



1^{er} juillet 2018

V 1.3 fr

Referenz/Aktenzeichen: 511.5-00005/00001

Annexe 4

Recommandations concernant l'appréciation de l'aptitude lors de maladies importantes en médecine des transports

**Examens d'aptitude médicale pour personnes aux activités
déterminantes pour la sécurité dans le domaine ferroviaire selon
l'OCVM¹ et l'OAASF²**

Office fédéral des transports OFT

¹ SR 742.141.21 Ordonnance du DETEC sur l'admission à la conduite de véhicules moteurs des chemins de fer (OCVM)

² SR 742.141.22 Ordonnance sur les activités déterminantes pour la sécurité dans le domaine ferroviaire (OASF)

Table des matières

1	Partie : Diabète sucré.....	4
2	Partie : Maladies cardiovasculaires	7
2.1	Maladies coronariennes	7
2.2	Hypertension artérielle.....	11
2.3	Maladies artérielles occlusives périphériques (MAOP)	12
2.4	Troubles du rythme cardiaque et anomalies de l'ECG	13
2.5	Valvulopathies.....	16
2.6	Syncopes à cause méconnue.....	18
3	Partie : Maladies neurologiques.....	19
3.1	Epilepsie.....	19
3.1.1	Première crise, provoquée ou non	19
3.1.2	Epilepsie manifeste	20
3.2	Blessures à la tête ou opérations du cerveau	20
3.3	Maladies cérébro-vasculaires / accident vasculaire cérébral	21
3.4	Néoplasies cérébrales	21
3.5	Maladies neuro-dégénératives	22
3.6	Sclérose en plaques.....	22
3.7	Maladie de Menière et autres cas de vertiges récurrents.....	23
3.8	Syndrome des apnées du sommeil.....	23
3.9	Narcolepsie	23
3.10	Syncopes à cause méconnue.....	23
4	Partie : Maladies psychiatriques	24
4.1	Troubles affectifs (troubles unipolaires, dépressifs)	24
4.2	Troubles manico-dépressifs.....	25
4.3	Troubles névrotiques, somatoformes et dus au stress.....	25
4.4	Schizophrénie, troubles schizoïdes et psychotiques	26
4.5	Troubles psychiques d'origine organique.....	26
5	Partie : Toxicomanies	28
5.1	Abus d'alcool et dépendance à l'alcool.....	29
5.2	Abus de stupéfiants et dépendance aux drogues	30
5.3	Autres substances psychotropes	31
6	Partie : Médicaments.....	33
6.1	Médicaments psychotropes	33
6.1.1	Benzodiazépines	33
6.1.2	Barbituriques	34
6.1.3	Neuroleptiques	34
6.1.4	Antidépresseurs	35
6.1.5	Bupropion, Vareniclin Tartrat	35
6.1.6	Stimulants psychiques (méthylphénidate).....	35
6.2	Antiépileptiques	35
6.3	Antidiabétiques.....	36
6.4	Antihypertenseurs	36
6.5	Anti-arythmiques	36
6.6	Antihistaminiques	36
6.7	Analgésiques.....	36
6.8	Autres médicaments.....	37
7	Partie : Maladies du système gastro-intestinal	39
7.1	Maladies gastro-intestinales	39
7.2	Maladies hépatiques.....	39
8	Partie : Comportement en cas de don du sang.....	41
9	Partie : Pathologies oncologiques	42
9.1	Mélanome	44
9.2	Carcinome du colon et du rectum	44
9.3	Tumeur des testicules	45

9.4	Lymphome hodgkinien	45
9.5	Lymphome non-hodgkinien	46
9.6	Carcinome bronchique	47
9.7	Carcinome mammaire	47
9.8	Carcinome rénal	48
10	Partie : Maladies de l'appareil respiratoire	49
10.1	Asthme bronchique	49
10.2	Bronchite chronique obstructive (BCO) et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	49
10.3	Autres maladies pulmonaires chroniques avec restrictions fonctionnelles, y compris l'emphysème, pneumothorax récidivant	49
10.4	Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS).....	50

1 Partie : Diabète sucré

Degré d'exigences 1 et 2

Premier examen

Inaptitude

Exception : Dans le cas de candidats AS 2 âgés de plus de 35 ans, les exigences que pour les examens périodiques peuvent être appliquées si le diabète est bien équilibré et en l'absence de complications significatives (pas autorisé: Thérapie avec l'insuline basale ; glinides, gliclazide)

Degré d'exigences 3

Premier examen

Aptitude sous réserve (mêmes exigences que pour les examens périodiques)

Examens périodiques et examens extraordinaires

Les recommandations suivantes font office d'aide à la décision :

Remarques générales

En cas de diabète, la régulation du taux de glucose dans le sang doit être stable et ne pas entraîner d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie ayant des effets sur la conduite. Les contrôles médicaux réguliers ne doivent pas porter uniquement sur le contrôle du diabète, mais ils servent plutôt à dépister à temps les complications.

