation (annexe 3) est un modèle de document qui peut être remis **en mains propres** à une personne atteinte de MP pour transmission de l'avis spécialisé au médecin agréé. **Aucun document ni quelque information ne doivent être transmis directement au médecin agréé : l'avis du spécialiste est remis seulement au patient, qui se charge de le transmettre au médecin agréé de son choix.**

Tableau I : Liste de contrôle des points à évaluer pour déterminer l'aptitude à la conduite

Domaine	Critères	Tests complémentaires utiles
1. Général	Age	
	Comorbidités	
	Dose totale de lévodopa	
	Durée d'évolution	
	Autonomie générale	
2. Historique de conduite	Accidents	Questionnaires dédiés (annexes 1 et 2)
	« Presque accidents »	
	Contraventions pour conduite inappropriée	
3. Moteur	Autonomie à la marche	Test de marche des 10 m
	Signes axiaux : freezing, réactions posturales (test de la poussée)	Hoehn et Yahr
	Sévérité des symptômes moteurs	MDS-UPDRS partie III
	Fluctuations motrices	MDS-UPDRS partie IV
4. Cognitif	Déclin cognitif rapporté (Patient ou aidant) Hallucinations visuelles	MoCA
		TMT-B
		Dessin horloge (/7points)
5. Hypotension orthostatique & Somnolence	Somnolence diurne excessive	Recherche hypotension orthostatique symptomatique Échelle d'Epworth
	Attaques de sommeil	
6. Troubles neuropsychiatriques et comportementaux	Trouble du contrôle des impulsions	QUIP-RS
	Psychose parkinsonienne	

7. Facteurs médicamenteux	Classe des médicaments reçus		Liste des médicaments reçus
	Effets indésirables		

II.2. Recommandations pour le spécialiste en médecine générale

L'opinion du médecin traitant est souvent la plus respectée par les personnes malades. De plus, le médecin traitant qui rencontre régulièrement la personne est souvent en première ligne pour apporter l'information sur la question de la conduite, en particulier le temps d'obtenir un avis spécialisé. Son avis est donc primordial, et sa responsabilité tout aussi engagée.

Les quatre principaux points à évaluer sont :

- Sur le plan cognitif, la MoCA reste la référence car le test d'efficience cognitive globale le plus adéquat pour l'évaluation de la MP. Si la MoCA n'est pas possible, nous recommandons la réalisation du GP-COG, outil de dépistage sensible et acceptable.⁴⁸
- Ces deux outils de dépistage comprennent le test du dessin de l'horloge à laquelle il faut appliquer une cotation selon la méthodologie de Freund et collaborateurs pour répondre plus spécifiquement à la question de l'aptitude à la conduite.³⁵ Les seuils sont mentionnés ci-dessus.
- Sur le plan moteur, la présence de fluctuations motrices importantes [période de sous-correction marquée (OFF) > 25% du temps d'éveil de la journée ou survenue de blocages imprévisibles], de freezing (piétinement à la marche) ou de chutes constitueront des signes d'alerte forts.
- Sur le plan non moteur, il faut rechercher la présence d'une somnolence diurne excessive, d'une dysautonomie symptomatique, d'hallucinations, de troubles neuropsychiatriques en particulier idées délirantes.
- L'analyse de l'ordonnance recherche des médicaments de niveau 3 contre-indiquant la conduite ; tous les antiparkinsoniens sont de niveau 2 et doivent conduire à des recommandations de prudence.

Dans tous les cas, le médecin généraliste doit rappeler que l'arrêté ministériel du 28 mars 2022 impose une suspension de la conduite jusqu'à la validation du permis par le médecin agréé si des signes neurologiques sont manifestes et susceptibles d'altérer l'aptitude à la conduite.

En pratique, l'absence de tout élément d'inquiétude est souvent assez évidente, tout comme la présence d'élément de contre-indication manifeste à la conduite, ce qui doit être expliqué à la personne malade et à ses proches. Dans l'entre-deux ou dans le doute, le médecin généraliste peut insister sur la recommandation de suspendre la conduite jusqu'à l'évaluation spécialisée (neurologue ou gériatre) et la visite auprès du médecin agréé, seul habilité à lever ou non cette suspension temporaire.

II.3. Recommandations pour le médecin agréé : aide à la décision

Par suite de la parution de l'arrêté ministériel du 28 mars 2022, la visite médicale auprès d'un médecin agréé devient obligatoire pour toutes les personnes atteintes de MP si des signes neurologiques sont manifestes et susceptibles d'altérer l'aptitude à la conduite. Étant donné la nature progressive de la maladie, cette évaluation est à répéter régulièrement.

Le médecin agréé devient ainsi un interlocuteur régulier des personnes atteintes de MP. Il est donc important d'instaurer une relation de confiance pour que la personne comprenne qu'il est de son intérêt personnel (et de l'intérêt collectif) que son aptitude à la conduite soit régulièrement évaluée pour que cette dernière soit éventuellement adaptée ou cesse en raison du risque trop grand d'accident.

II.3.1. Orientation vers un test de conduite en conditions réelles

Le *Gold Standard* reste l'évaluation de la conduite en situation réelle par un test « au volant ». Toutefois, l'accès à ce type d'exploration est restreint et toutes les personnes ne peuvent pas être orientées vers cette évaluation.

Nous recommandons donc de réserver cette évaluation en conditions réelles pour les personnes qui présentent un surrisque identifié par un spécialiste et, en l'absence d'avis spécialisé, pour les personnes qui présentent au moins un signal d'alerte sans contre-indication manifeste.

II.3.2. Facteurs influençant de l'aptitude à la conduite

Les cinq principaux points à évaluer sont :

- sur le plan cognitif, nous recommandons la réalisation de l'échelle de la Montréal Cognitive Assessment (MoCA). Il sera aussi utile de réaliser une cotation du test de l'horloge, inclus dans la MoCA, sur 7 points selon la méthode de Freund et collaborateurs (cf. supra).³⁵ Une évaluation cognitive plus précise peut être recommandée au moyen de tests cognitifs (notion de « tests psychotechniques » dans l'arrêté ministériel). Ceux-ci nécessitent néanmoins d'être adaptés à la pathologie parkinsonienne (cf. supra) ;
- sur le plan moteur, il faut rechercher la présence de fluctuations motrices sévères [définies comme présence de périodes de moindre efficacité marquée du traitement (OFF) pendant > 25% du temps d'éveil de la journée ou de blocages imprévisibles], de piétinements à la marche (freezing), de dyskinésies sévères ou de chutes ;
- sur le plan non moteur, il faut rechercher la présence d'une somnolence diurne excessive avec la réalisation d'une échelle d'Epworth, la recherche d'une dysautonomie symptomatique, d'hallucinations, de troubles neuropsychiatriques, en particulier d'idées délirantes ;

- l'analyse de l'ordonnance est systématique, à la recherche de médicaments de niveau 3 contre-indiquant la conduite ; tous les antiparkinsoniens sont de niveau 2 ;
- une évaluation visuelle plus précise peut être demandée auprès d'une ou d'un orthoptiste. En ce cas, il faudra que cette évaluation comporte les tests usuellement réalisés (acuité visuelle, champ visuel, recherche de diplopie...), nonobstant la nécessité d'une adaptation nécessaire à la MP. On peut signaler l'intérêt d'un test des champs visuels utiles, appelé UFOV ®. C'est un test cognitif et visuel dont l'intérêt quant à l'évaluation de l'aptitude à la conduite dans la MP est de haut niveau de preuve.^{36,40,49} Cette évaluation reste néanmoins difficilement accessible car le test est payant à l'heure actuelle.

II.3.3. Rythme de réévaluation

L'aptitude à la conduite doit être réévaluée régulièrement tout au long de la maladie.

Le rythme de réévaluation par un médecin agréé est décidé par ce dernier. Il n'existe aucune étude ayant étudié la question. Nous proposons les recommandations les suivantes :

- en l'absence de facteur de risque identifié (situation « feux vert »), nous recommandons une réévaluation à 3 ans ;
- en présence d'un seul élément d'alerte de niveau de sévérité faible, nous recommandons une réévaluation à 2 ans. S'il y a un élément d'alerte de niveau de sévérité marqué ou s'il y a ≥ 2 facteurs d'alerte, nous recommandons une réévaluation annuelle.

La maladie évolue de manière différente selon les personnes, et il peut survenir des événements médicaux intercurrents qui contribuent à majorer le risque d'accident. Toute modification nette de l'état neurologique ou de santé en général doit conduire à réévaluer l'aptitude à la conduite.