Contrôle du diabète

La valeur de l'HbA1C est idéalement < 6,5. Lors de valeurs > 7,5, on parle d'un mauvais équilibre de la glycémie.

Contrôles médicaux

Le médecin traitant devrait contrôler 4x par année le poids du corps, la glycémie à jeun et postprandiale, ainsi que l'HbA1C, y compris un screening de la microalbuminurie.

Il faut se renseigner spécifiquement sur les hypoglycémies subies par le patient. En outre, il faut vérifier que le patient s'autocontrôle. Examens supplémentaires: inspection des pieds et contrôle des pouls pédieux.

En plus des examens précités, il convient d'effectuer 1x par année les examens suivants: créatine sérique, cholestérol sérique, triglycérides à jeun, examen vasculaire détaillé, ECG, examen à la recherche d'une neuropathie périphérique et autonome. Selon indication, il faut procéder à d'autres examens supplémentaires (examen oculaire détaillé par un ophtalmologue, examen Doppler artériel, vitesse de conduction nerveuse).

Degré d'exigences 1 (avec obligation de détenir un permis)

Chaque personne dont le diabète sucré vient d'être diagnostiqué ou est mal équilibré doit être suspendue de ses fonctions jusqu'à ce que la thérapie soit suffisamment stabilisée.

Le principal risque pour la sécurité du transport est celui d'une hypoglycémie soudaine. L'aptitude de la personne dépend du type de la thérapie, de la possibilité de contrôler la maladie ainsi que de la formation et de la fiabilité de la personne.

Thérapie avec régime

Aptitude sous réserve

L'aptitude est admise pour les personnes qui sont bien équilibrées au moyen d'un régime pour diabétiques et qui n'ont pas de complications significatives, à condition de se soumettre à des contrôles réguliers (au moins annuels).

Thérapie avec des antidiabétiques oraux

- a) Biguanide metformine, acarbose, gliptines, glitazones (pioglitazone), incrétinomimétiques (c.-à-d. analogues du GLP1), inhibiteurs de la SGLT2 :

Aptitude sous réserve

En cas de monothérapie à la metformine ou à l'acarbose ou de traitement par thérapie combinée à la metformine *et* aux gliptines (inhibiteurs de la DPP4 et préparations combinées) ou au pioglitazone, aux incrétinomimétiques ou encore aux inhibiteurs de la SGLT2. Lorsque le diabète sucré est bien équilibré et que le patient présente une bonne compliance, l'aptitude peut être admise. Cela étant, la thérapie doit être commencée avant la reprise du travail et le patient doit bien connaître les effets du médicament et ses effets secondaires. L'aptitude n'est récupérée que lorsque la glycémie est régulée de manière stable, à condition que le patient se soumette à des contrôles réguliers effectués par un médecin-conseil (au moins annuels). Il est également nécessaire de s'assurer que le patient n'a pas souffert d'hypoglycémie sévère par le passé et qu'il n'a pas de problème de non-perception de l'hypoglycémie (voir les *Directives concernant l'aptitude et la capacité à conduire lors de diabète sucré* de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie).

- b) Sulfonylurées, glinides

Inaptitude

Il existe un risque de réaction hypoglycémique, notamment pour les personnes âgées ou en cas de fonction rénale réduite

Thérapie à l'insuline

Inaptitude

Diabète sucré avec complications (par ex. rétinopathie, néphropathie, angiopathie cérébrale, neuropathie périphérique)

Inaptitude

Degrés d'exigences 2 et 3 et degré d'exigences 1 (sans obligation de détenir un permis)

Thérapie avec régime

Aptitude sous réserve

Conditions : identiques à celles du degré d'exigences 1 (personnes soumises à l'obligation de détenir un permis)

Thérapie avec des antidiabétiques oraux: Metformine, acarbose, gliptines, pioglitazone, incrétinomimétiques (= analogues du GLP1), inhibiteurs de la SGLT2

Aptitude sous réserve

Conditions : identiques à celles du degré d'exigences 1 (personnes soumises à l'obligation de détenir un permis)

Thérapie seulement avec de l'insuline basale analogue 1x par jour ou avec des glinides ou du gliclazide

Aptitude sous réserve

Lorsque le diabète sucré est bien équilibré et que le patient présente une bonne compliance, il est possible de déclarer celui-ci apte, mais à certaines conditions. Celui-ci doit en effet commencer la thérapie avant la reprise du travail et bien connaître les effets du médicament et ses effets secondaires.