Figure 1/ Arbre décisionnel pour le médecin agréé avec avis spécialisé

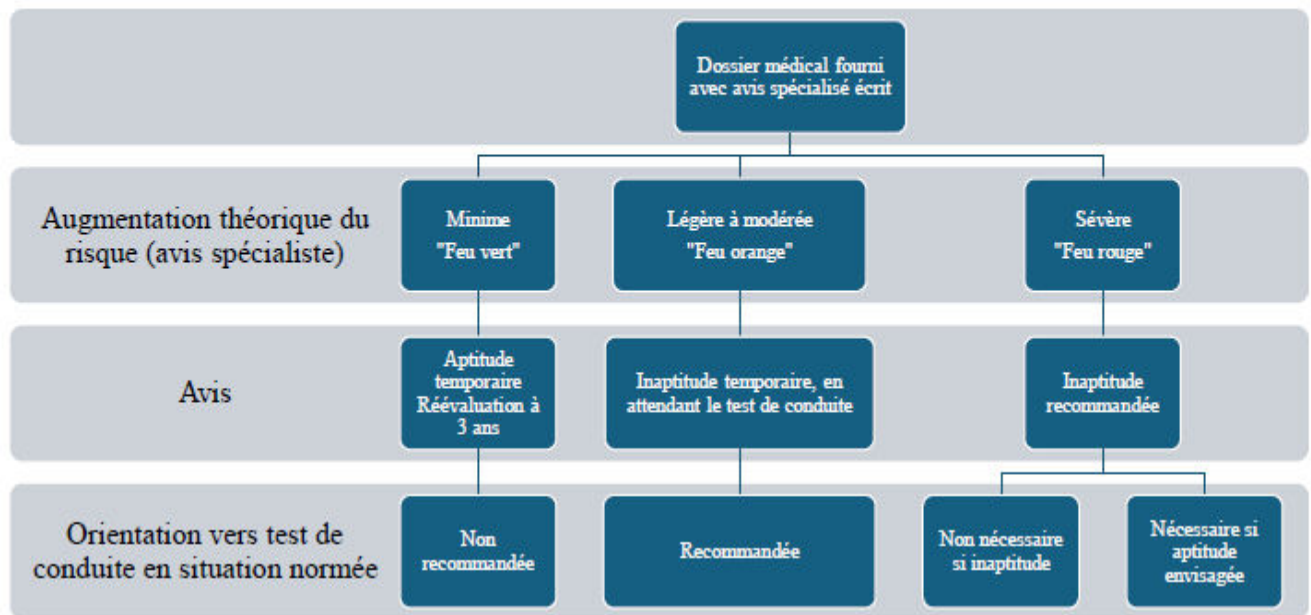
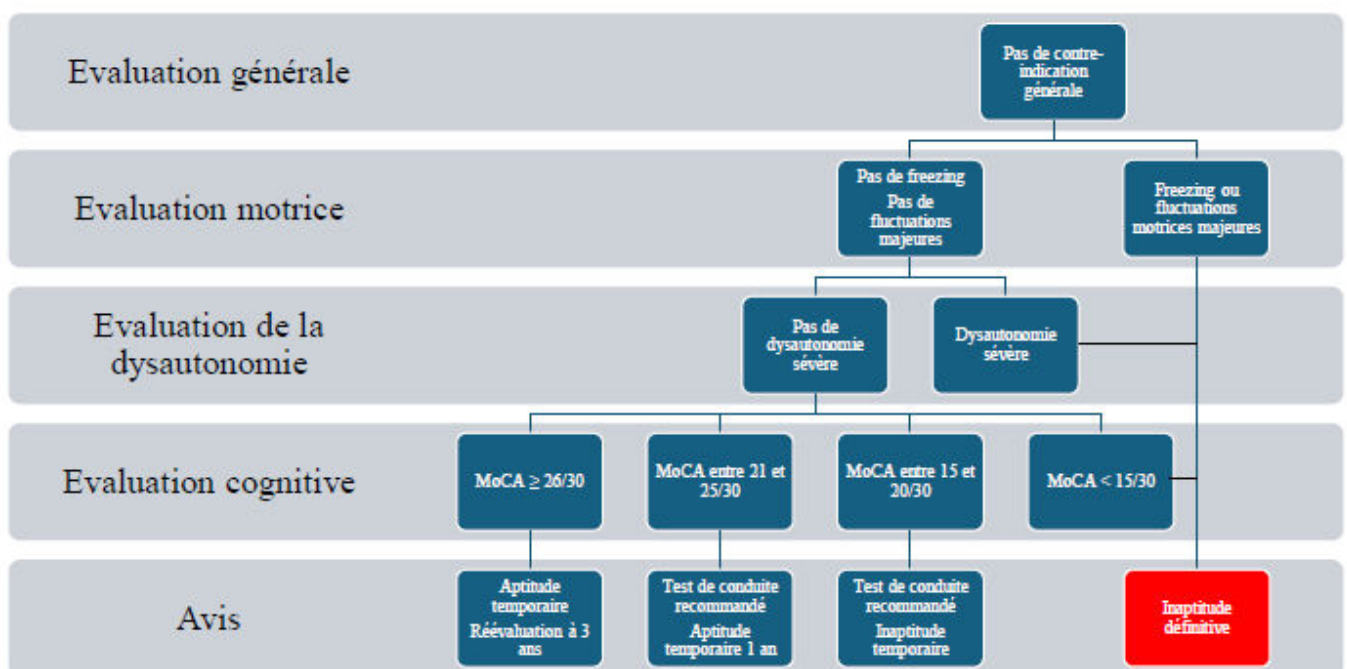


Figure 2 / Arbre décisionnel pour le médecin agréé sans avis spécialisé



III. Discussion

L'évaluation de l'aptitude à la conduite d'une personne atteinte de MP doit faire partie de l'évaluation de l'autonomie du patient, au même titre que les autres actes instrumentaux de la vie quotidienne, tout au long du cours évolutif de la maladie. Cette question doit être abordée dans une perspective de soin.

Le médecin est à l'interface entre la réglementation qui vise à assurer le niveau de sécurité des citoyens sur la route et les attentes des personnes atteintes de MP qui souhaitent garder leur liberté pour assurer la mobilité qu'elles connaissent depuis de nombreuses années. Le sujet ne relève pas du seul neurologue ou gériatre, mais de tout médecin ou soignant qui intervient auprès d'une personne atteinte de MP.

Depuis le nouvel arrêté ministériel du 28 mars 2022, le médecin agréé devient un acteur obligatoire dans le parcours de soin de la personne atteinte de MP et de son entourage. Il sera rencontré à plusieurs reprises pendant de nombreuses années. L'instauration d'une relation de confiance entre le médecin agréé et la personne atteinte de MP apparaît donc comme d'intérêt majeur, dès la première rencontre, afin que la personne comprenne qu'il est de son intérêt personnel et de l'intérêt collectif que son aptitude à la conduite automobile soit régulièrement évaluée.

En début de maladie, l'évaluation est souvent simple car les symptômes sont légers et peu invalidants. Le risque à la conduite est proche de celui d'une personne du même âge non atteinte par la MP (ce que nous avons qualifié de situation « feu vert »). Bien que le texte de l'arrêté indique que les « signes (neurologiques) doivent être évalués en fonction des conséquences fonctionnelles et de leur évolutivité » pour les faire considérer comme source d'incompatibilité potentielle à la conduite, et donc nécessiter l'avis d'un médecin agréé, il nous semble en l'état actuel du texte plus prudent de conseiller à toute personne atteinte de MP de faire la démarche auprès d'un médecin agréé (Cf. l'éclairage juridique en annexe 6). Dès le diagnostic de MP posé, il existe en effet des signes neurologiques susceptibles d'avoir un impact sur le risque à la conduite. Faire évaluer par un médecin neurologue ou gériatre ce niveau de risque et faire ensuite valider l'aptitude à la conduite dans la situation « feu vert » par un médecin agréé protégera de toute contestation de l'assureur quant à la validité du permis de conduire.

Avec l'évolution, la situation devient complexe en raison de la multiplicité des facteurs impliqués : moteurs, cognitifs, psychiatriques, dysautonomie, trouble de la vigilance, et médicamenteux... Si l'un d'eux isolément altéré de façon légère n'est pas inquiétant, l'impact du cumul des facteurs sur l'aptitude à la conduite peut être difficile à établir (nous avons qualifié cette situation « feu orange »). Une évaluation pluridisciplinaire est alors nécessaire : médecin généraliste, neurologue ou gériatre, neuropsychologue, orthoptiste... Le test de conduite en conditions réelles reste le « *gold standard* » de l'évaluation de l'aptitude à la conduite. Le recours à celui-ci se heurte néanmoins à la faiblesse des ressources disponibles ; nous avons précisé les situations où cette évaluation est importante.

Lorsque la maladie est évoluée, la sévérité de l'atteinte d'un seul facteur (par exemple, troubles cognitifs sévères ou altération motrice sévère) peut suffire à indiquer un risque élevé d'accident et donc recommander l'arrêt de la conduite (nous avons qualifié cette situation « feu rouge »).

Aussi riche que soit la littérature sur le sujet de l'aptitude de la conduite des personnes atteintes de MP, les tests utilisés varient selon les publications et les seuils discriminatifs proposés ne sont pas consensuels. Nous avons essayé de nous y référer autant que faire se peut. Les évaluations proposées se veulent un guide et n'ont en aucun cas un caractère obligatoire ou opposable. L'analyse et l'appréciation du médecin, en particulier des spécialistes qui ont une bonne expérience de la MP, gardent une place importante.

L'arrêt de la conduite automobile est souvent vécu comme une perte d'autonomie. L'orientation vers des modes alternatifs de déplacement est à aborder dès que sont constatés les prémices d'une réduction de l'aptitude à la conduite. L'idéal est que la personne ait commencé à développer une mobilité indépendante de la conduite individuelle en amont du moment lors duquel cette dernière devra être cessée.

L'aptitude à la conduite peut être modulée par le médecin agréé : distance, vitesse, horaire, types de voies empruntées... En l'absence d'une quelconque donnée de littérature, cette modulation proposée par le médecin agréé reposera sur le bon sens et les capacités du patient : éviter les voies rapides si le patient présente un ralentissement psychomoteur, éviter la conduite de nuit en cas de baisse de vision, etc.

Si cela n'a pas été fait au préalable, toute recommandation d'arrêt prononcée par l'équipe soignante doit s'accompagner d'orientation vers des alternatives à la conduite adaptées au mode de vie et à l'environnement de la personne. Depuis l'arrêté ministériel, un certain nombre de patients évoquent spontanément ou optent pour des véhicules légers ne nécessitant pas de permis de conduire. Bien que cela leur permette de contourner l'obstacle médico-légal de l'arrêté ministériel du 28.03.2022, le risque d'accident sur la voie publique semble tout aussi élevé car leurs incapacités restent les mêmes.

Seul le médecin agréé est légalement autorisé à prononcer l'aptitude ou l'inaptitude à la conduite. Le médecin traitant et le neurologue ou gériatre peuvent cependant lui donner des indications quant au niveau de risque à la conduite : risque peu différent d'une personne du même âge sans MP (« feu vert »), présence de signes d'alerte (« feu orange ») ou risque majeur (« feu rouge »). Tout médecin qui intervient auprès d'une personne lui doit une information claire et loyale. Il doit donc lui rappeler que l'arrêté ministériel du 28 mars 2022 indique une suspension de la conduite jusqu'à validation du permis par le médecin agréé si des signes neurologiques sont manifestes et susceptibles d'altérer l'aptitude à la conduite. Aucune information ne doit être transmise directement au médecin agréé par le médecin

traitant ou le spécialiste ; elle doit être remise à la personne malade uniquement. Enfin, toute information donnée doit être consignée dans le dossier médical pour assurer la traçabilité de l'information donnée.

Ces recommandations sont issues d'un travail pluridisciplinaire (neurologues, neuropsychologues, infirmières en pratiques avancées, spécialistes de MP), basé sur la littérature scientifique actuellement disponible sur le sujet. Celle-ci aborde un certain nombre de sujets et permet de répondre à certaines questions. Mais plusieurs limitations sont constatées : le niveau de preuve n'est parfois pas du plus haut degré, les groupes de sujets sont parfois de faible importance, etc. Il y a aussi et toujours la question de la fiabilité du diagnostic des patients car, en l'absence de biomarqueurs biologiques, le diagnostic repose encore à ce jour sur un degré de probabilité clinique. Il n'est donc pas impossible que des patients avec syndrome parkinsonien atypique se soient glissés dans les groupes des patients étiquetés « Maladie de Parkinson ». De plus, certaines études se basent sur des questionnaires ou sur des tests sur simulateur ; or, le *gold standard* de l'évaluation à la conduite reste le test en condition réelle. Quel en est l'impact ? La question du rythme de réévaluation, cruciale en pratique de routine, n'est absolument pas traitée dans la littérature. De même, la modulation de l'aptitude à la conduite (vitesse, types de voies de circulation, durée de conduite, horaire...) n'a pas été étudiée dans les études disponibles.

Ces recommandations sont donc vouées à être réévaluées et amendées au fur et à mesure du progrès des connaissances, des évolutions technologiques des véhicules disponibles et de la législation.

IV. Conclusions

Il importe à tout médecin (et au sens large à tout soignant) d'évaluer l'aptitude à la conduite d'une personne atteinte de MP tout au long de l'évolution de la maladie. Cette évaluation est à faire dans une perspective de soins, avec bienveillance. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé d'apprécier des niveaux de risque à la conduite plus que de nous prononcer sur un niveau d'aptitude à la conduite. Chaque fois que cela a été possible, nous nous sommes appuyés sur les données basées sur les preuves disponibles pour établir ces recommandations.

Ces recommandations ont pour objectif d'aider neurologues et gériatres, médecins généralistes et médecins agréés dans cette évaluation.

Points essentiels

L'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile doit faire partie de l'évaluation de l'autonomie du patient, tout au long du cours évolutif de la maladie de Parkinson. Elle doit se faire dans un état d'esprit médical, bienveillant ; elle est obligatoire (arrêté ministériel 28.3.22).

L'évaluation doit porter sur l'état moteur (fluctuations motrices, freezing), cognitif (notamment des troubles visuospatiaux/visuoconstructifs, et exécutifs), la somnolence et la dysautonomie, les prises médicamenteuses (niveau 2 – 3). Il ne faut pas omettre les autres causes d'augmentation du risque indépendantes de la MP. Cette évaluation doit être renouvelée régulièrement tout au long du cours évolutif, et à chaque changement de l'état du patient. Le niveau de risque peut être gradée sur 3 échelons :

- . Surrisque minime, soit un « feu vert » à la conduite. La réévaluation se fera dans les 3 ans.
- . Surrisque modéré, soit un « feu orange » à la conduite. La réévaluation devra être plus rapprochée, tous les 1 à 2 ans au maximum. L'étalon or pour cette situation reste le test de conduite en conditions réelles.
- . Surrisque majeur, soit un « feu rouge » à la conduite. Il existe une contre-indication manifeste à la conduite car le risque d'accident est majeur, la conduite doit être stoppée.

Pour les patients avec traitements dits « de deuxième ligne », l'évaluation est analogue. En cas de stimulation cérébrale profonde, on peut recommander une pause de 6 semaines dans les suites de la chirurgie (6 mois en cas de conduite pour raisons professionnelles). En cas de syndrome parkinsonien

atypique, nous recommandons une cessation de la conduite, ou à tout le moins une restriction forte et une réévaluation plus rapprochée.

L'arrêt de la conduite peut être source de complications importantes (fléchissement thymique, institutionnalisation) ; il importe de l'anticiper et d'en réduire les conséquences autant que possible. Toute recommandation de restriction ou d'abandon de la conduite automobile doit être accompagnée de conseils et d'accompagnement vers d'autres formes de mobilité pour maintenir autant que possible l'autonomie du patient.

Le neurologue ou le gériatre n'ont pas le droit d'interdire la conduite. Ils ont le devoir d'informer le patient et de le conseiller, de lui indiquer la majoration du risque en lien avec la maladie. Tout avis (oral ou écrit) à destination du médecin agréé doit être transmis au patient et à ses proches uniquement. L'information se doit d'être adaptée à chaque patient, et donc doit être orale ; une information écrite de complément est la bienvenue mais ne suffit pas en soi. L'information apportée doit être consignée et datée dans le dossier médical du patient.

V. Membres du groupe de travail, remerciements et liens d'intérêts

V.1. Groupe de travail

- Philippe DAMIER, CHU Nantes, Centre expert Parkinson des Pays de la Loire, Service de neurologie, CIC 1413, Nantes (coordonnateur)
- Brice LAURENS, CHU de Bordeaux, Institut des Maladies Neurodégénérative Clinique, Centre Expert Parkinson, Bordeaux, France (rédacteur du premier draft).
- Cécilia BONNET, Cabinet libéral Versailles, France
- Marie BONNET, CHU de Bordeaux, Institut des Maladies Neurodégénérative Clinique, Centre Expert Parkinson, Bordeaux, France
- Gwendoline DUPONT, Centre hospitalier universitaire François Mitterrand, Département de Neurologie, Université de Bourgogne, Dijon, France
- Margherita FABBRI, Department of Clinical Pharmacology and Neurosciences, Clinical Investigation Center CIC1436, Toulouse Parkinson Expert Centre, Toulouse NeuroToul Center of Excellence in Neurodegeneration (COEN), University of Toulouse 3, CHU of Toulouse, INSERM, Toulouse, France
- Pauline PRIN, CHU Montpellier, Service de Neurologie, CEPMo, Pôle Neurosciences Tête et Cou, Montpellier, France
- Joanna RUGGERI, Institut de Neurologie, Centre Expert Parkinson, CHU Pitié Salpêtrière, Sorbonne Université, Paris, France

V.2. Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec ces recommandations.

V.3. Remerciements

Les auteurs remercient la SOFMA, pour la confiance qui leur a été témoignée en leur confiant la mission de ce travail.

Ils remercient particulièrement les collègues qui nous ont apporté des informations sur la législation en vigueur dans leur pays : Pr. Espen Dietrichs, Department of Neurology Oslo University Hospital and University of Oslo, Norway; Dr. Marta Blázquez Estrada, Neurology Department Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, Spain; Pr Tove Henriksen Bispebjerg Hospital, Copenhagen University , Copenhagen, Denmark; Pr. Evzen Ruzicka and Dr. Petr Holly Dept. of Neurology and Center of Clinical

Neuroscience, First Faculty of Medicine, Charles University Czech Republic; Dr Rui Araujo Hospital de São Francisco Porto; Pr. Guido Alves Stavanger University Hospital Norway; Dr. Martijn Beudel Amsterdam UMC, Amsterdam, Netherlands ; Dr. Vladimír Haň. Neurologická klinika, Univerzita P.J.Šafárika v Košiciach Košice, Slovenská republika; Dr. Magdolna Bokor Parkinson Centrum Budapest Hungary; Dr. Alexander Milovidov Tartu University Hospital Tartu, Estonia; Pr. Sokratis Papageorgiou Medical School, National & Kapodistrian University of Athens, Greece; Pr. David Crosiers Faculty of Medicine and Health Sciences University of Antwerp Belgium; Dr. Pierre Kolber Centre Hospitalier de Luxembourg ; Dr. Susanne Gottschling Langenfeld Germany.

Les auteurs remercient particulièrement Madame Sonia Desmoulin-Canselier pour l'éclairage juridique apporté sur le texte de loi et nos recommandations, et Madame Julie ERRAUD autrice du diagramme en « toile d'araignée ».

Ils remercient l'Association France Parkinson, et particulièrement, Monsieur Jean-Louis Dufloux, Président, et Madame Amandine Lagarde, Directrice Générale, pour les échanges qui ont contribué à l'amélioration du texte définitif de ces recommandations.

Ils remercient aussi leurs collègues de travail dans leurs unités respectives pour leurs précieux conseils.

Ils remercient enfin tous les patients auprès desquels ils apprennent tant au quotidien.

VI. Bibliographie

1. Thompson, T. *et al.* Driving impairment and crash risk in Parkinson disease: A systematic review and meta-analysis. *Neurology* **91**, (2018).
2. Uc, E. Y. *et al.* Real-life driving outcomes in Parkinson disease. *Neurology* **76**, 1894–1902 (2011).
3. Uc, E. Y., Rizzo, M., O'Shea, A. M. J., Anderson, S. W. & Dawson, J. D. Longitudinal decline of driving safety in Parkinson disease. *Neurology* **89**, 1951–1958 (2017).
4. Chihuri, S. *et al.* Driving Cessation and Health Outcomes in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* **64**, 332–341 (2016).
5. Pellichero, A., Lafont, S., Paire-Ficout, L., Fabrigoule, C. & Chavoix, C. Barriers and facilitators to social participation after driving cessation among older adults: A cohort study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* **64**, 101373 (2021).
6. Masse, F., Carpentier-Postel, S. & Oliveau, S. Approche lexicométrique des opinions relatives aux modes de transport : application aux enquêtes ménages-déplacements de Marseille et Nice. *Recherche Transports Sécurité* **2020**, (2020).
7. Marottoli, R. A. *et al.* Driving Cessation and Increased Depressive Symptoms: Prospective Evidence from the New Haven EPESE. *Journal of the American Geriatrics Society* **45**, 202–206 (1997).
8. Marottoli, R. A. *et al.* Consequences of driving cessation: decreased out-of-home activity levels. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* **55**, S334-340 (2000).
9. Brock, P. *et al.* Driving and Parkinson's Disease: A Survey of the Patient's Perspective. *JPD* **12**, 465–471 (2022).
10. Heikkilä, V.-M., Turkka, J., Korpelainen, J., Kallanranta, T. & Summala, H. Decreased driving ability in people with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* **64**, 325–330 (1998).
11. Wood, J., Worringham, C., Kerr, G., Mallon, K. & Silburn, P. Quantitative assessment of driving performance in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **76**, 176–180 (2005).
12. Crizzle, A. M., Classen, S. & Uc, E. Y. Parkinson disease and driving: An evidence-based review. *Neurology* **79**, 2067–2074 (2012).
13. Ranchet, M., Paire-Ficout, L., Marin-Lamellet, C., Laurent, B. & Broussolle, E. Impaired updating ability in drivers with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* **82**, 218–223 (2011).
14. Álvarez, F. J. Parkinson's disease, antiparkinson medicines, and driving. *Expert Rev Neurother* **16**, 1023–1032 (2016).
15. Vaux, L. M., Ni, R., Rizzo, M., Uc, E. Y. & Andersen, G. J. Detection of imminent collisions by drivers with Alzheimer's disease and Parkinson's disease: A preliminary study. *Accident Analysis & Prevention* **42**, 852–858 (2010).
16. Classen, S., National Highway Traffic Safety Administration, & American Occupational Therapy Association. Consensus statements on driving in people with Parkinson's disease. *Occup Ther Health Care* **28**, 140–147 (2014).
17. Jitkrisadukul, O. & Bhidayasiri, R. Physicians' role in the determination of fitness to drive in patients with Parkinson's disease: systematic review of the assessment tools and a call for national guidelines. *J Clin Mov Disord* **3**, 14 (2016).
18. Chou, K. L. *et al.* The spectrum of “off” in Parkinson's disease: What have we learned over 40 years? *Parkinsonism & Related Disorders* **51**, 9–16 (2018).
19. Lazeras, C. *et al.* Why and how to evaluate driving abilities in patients with neurodegenerative diseases? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* **19(2)**, 191–201 (2021).
20. Uc, E. Y. *et al.* Impaired visual search in drivers with Parkinson's disease. *Annals of*

Neurology **60**, 407–413 (2006).

21. Fenelon, G. Hallucinations in Parkinson's disease: Prevalence, phenomenology and risk factors. *Brain* **123**, 733–745 (2000).
22. Galvin, J. E., Pollack, J. & Morris, J. C. Clinical phenotype of Parkinson disease dementia. *Neurology* **67**, 1605–1611 (2006).
23. Canadian Council of Motor Transport Administrators. Determining Driver Fitness in Canada.
<https://www.ccmta.ca/web/default/files/PDF/National%20Safety%20Code%20Standard%206%20-%20Determining%20Fitness%20to%20Drive%20in%20Canada%20-%20February%202021%20-%20Final.pdf> (2012).
25. Fründt, O. *et al.* Do Impulse Control Disorders Impair Car Driving Performance in Patients with Parkinson's Disease? *Journal of Parkinson's Disease* **12**, 2261–2275 (2022).
26. Avanzi, M. *et al.* The thrill of reckless driving in patients with Parkinson's disease: An additional behavioural phenomenon in dopamine dysregulation syndrome? *Parkinsonism & Related Disorders* **14**, 257–258 (2008).
27. Buhmann, C. *et al.* Impact of Deep Brain Stimulation on Daily Routine Driving Practice in Patients with Parkinson's Disease. *Parkinson's Disease* **2015**, 1–9 (2015).
28. Buhmann, C., Vesper, J. & Oelsner, H. [Driving ability in Parkinson's disease]. *Fortschr Neurol Psychiatr* **86**, 43–48 (2018).
29. Bucur, M. & Papagno, C. Deep Brain Stimulation in Parkinson Disease: A Meta-analysis of the Long-term Neuropsychological Outcomes. *Neuropsychol Rev* **33**, 307–346 (2023).
30. Fründt, O. *et al.* Prospective controlled study on the effects of deep brain stimulation on driving in Parkinson's disease. *npj Parkinsons Dis.* **9**, 105 (2023).
31. Büla, C., Eyer, S., Favrat, B. & Monod, S. Conduite automobile et troubles cognitifs : comment anticiper ? *Revue Médicale Suisse* **7**, 2184–2189 (2011).
32. Devos, H. *et al.* Driving and off-road impairments underlying failure on road testing in Parkinson's disease. *Movement Disorders* **28**, 1949–1956 (2013).
33. Stamatelos, P., Economou, A., Yannis, G., Stefanis, L. & Papageorgiou, S. G. Parkinson's Disease and Driving Fitness: A Systematic Review of the Existing Guidelines. *Movement Disord Clin Pract* mdc3.13942 (2024).
34. Esser, P. *et al.* Utility of the MOCA as a cognitive predictor for fitness to drive. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **87**, 567–568 (2016).
35. Freund, B., Gravenstein, S., Ferris, R., Burke, B. L. & Shaheen, E. Drawing clocks and driving cars: Use of brief tests of cognition to screen driving competency in older adults. *J Gen Intern Med* **20**, 240–244 (2005).
36. Uc, E. Y. *et al.* Road safety in drivers with Parkinson disease. *Neurology* **73**, 2112–2119 (2009).
37. Grace, J. *et al.* Neuropsychological deficits associated with driving performance in Parkinson's and Alzheimer's disease. *J. Inter. Neuropsych. Soc.* **11**, 766–775 (2005).
38. Charmley, A. R., Kimber, T., Mahant, N. & Lehn, A. Driving restrictions following deep brain stimulation surgery. *BMJ Neurol Open* **3**, e000210 (2021).
39. Benton, A.L., Varney, N.R., & Hamsher, K.D. Visuospatial judgment. A clinical test. *Archives of neurology* **35**, 364–367 (1978).
40. Amick, M., Grace, J. & Ott, B. Visual and cognitive predictors of driving safety in Parkinson's disease patients. *Archives of Clinical Neuropsychology* **22**, 957–967 (2007).
41. Gagnon, S. Le vieillissement réussi et la conduite automobile : et si la relation était bidirectionnelle ? *Revue de neuropsychologie* **2**, 98–105 (2010).
42. Devos, H. *et al.* Predictors of fitness to drive in people with Parkinson disease. *Neurology* **69**, 1434–1441 (2007).

43. Lafont, S. *et al.* The Wechsler Digit Symbol Substitution Test as the Best Indicator of the Risk of Impaired Driving in Alzheimer Disease and Normal Aging. *Dement Geriatr Cogn Disord* **29**, 154–163 (2010).
44. Johns, M. W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* **14**, 540–545 (1991).
45. Marques, A. *et al.* French validation of the questionnaire for Impulsive-Compulsive Disorders in Parkinson's Disease–Rating Scale (QUIP-RS). *Parkinsonism & Related Disorders* **63**, 117–123 (2019).
46. Jalenques, I. *et al.* The MOVES (Motor tic, Obsessions and compulsions, Vocal tic Evaluation Survey): cross-cultural evaluation of the French version and additional psychometric assessment. *J Neurol* **265**, 678–687 (2018).
47. George, P. *et al.* The clinical and neuroimaging differences between vascular parkinsonism and Parkinson's disease: a case-control study. *BMC Neurol* **24**, 56 (2024).
48. Thomas, P. *et al.* Intérêt du GPCog pour le repérage d'une population âgée à risque élevé de démence. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement* **4**, 69–77 (2006).
49. Classen, S. *et al.* Useful Field of View as a Reliable Screening Measure of Driving Performance in People With Parkinson's Disease: Results of a Pilot Study. *Traffic Injury Prevention* **10**, 593–598 (2009).
50. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* **17**:427–442 (1967).
51. Nasreddine, Z. S. *et al.* The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* **53**, 695–699 (2005).

VII. Annexes

VII.1. Annexe 1 : Questionnaire pour les patients

FICHE PATIENT

Date : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____ Année du diagnostic de la Maladie : _____

Depuis l'arrêté du 28 mars 2022 relatifs à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite, les personnes atteintes de maladie de Parkinson avec des troubles neurologiques susceptibles d'avoir un impact sur la conduite doivent se présenter pour une visite médicale devant un médecin agréé, qui statuera sur votre aptitude à conduire.

La liste des médecins agréés est disponible sur internet ou à la préfecture de votre département. Cette consultation n'est pas prise en charge dans le cadre de l'Affection Longue durée, elle est payante (36 € en 2024).

Le médecin agréé peut vous demander de présenter l'avis écrit de votre neurologue pour statuer sur votre (in)aptitude à la conduite. Il peut également vous demander de passer des épreuves psychotechniques ou un test de conduite en conditions réelles auprès d'un professionnel d'auto-école. Enfin, il a le droit de conditionner la validation du permis selon certaines restrictions (distances, vitesse, conduite supervisée, etc.).

Le neurologue ou le médecin traitant n'a pas le droit d'adresser de courrier médical directement au médecin agréé ; tout document vous concernant doit lui être remis par vous-même ou vos accompagnants.

Afin de préparer la consultation avec votre neurologue et/ou le médecin agréé, voulez-vous remplir de la manière la plus sincère les 11 questions suivantes. Ces derniers mois :

	Oui	Non
1. Avez-vous rencontré des difficultés d'orientation dans le trafic ?		
2. Avez-vous ressenti de la somnolence, par exemple lors d'un arrêt au feu rouge ?		
3. Avez-vous rencontré des difficultés à stationner la voiture ?		
4. Avez-vous eu parfois des douleurs ou difficultés à bouger les membres entravant la conduite automobile ?		
5. Avez-vous des blocages (moments « OFF ») imprévisibles ou des mouvements incontrôlés imprévisibles ?		
6. Avez-vous été impliqué dans des incidents évités de justesse ou des « quasi-collisions » ?		
7. Avez-vous eu des altercations ou des réprimandes d'autres usagers de la route lorsque vous étiez au volant ?		
8. Avez-vous eu des accrochages ?		
9. Vous sentez vous sûr au volant vis-à-vis de votre propre sécurité et celle des autres ?		
10. Vos proches vous ont-ils fait des remarques évoquant leur inquiétude lorsque vous êtes au volant ?		
11. Souhaiteriez-vous être « mis en situation » avec l'aide d'une auto-école pour tester vos aptitudes à conduire ?		

Le jour du rendez-vous chez le médecin agréé, vous devez apporter :

- L'ensemble des courriers et des comptes-rendus médicaux à votre disposition
- Le formulaire CERFA n° 14880*01
- Une pièce d'identité et une photocopie
- Le permis de conduire et une photocopie
- Deux photos d'identité
- Votre carte d'invalidité (si vous possédez une)

Manière générale lors de la conduite

- Privilégiez les trajets courts dans un environnement familier
- Évitez les situations à risque, par exemple : les heures des pointes, la nuit, conditions météorologiques défavorables...
- Installez-vous confortablement, et évitez les manteaux ou d'autres accessoires qui pourraient entraver vos gestes.
- Soyez attentif aux variations de vos capacités au cours de la journée (fatigue, après le repas, fluctuations).
- Limitez les sources de distraction comme la musique ou la conversation avec les passagers.
Éteignez (ou passez en mode « avion ») systématiquement votre téléphone portable.
- Si possible, ne conduisez pas seul, notamment sur les trajets longs.
- N'hésitez pas à demander conseil à autrui, ou à renouveler quelques cours de conduite en auto-école.

VII.2. Annexe 2 : Questionnaire pour les accompagnants

FICHE ACCOMPAGNATEUR

Date : Lien avec le patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance du patient :

Année du diagnostic de la Maladie :

Depuis l'arrêté du 28 mars 2022 relatifs à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite, les personnes atteintes de maladie de Parkinson avec des troubles neurologiques susceptibles d'avoir un impact sur la conduite doivent se présenter pour une visite médicale devant un médecin agréé, qui statuera sur votre aptitude à conduire.

La liste des médecins agréés est disponible sur internet ou à la préfecture de votre département. Cette consultation n'est pas prise en charge dans le cadre de l'Affection Longue durée, elle est payante (36 € en 2024).

Le médecin agréé peut demander au patient de présenter l'avis écrit du neurologue pour statuer sur l'(in)aptitude à la conduite. Il peut également demander de passer des épreuves psychotechniques ou un test de conduite en conditions réelles auprès d'un professionnel d'auto-école. Enfin, il a le droit de conditionner la validation du permis selon certaines restrictions (distances, vitesse, conduite supervisée, etc.).

Le neurologue ou le médecin traitant n'a pas le droit d'adresser de courrier médical directement au médecin agréé ; tout document doit être remis au patient ou à son aidant si le patient en est d'accord, puis au médecin par le patient ou ses accompagnants.

Afin de préparer la consultation avec le neurologue et/ou le médecin agréé, voulez-vous remplir de la manière la plus sincère les 11 questions suivantes. Ces derniers mois :

	Oui	Non
1. A-t-elle/il rencontré des difficultés d'orientation dans le trafic ?		
2. A-t-elle/il présenté de la somnolence, par exemple lors d'un arrêt au feu rouge ?		
3. A-t-elle/il rencontré des difficultés à stationner la voiture ?		
4. A-t-elle/il eu parfois des douleurs ou difficultés à bouger les membres entravant la conduite automobile ?		
5. A-t-elle/il des blocages (moments « OFF ») imprévisibles ou des mouvements incontrôlés imprévisibles ?		
6. A-t-elle/il été impliqué(e) dans des incidents évités de justesse ou des « quasi-collisions » ?		
7. A-t-elle/il eu des altercations ou des réprimandes d'autres usagers de la route lorsqu'elle/il était au volant ?		
8. A-t-elle/il eu des accrochages ?		
9. Pensez-vous qu'elle/il se sente sûr(e) au volant vis-à-vis de sa propre sécurité et celle des autres ?		
10. Avez-vous ressenti voire évoqué une inquiétude lorsqu'elle/il est au volant ?		
11. Pensez-vous nécessaire une « mise en situation » avec l'aide d'une auto-école pour tester ses aptitudes à conduire ?		

VII.3. Annexe 3 : Fiche « fin de consultation » pour avis du spécialiste

ÉVALUATION PERSONNALISEE A LA CONDUITE AUTOMOBILE

Diagnostic :

Durée d'évolution de la maladie :

Date de l'évaluation : ____/____/____ Neurologue : Dr.

Contact :

CRITERES MOTEURS

1. Évaluation motrice en OFF des signes axiaux :

Absents (Hoehn et Yahr $\leq 2,5$) || Présents (H & Y = 3) || Sévères (H & Y ≥ 4) ||

2. Évaluation des fluctuations motrices selon l'échelle UPDRS IV

Prévisibles (tous les items ≤ 1) || Imprévisibles et/ou sévère (≥ 1 item coté ≥ 2) ||

3. Évaluation d'un freezing : Absent || Dopa-sensible || Dopa-résistant ||

CRITERES DE SOMNOLENCE ET DE DYSAUTONOMIE

1. Somnolence diurne excessive :

Absente (Epworth ≤ 10) || Présente (Epworth ≥ 11) ||

2. Dysautonomie cardiovasculaire :

Absente || Asymptomatique || Symptomatique ||

CRITERES COGNITIFS :

1. Efficience cognitive globale : MoCA (versions 7 ou 8) = / 30 (+1 point si scolarité < 12 ans)

Normale (≥ 26) || Légère à modérée || Sévère (≤ 15) ||

2. Trail Making Test de type B :

Temps de passation : secondes Nombre d'erreurs :

Normal || Altération légère à modérée || Sévère (> 180 sec ou ≥ 3 erreurs) ||

TROUBLES DU CONTROLE DES IMPULSIONS : Absent || Présent ||

TROUBLES NEUROLOGIQUES ASSOCIES (cf. paragraphes de l'arrêté ministériel du 28/03/2022)

Troubles de la coordination	☐	Traumatisme crânien, lésions cérébrales non évolutives	☐
Epilepsie	☐	Autre affection cérébrale évolutive	☐
AVC	☐		

MEDICAMENTS : Prise de médicaments, psychotropes ou non, à risques :

Oui ||

Non ||



COMORBIDITES (cf. les paragraphes correspondants de l'arrêté)

Cardiaque || Trouble de l'équilibre ||

Diabète || Trouble du sommeil ||

Altération fonction visuelle || Addiction / Toxiques ||

Altération fonction auditive || Trouble psychiatrique grave ||

ORL et respiratoire ||

Commentaires

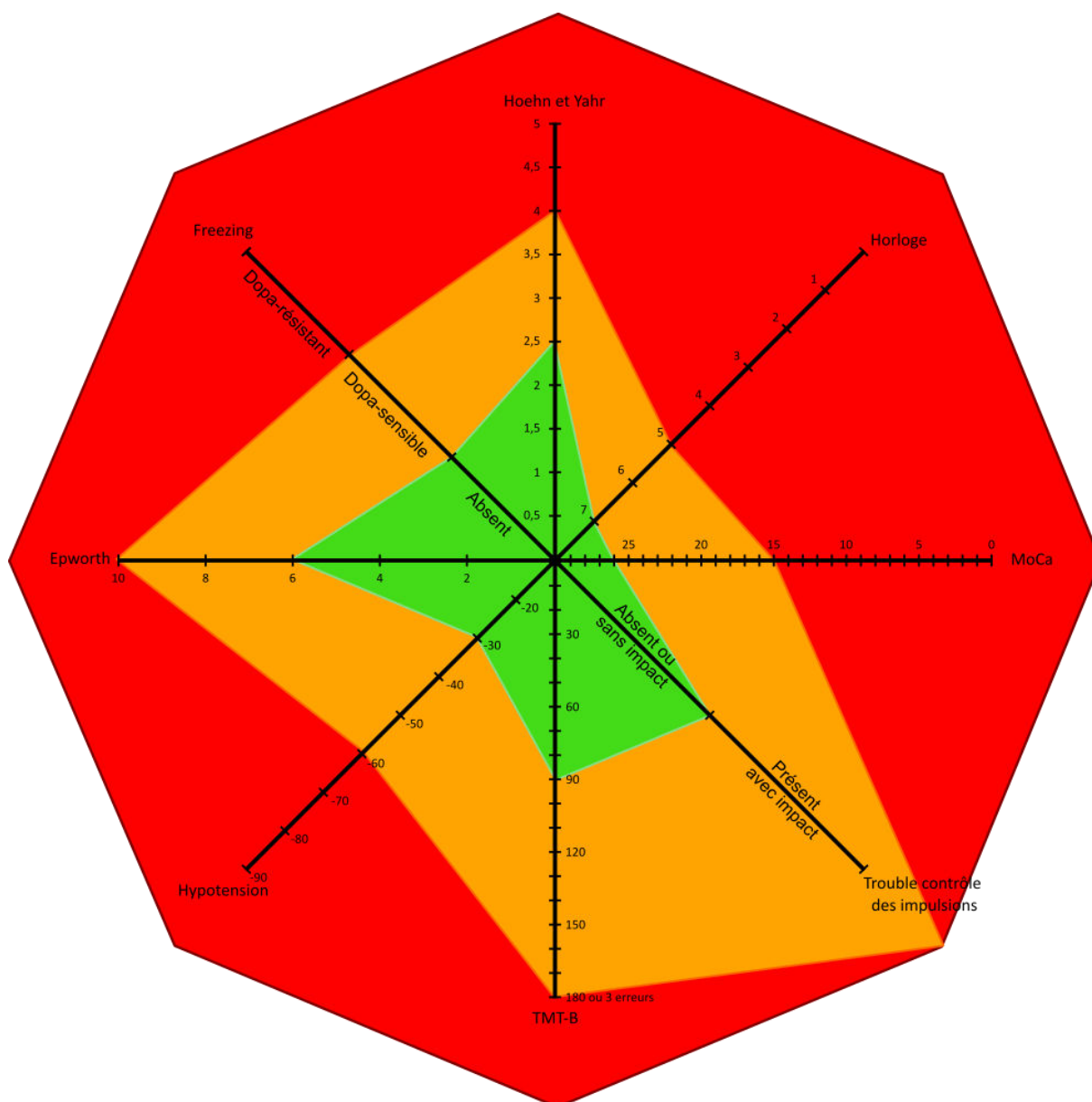
MAJORATION DU RISQUE THEORIQUE LORS DE LA CONDUITE EN LIEN AVEC LA MALADIE DE PARKINSON :

Minime ☐

Légère à modérée ☐

Sévère : contre-indication à la conduite ☐

Commentaires :



Interprétation	Conduite à tenir
Vert	Pas de restriction particulière à recommander
Jaune	Surrisque d'accidents et/ou d'erreurs de conduite. Recommandation de validation conditionnelle du permis ou d'interdiction de conduire si cumul de plusieurs marqueurs de risque
Rouge	Surrisque d'accidents majeur ; recommandation d'interdiction de conduire

VII.4. Annexes 4 : Échelles cliniques

VII.4.1. Échelle motrice d'Hoehn et Yahr⁵⁰

Stade	Manifestations cliniques
0	Aucun signe
1	Atteinte unilatérale n'entraînant pas (ou minime) handicap dans la vie quotidienne
2	Atteinte unilatérale ou axiale sans instabilité posturale
2,5	Atteinte bilatérale légère à modérée : une certaine instabilité posturale
3	Atteinte bilatérale : atteinte des réflexes posturaux mais malade autonome
4	Handicap sévère mais possibilité de marche ou station debout sans aides
5	Malade en chaise roulante ou alité, non autonome

VII.4.2. Test de la MoCA⁵¹

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)

Version 8.1 Français

Nom :

Scolarité :

Sexe :

Date de naissance :

DATE :

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner une HORLOGE (Onze heures et dix minutes) (3 points)		POINTS	
				[] [] [] Contour Chiffres Aiguilles		___/5	
DÉNOMINATION							
						___/3	
MÉMOIRE		Lire la liste de mots, le sujet doit la répéter. Faire 2 essais même si le 1^{er} essai est réussi. Faire un rappel après 5 minutes.					
		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	PAS DE POINT
1 ^{ER} ESSAI							
2 ^E ESSAI							
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/sec.). Le sujet doit la répéter dans le même ordre. [] 2 1 8 5 4 Le sujet doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2					
		Lire la série de lettres. Le sujet doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de points si ≥ 2 erreurs. [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					
		Soustraire série de 7 à partir de 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 soustractions correctes: 3 pts, 2 ou 3 correctes: 2 pts, 1 correcte: 1 pt, 0 correcte: 0 pt					
		___/3					
LANGAGE		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []					
		___/2					
		Fluidité du langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 mots)					
		___/1					
ABSTRACTION		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle					
		___/2					
RAPPEL		(MIS) Doit se souvenir des mots SANS INDICE VISAGE VELOURS ÉGLISE MARGUERITE ROUGE Points pour rappel SANS INDICE seulement					
X3		[]	[]	[]	[]	[]	MIS = ___/15
X2							
X1							
Memory Index Score (MIS)							___/5
ORIENTATION		[] Date [] Mois [] Année [] Jour [] Endroit [] Ville					
		___/6					
© Z. Nasreddine MD		www.mocatest.org		MIS: /15 (Normal ≈ 26/30)		TOTAL	___/30
Administré par :		Entraînement et certification requis pour assurer la précision.		Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans			

BOX 1 : La MoCA (Montreal Cognitive Assessment)

Reproduit de « *Recommandations sur l'accompagnement et l'orientation des patients conducteurs atteints (ou suspects) de maladie d'Alzheimer ou apparentée* », avec l'aimable autorisation de la [Fédération des Centres Mémoire](#)

Le « risque cognitif » lors de la conduite est essentiellement médié par les fonctions exécutives et les capacités visuo-spatiales, soit des fonctions autres que mnésiques qui est la forme d'entrée dans la maladie la plus fréquente. L'ensemble des besoins cognitifs reste sous-tendu par les capacités attentionnelles. Cet élément est toujours à prendre en compte.

Les parties « visuospatial/exécutif » et « attention » de la MoCA évaluent donc des capacités cognitives primordiales, les plus sujettes à majorer le risque d'erreur de conduite. Plus particulièrement, le mini TMT, la copie du cube, le placement visuospatial des chiffres et des aiguilles dans le dessin de l'horloge, l'empan envers, et le « tapping » sur la lettre A sont les sous-tests les plus sensibles dans le cadre de l'évaluation des capacités cognitives en lien avec la conduite automobile.

A contrario, l'ensemble des compétences phasiques (dénomination, répétition de phrases), le calcul, la fluence, l'abstraction, et la mémoire épisodique verbale, tels qu'évalués dans la MoCA, s'ils sont altérés isolément, ne sembleraient pas augmenter le risque d'accident de la route.

A noter, un défaut de répétition de la phrase peut ne pas être un problème phasique mais peut aussi être le témoin d'une faiblesse de la mémoire de travail, qui est importante lors de la conduite d'un véhicule. Il apparaît donc important, au stade « TNCM au stade léger », d'évaluer le risque lié à la conduite selon les altérations cognitives (mnésiques vs. dysexécutives, visuospatiales, praxiques...) plutôt que sur la simple notion d'altération des activités instrumentales ou non.

Une MoCA $\geq 26/30$ est normale. Il est important de rappeler qu'il faut augmenter le score total d'un point si le patient a un parcours scolaire de moins de 12 ans des années d'étude à partir de la classe préparatoire en France. **Indépendamment du score total, il est nécessaire de tenir en compte l'analyse qualitative du test (quels domaines cognitifs sont altérés selon l'explication ci-dessus).**

Il existe plusieurs versions de la MoCA :

- Celles permettant d'éviter l'effet test/retest (ex : 7.1, 7.2 et 7.3) s'il venait à être nécessaire de l'administrer plusieurs fois successivement. Il existe aussi plus de 100 traductions différentes.
- Une variante pour les sujets de bas niveau socio-éducatif (≤ 5 ans de scolarité) indépendamment de l'alphabétisation ; il faut rajouter un point si ≤ 4 ans de scolarité ou si illettrisme.
- Une version compatible avec des cas de déficience visuelle ou auditive. Cela étant dit, une déficience visuelle importante contre-indique en soit la conduite (Classe II de l'arrêté ministériel du 28 mars 2022). Cette version de la MoCA pourra éventuellement être utilisée en cas de déficience auditive, qui ne contre-indique pas la conduite en soit (classe III de l'arrêté ministériel du 28 mars 2022).
- Il existe une version très courte (5 min) administrable par téléphone que nous ne recommandons pas pour le sujet en question.

VII.4.3. Test de l'horloge (selon Freund et collaborateurs³⁵)

Document explicatif de la fiche d'évaluation du Médecin généraliste

Le test du dessin de l'horloge évalue un ensemble de fonctions cognitives, notamment celles impliquées dans l'activité de conduite automobile (capacités visuospatiales et fonctions exécutives). L'équipe de Freund et al. (2005) retrouve une corrélation entre le score au test du dessin de l'horloge et les performances de conduite automobile sur simulateur.

Consigne :

La consigne peut être écrite et répétée autant de fois que nécessaire. Aucun indice ne doit être donné.

« Veuillez dessiner le cadran d'une horloge. Inscrivez tous les chiffres à l'intérieur. Veuillez indiquer qu'il est onze heures et dix minutes. »

Cotation :

Indication de l'heure /3	• Une aiguille pointe le « 2 » (ou une représentation du « 2 ») • Les deux aiguilles sont présentes, aucune aiguille en surplus, • Absence de marques intrusives (écriture ou aiguilles indiquant une heure incorrecte, aucune aiguille sur le 10, temps écrit dans le texte...)
Chiffres /2	• Les chiffres sont tous situés à l'intérieur du cercle de l'horloge • Tous les numéros 1 à 12 sont présents, pas de doublons ou omissions
Espacement /2	• Chiffres espacés de manière égale ou presque égale entre eux • Chiffres espacés de manière égale ou presque égale par rapport au bord du cercle
Total /7	<i>Zone grise : 5-6/7 Score d'alerte : <5/7</i>

Reproduit de « Recommandations sur l'accompagnement et l'orientation des patients conducteurs atteints (ou suspects) de maladie d'Alzheimer ou apparentée », avec l'aimable autorisation de la Fédération des Centres Mémoire

VII.4.4. Échelle d'évaluation de la somnolence d'EPWORTH ⁴⁴

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

Situation	Chance de s'endormir			
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

TOTAL :

VII.4.5. Trail Making Test types A et B

BOX 2 : Le Trail Making Test de type A et de type B

Le Trail Making Test (TMT) est un outil neuropsychologique couramment utilisé pour évaluer les fonctions cognitives, en particulier la flexibilité mentale, la vitesse de traitement de l'information, et la capacité d'attention. Il est aussi sous-tendu par des capacités visuospatiales intègres. Il s'agit donc d'un test particulièrement indiqué dans le cadre de l'évaluation de l'aptitude cognitive à la conduite dans un contexte de maladie de Parkinson, car ce sont les fonctions cognitives les plus altérées par la maladie, les plus mises en jeu dans la conduite automobile, et c'est un des tests au meilleur niveau de preuve dans l'évaluation de l'aptitude cognitive à la conduite.

Il est composé de deux parties : le TMT-A et le TMT-B.

- La partie A évalue principalement la vitesse de traitement et la capacité à maintenir l'attention en reliant des numéros séquentiellement. Le patient doit le faire le plus rapidement possible.
- La partie B évalue principalement la flexibilité cognitive en demandant au participant de relier dans l'ordre respectivement croissant et en alternance des numéros et des lettres (1-A-2-B-3-C-4-D, etc.). Le patient doit le faire le plus rapidement et le plus exactement possible.

Le test doit être administré dans un environnement calme, sans distractions, en position confortable, assis à une table, le test placé directement devant lui. Il faut expliquer au participant qu'il doit relier les numéros dans l'ordre séquentiel aussi rapidement que possible, sans lever le crayon. Il s'entraîne sur l'exemple A, puis réalise la tâche sur les 25 numéros, de manière chronométrée. Si le participant commet une erreur, il faut l'interrompre, lui expliquer son erreur, et il reprend à partir du dernier numéro correct.

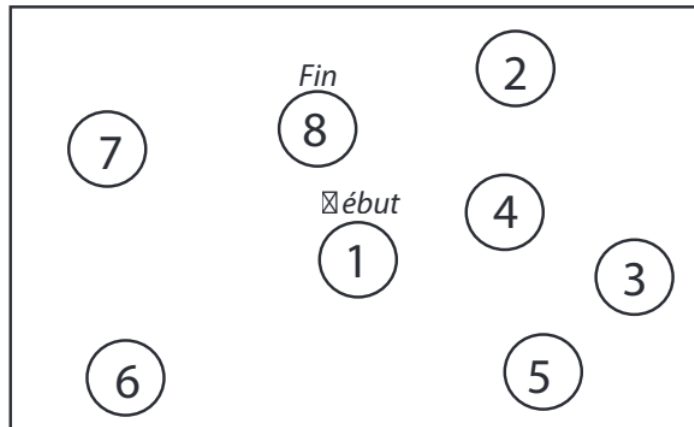
Ensuite, il faut expliquer la passation du TMT-B : il faut dorénavant alterner entre les numéros et les lettres, dans l'ordre respectivement croissant. Il faut là aussi expliquer l'objectif de le faire aussi rapidement que possible, sans lever le crayon, et sans erreur si possible. Il faut prévenir le patient qu'on l'arrêtera si l'on détecte une erreur et qu'il reprendra à partir de la dernière connexion correcte. Le patient s'entraîne sur l'exemple B, puis réalise la partie B, toujours chronométrée.

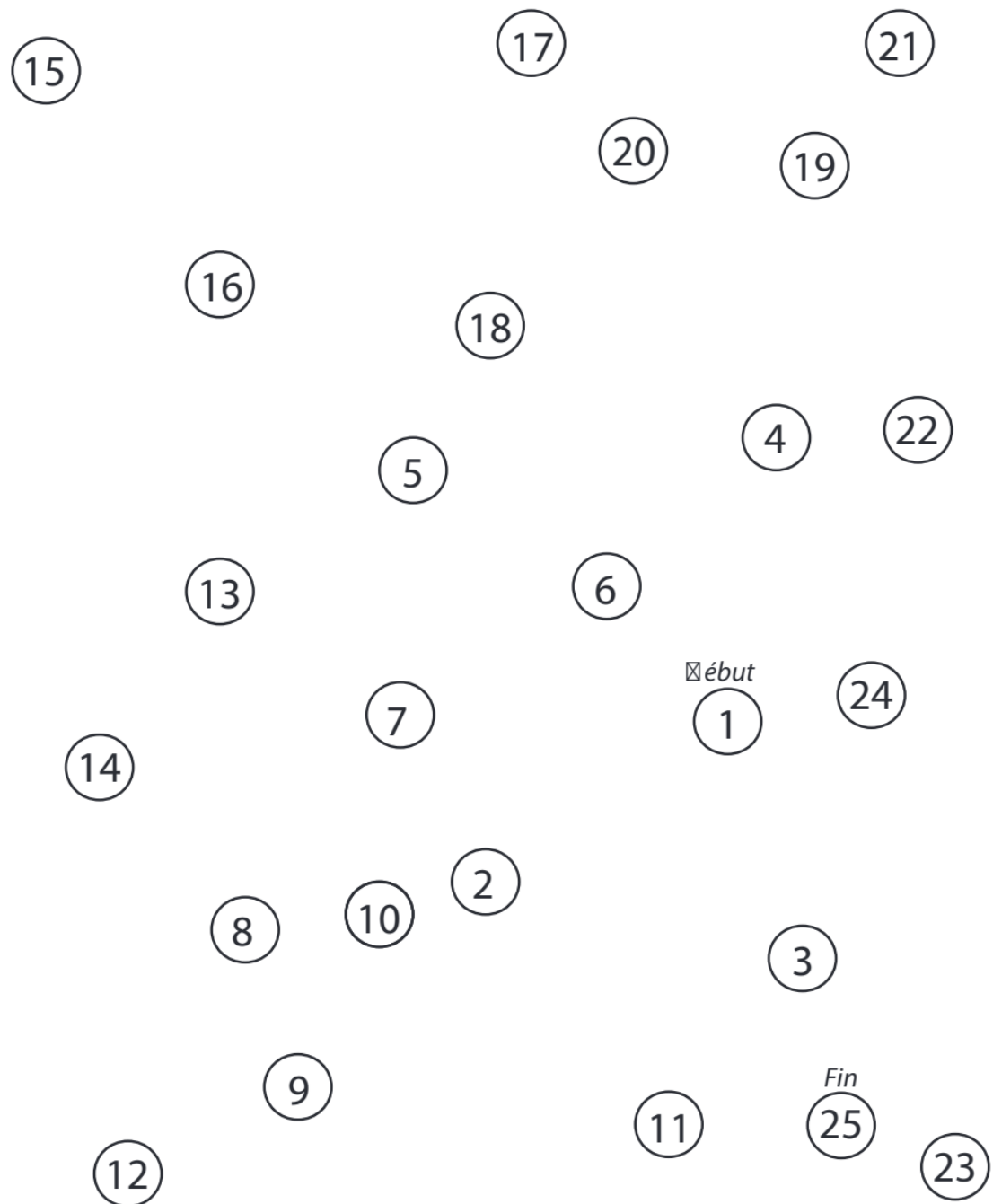
Tout allongement du temps de passation du TMT-A ou B est associé à une augmentation du risque d'erreur majeure de conduite et/ou d'accident. **A partir de 3 erreurs et/ou d'un temps de passation > 180 secondes du TMT-B, le risque devient majeur.**

Trail Making Test

Parti A

EXEMPLE A

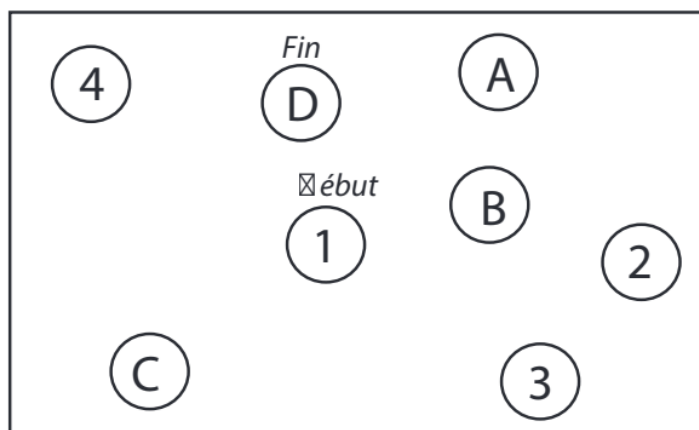


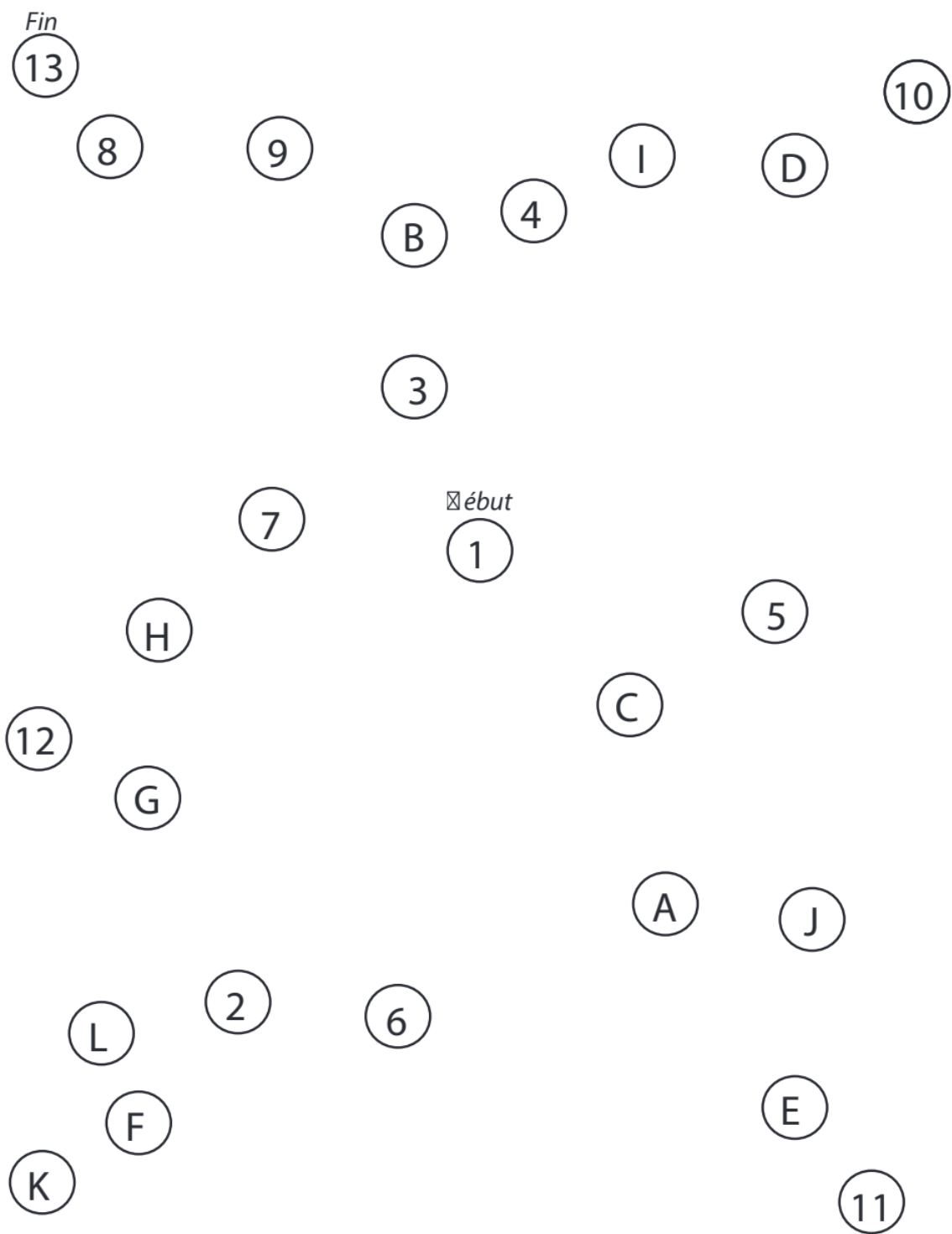


Trail Making Test

Parti B

EXEMPLE B





VII.4.6. Échelle d'évaluation des troubles du contrôle des impulsions dans la Maladie de Parkinson (QUIP-RS)⁴⁵

Ne tenir compte que des conduites qui ont duré > 4 semaines sur les 6 derniers mois

JEU

- Selon vous ou votre entourage, votre activité a-t-elle été considérée comme excessive en ce qui concerne le jeu (par exemple fréquentation des casinos, jeux sur internet, loto, jeux de grattage, paris, machines à sous, ou poker) ?
|| [1] Oui || [0] Non
- Avez-vous présenté une difficulté à vous contrôler lorsque vous jouez (ex. augmentation de leur fréquence au fil du temps, difficulté à les restreindre ou à les arrêter) ?
|| [1] Oui || [0] Non

SEXE

- Selon vous ou votre entourage, votre activité sexuelle a-t-elle été considérée comme excessive (ex. faire des propositions pressantes aux autres, masturbation, recherche de promiscuité, prostitution, changement d'orientation sexuelle, téléphone rose, consultation de sites internet, de littérature ou de films à caractère pornographique) ?
|| [1] Oui || [0] Non
- Selon vous ou vos proches, avez-vous pensé porter une attention excessive à votre activité sexuelle (ex. avoir du mal à s'empêcher d'y penser ou présenter un sentiment de culpabilité à son égard) ?
|| [1] Oui || [0] Non

ACHAT

- Selon vous ou votre entourage, votre activité a-t-elle été considérée comme excessive en ce qui concerne vos comportements d'achat (ex. achat de choses déjà en votre possession ou de choses qui ne sont pas nécessaires, ou qui sont inutiles) ?
|| [1] Oui || [0] Non
- Avez-vous utilisé certaines astuces pour pouvoir continuer vos comportements d'achat ? (ex. dissimuler ce que vous êtes en train de faire, mentir, emprunter, voler, accumuler des dettes ou être impliqué dans des actes illégaux) ?
|| [1] Oui || [0] Non

ALIMENTATION

- Selon vous ou votre entourage, votre activité a-t-elle été considérée comme excessive en ce qui concerne votre comportement alimentaire (ex. absorption d'une quantité excessive de nourriture par rapport à vos habitudes, modifications des goûts alimentaires, manger de façon gloutonne jusqu'à vous sentir mal à l'aise, ou boulimie ou glotonnerie sans avoir faim) ?
|| [1] Oui || [0] Non
- Avez-vous éprouvé un besoin ou un désir irrésistible de manger, bien que vous soyez conscient du caractère excessif de ce besoin ou bien que cela vous mette mal à l'aise (ex. difficulté à rester en place ou irritabilité lorsque l'activité de manger ne peut être réalisée) ?
|| [1] Oui || [0] Non

AUTRES COMPORTEMENTS

Selon vous ou les autres, avez-vous consacré trop de temps...

- A certaines tâches particulières, hobbies ou autres activités organisées (ex. écriture, peinture, jardinage, réparation ou démontage d'appareils ou d'objets, utilisation de l'ordinateur, travaux sur des projets, etc.) ?
☐ [1] Oui ☐ [0] Non
- A faire certaines activités de façon répétitive (ex. nettoyer, repasser, trier, mettre en ordre, manipuler, ranger des objets, etc.) ?
☐ [1] Oui ☐ [0] Non
- A marcher ou conduire sans objectif défini ou but précis ?
☐ [1] Oui ☐ [0] Non

TRAITEMENT (uniquement si présence d'un traitement)

- Selon vous ou selon les autres ou votre médecin, avez-vous pris des doses trop importantes de médicaments contre la Maladie de Parkinson ?
☐ [1] Oui ☐ [0] Non
- Avez-vous présenté de la difficulté à contrôler la prise de vos traitements contre la Maladie de Parkinson (ex. éprouver un besoin intense d'augmenter leur dose, ou se sentir de moins bonne humeur ou moins motivé lorsque les doses sont plus faibles) ?
☐ [1] Oui ☐ [0] Non

VII.5. Médicaments et conduite

La législation concernant les médicaments et la conduite est bien définie. Tout médicament dispose d'une classification du risque en 3 niveaux. Cette classification apparaît sous la forme d'un pictogramme sur la boîte du médicament.

Tous les antiparkinsoniens sont classé « Niveau 2 ».

Les benzodiazépines, fréquemment prescrites dans la MP, sont toutes classées « Niveau 3 ».

	Risque	Incidence	Principales molécules
	Faible	Pas d'incidence sur l'accidentologie	Mélatonine (seul hypnotique de classe 1)
	Réel	Peut remettre en cause la capacité à conduire	Antiparkinsoniens (tous) Traitements symptomatiques de la MA (tous) Neuroleptiques oraux (tous) Dérivés morphiniques (tous) Antiépileptiques (la plupart)
	Majeur	Conduite formellement déconseillée	Benzodiazépines (toutes) Neuroleptiques injectables

VII.6. Eclairage juridique

Eléments d'éclairage concernant l'interprétation de l'arrêté du 28 mars 2022 fixant la liste des affections médicales incompatibles ou compatibles avec ou sans aménagements ou restrictions pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée

Sonia Desmoulin, DR CNRS, UMR 6297 Nantes Université

L'arrêté du 28 mars 2022 qui fixe la liste des affections incompatibles à la conduite automobile ou appelant des aménagements ou restrictions fait apparaître dans le tableau des affections des troubles neurologiques liés à une atteinte du système nerveux central ou périphérique, dont la maladie de Parkinson. Interrogée à ce sujet, la délégation à la sécurité routière semble indiquer que tant qu'il n'y a aucun trouble neurologique pouvant influencer sur la conduite ou que les troubles sont corrigés par le traitement, sans effet secondaire autre que négligeable, le patient conducteur a la possibilité de continuer à conduire et que l'item « troubles neurologiques liés à une atteinte du système nerveux central ou périphérique » (4.4.5) n'est pas coché. Selon cette interprétation, la personne n'aurait donc pas nécessairement à faire valider son permis auprès d'un médecin agréé.

Plusieurs éléments méritent d'être relevés pour bien comprendre la situation réglementaire.

1) L'article 1er de l'arrêté du 28 mars 2022 retient une formulation très générale

Il est ainsi rédigé :

"La conduite d'un véhicule terrestre à moteur requiert une aptitude physique, cognitive et sensorielle.

Le conducteur apprécie sa capacité à conduire au regard de ses affections médicales, de son état de fatigue et de vigilance, de sa capacité de mobilité, de la prise de médicaments ou de substances psychoactives, dans le respect de l'article R. 412-6 susvisé.

Le conducteur atteint de certaines affections médicales est soumis à un contrôle médical, conformément à l'article R. 226-1 susvisé. Les annexes I et II fixent la liste des affections médicales qui requièrent un contrôle médical.

Au sens du présent arrêté « l'affection médicale » comprend les pathologies, symptômes, handicaps ou déficits sensoriels susceptibles d'affecter l'aptitude médicale à la conduite et « l'usager » désigne le candidat ou le titulaire du permis de conduire."

Il peut être déduit de ce texte que contrairement au conducteur non-atteint des affections médicales figurant en annexes, le conducteur atteint d'une des affections visées n'apprécie plus seul sa capacité à conduire, mais doit se soumettre à un contrôle médical dédié.

L'article 3 de l'arrêté va dans le même sens, puisqu'il dispose que *"Le candidat au permis de conduire, atteint de l'une des affections médicales mentionnées à l'annexe I ou II, le déclare lors de son inscription au moyen de la télé-procédure « demande de permis de conduire ». Dans ce cas, le candidat sollicite l'avis d'un médecin agréé sur son aptitude médicale à la conduite."*

Dès lors, que la maladie de Parkinson est mentionnée en annexes 1 et 2 de l'arrêté (dans le tableau des affections médicales des groupes 1 et 2, au point 4.4.5 "autres troubles neurologiques liés à une atteinte du système nerveux central notamment si lésions cérébrales acquises évolutives"), on peut en déduire que toute personne atteinte de la maladie de Parkinson devrait solliciter un examen médical préalable (dans les termes et conditions prévus par les annexes).

2) L'arrêté du 28 mars 2022 évoque les signes pathologiques ayant des conséquences fonctionnelles

L'annexe 1 de l'arrêté du 28 mars 2022 précise que la classe IV *"Pathologies neurologiques-psychiatriques-addiction"* vise des situations *"d'altération des facultés cognitives"* ou des situations où la pathologie *"se manifeste par des signes moteurs, sensitifs, sensoriels, trophiques ou perturbant l'équilibre et la coordination"*, tout en précisant que ces derniers signes doivent être évalués *"en fonction des conséquences fonctionnelles ou de leur évolutivité"*. Cette précision est à lire à la lumière de l'alinéa 4 de l'article 1er, indiquant qu'il faut entendre par *"affection médicale"* dans ce contexte celles qui sont *"susceptibles d'affecter l'aptitude médicale à la conduite"*.

Cette formulation ouvre la porte à une interprétation considérant que le diagnostic sans constat de *"signes"* en lien avec des *"conséquences fonctionnelles"* (ici entendues au sens de conséquences pour la conduite) n'impliquerait pas une déclaration spécifique ni un examen préalable par un médecin agréé: la maladie de parkinson figurerait à la fois, selon son degré d'expression symptomatique dans les *"affections médicales"* de l'alinéa 2 et dans les affections médicales de l'alinéa 3 renvoyant aux annexes 1 et 2.

Selon cette interprétation, l'article 1er devrait être lu comme impliquant que la personne qui a été diagnostiquée d'une maladie listée en annexe, mais qui ne présente pas de signes de troubles fonctionnels altérant sa conduite automobile relève du second alinéa (la 2e phrase) et non du troisième.

L'interprétation de la délégation routière revient ainsi à confier au conducteur le soin d'évaluer lui-même si les *"signes"* - donc les symptômes - qui sont susceptibles d'avoir des *"conséquences fonctionnelles"* altérant la qualité de conduite d'un véhicule et d'assumer en conséquence son erreur en cas d'accident.

Cette position peut se défendre juridiquement. On peut toutefois lui opposer plusieurs arguments :

a) l'argument de cohérence : l'arrêté prévoit deux niveaux de gravité et la maladie de Parkinson est visée dans les deux cas, c'est donc que le pouvoir réglementaire a déjà prévu des cas de symptômes légers et des cas de symptômes plus lourds. En prévoyant que les patients atteints de Parkinson seraient parfois en mesure de ne pas se soumettre à une évaluation médicale par un médecin agréé, la délégation de la sécurité routière crée en quelque sorte une troisième catégorie – celle d'un régime super léger qui permet de rejoindre la catégorie des personnes ne souffrant pas d'une pathologie neurologique listée;

b) l'argument téléologique : le pouvoir réglementaire a entendu prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter la survenance d'accident automobile par une évaluation médicale par un médecin agréé. Laisser le patient apprécier lui-même s'il est en état de conduire revient à prendre le risque d'une sous-évaluation du danger par les personnes concernées. Ceci semble *a fortiori* se justifier lorsque le patient est sous traitement médicamenteux.

Si la mesure avait pour seul objet la protection de la personne (contre les risques qu'elle encourt en choisissant de s'exposer au danger), on pourrait considérer que l'interprétation de la délégation de la sécurité routière est compatible avec l'idée que la personne peut librement choisir de ne pas se prévaloir d'une disposition adoptée dans son intérêt. Toutefois, tel n'est pas le cas, puisqu'un accident de la circulation expose d'autres personnes à un risque important de dommage et de décès. L'objectif poursuivi par le pouvoir réglementaire est donc bien celui de la sécurité publique et c'est cet objectif qui devrait prévaloir, en minimisant les risques par une interprétation conduisant à systématiser l'examen médical d'aptitude préalable.

3) L'arrêt rendu par le Conseil d'Etat le 29 septembre 2023 (Conseil d'État, 5ème - 6ème chambres réunies, 29/09/2023, 464677 : consultable sur le site web Légifrance)

Cet arrêt statue sur le recours de plusieurs associations, y compris France Parkinson, visant à faire annuler l'arrêté du 28 mars 2022 pour excès de pouvoir, en faisant valoir qu'il serait incompatible avec la convention relative aux droits des personnes handicapées, à la charte sociale européenne et la directive 2006/126/CE sur le permis de conduire. Or, le Conseil d'Etat

rejette la requête en articulant plusieurs arguments qui semblent aller précisément dans le sens des critiques qui pourraient être adressées à l'interprétation de la délégation à la sécurité routière.

Le Conseil d'Etat souligne ainsi que la directive 2006/126/CE indique que *"le permis de conduire ne doit être délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur atteint d'une affection neurologique grave, sauf si la demande est appuyée par un avis médical autorisé"*. Il insiste également plusieurs fois sur *"l'objectif d'intérêt général d'assurer la sécurité des usagers de la route"*, ce qui le conduit à considérer qu'il n'est pas disproportionné pour atteindre cet objectif de prévoir des mesures d'incompatibilité temporaire.

Le Conseil d'Etat vise spécifiquement le problème de la maladie de Parkinson pour laquelle les symptômes *"apparaissent de manière variable selon les patients, de sorte qu'il n'est pas aisé de distinguer des stades nettement identifiés en fonction desquels une classification plus fine des hypothèses dans lesquelles des avis d'incompatibilité et de compatibilité temporaire ou définitive devraient être émis. Par suite, les auteurs de l'arrêté pouvaient légalement confier au médecin agréé le soin d'apprécier les conséquences sur l'aptitude à la conduite des troubles révélés par l'examen."*

Par ailleurs, l'argument d'un droit fondamental à la mobilité tiré de la convention sur les droits des personnes handicapées se heurte au constat que cette convention s'adresse aux Etats et non aux particuliers.

Au regard de ces différents éléments, on peut conclure qu'une interprétation prudente de l'arrêté du 28 mars 2022 va dans le sens d'une consultation d'un médecin agréé le plus tôt possible après le diagnostic. Bien que l'interprétation du texte par la délégation de la sécurité routière puisse être considérée comme faisant autorité, il faut en effet prendre conscience du fait que cette interprétation peut paraître contraire à l'impératif de sécurité publique et qu'elle ne protège guère le conducteur puisque c'est lui qui expose sa responsabilité en cas d'accident, y compris au regard l'article 1^{er} de l'arrêté du 28 mars 2022.