Délai d'attente de 3 mois : le patient n'est déclaré tout à fait apte que lorsque sa glycémie est régulée de manière stable et mesurée régulièrement et de manière documentée et qu'il comprend bien la maladie. Il faut pour cela que le patient se soumette à des contrôles réguliers (au moins annuels) effectués par un médecin-conseil. Il est essentiel de garder à l'esprit que les substances utilisées pour le traitement *ne doivent en aucun cas être combinées*.

Il est également nécessaire de s'assurer que le patient n'a pas souffert d'hypoglycémie sévère par le passé et qu'il n'a pas de problème de non-perception de l'hypoglycémie. Le patient doit avoir avec lui des hydrates de carbone dans un but prophylactique.

Thérapie avec insulines (à l'exception de l'insuline basale seule 1x par jour), sulfonylurées (à l'exception du gliclazide)

Inaptitude

(Dérogation possible pour les chefs-circulation cat. B après entente avec le service médical spécialisé de l'OFT)

2 Partie : Maladies cardiovasculaires

2.1 Maladies coronariennes

On parle de maladie coronarienne dans les cas suivants:

- Angine de poitrine anamnestique
- État postérieur à un infarctus du myocarde
- État postérieur à une angioplastie (PTCA) et à l'implantation d'un stent
- État postérieur à une revascularisation du myocarde
- Autres formes rares

Degré d'exigences 1

Premier examen

Inaptitude

Généralement, les personnes affectées d'une maladie coronarienne (voir ci-dessous) ne remplissent pas les conditions requises pour conduire un véhicule moteur en toute sécurité. Lorsqu'une personne en bonne santé présente des indices anamnestiques de maladie cardiaque, il faut impérativement se procurer les dossiers médicaux susceptibles de fournir des renseignements sur le diagnostic émis, la thérapie suivie et le pronostic. L'aptitude n'est pas admise lorsqu'il existe un risque de rechute, de progression de l'affection ou de dégradation soudaine de la performance. En règle générale, il faut procéder à un examen cardiologique.

Examen périodique, examen extraordinaire

Inaptitude

Le conducteur de véhicules moteurs du degré d'exigences 1 qui souffre d'une maladie coronarienne est considéré comme inapte. On peut envisager une reprise de l'activité professionnelle au plus tôt trois mois après l'événement (infarctus du myocarde, PTCA, PAC [pontage], angor manifeste). La reprise peut se faire plus tôt après une intervention coronarienne percutanée élective sans lésion myocardique si l'expertise cardiologique le permet. Les conditions requises pour conduire directement un véhicule moteur ne sont généralement plus remplies après le deuxième infarctus.

Conditions pour admettre une aptitude sous réserve et pour une reprise de l'activité de conducteur de véhicules moteurs du niveau d'exigences 1:

a) Critères subjectifs

Le patient

- ne doit pas avoir de douleurs et doit être capable d'effectuer une performance physique normale (monter trois étages rapidement sans s'arrêter),
- ne doit pas présenter de symptômes tels que dépression ou anxiété,
- doit bénéficier d'un environnement familial et social stable,
- doit se sentir prêt à remplir son cahier des charges.

b) Critères objectifs

- Anamnèse
 - Aucun traitement médicamenteux de la pathologie cardiovasculaire à l'exception de: bêtabloquants, antagonistes du calcium, nitrates, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, et/ou anti-agrégants plaquettaires.
 - Traitement anticoagulant au Marcoumar ou au Sintrom exceptionnellement admis lorsque l'anticoagulation est stable (minimum 75 % des valeurs dans la limite de tolérance) et en l'absence d'une hypertension non traitée.
 - Pas d'accumulation de facteurs de risques cardiovasculaires tels que tabagisme persistant, surcharge pondérale (IMC > 35), activité physique réduite, hypertension pas ou mal contrôlée (traitée ou non), taux de cholestérol élevé, diabète.
- Examen clinique
 - Statut cardiovasculaire normal
- Radio du thorax (le cas échéant)
 - Constatations normales (sauf altérations non significatives)
- ECG repos
 - Aucun trouble significatif de la conduction et de la repolarisation cardiaques
 - Pas d'arythmies significatives
- Ergométrie
 - Dans la mesure du possible, protocole Ramp (mesures plus précises et comparabilité des performances)
 - Performance minimale de 8 MET (1 MET=équivalent métabolique, correspond à une consommation d'oxygène de 3,5 ml/kg/min)
 - Durée de l'effort d'au moins 8 min (dont 2 min à 8 MET ou plus)
 - Pas de douleurs angineuses typiques
 - Pas de sous-décalage de ST > 0,1 mV
 - Pas d'arythmie complexe:
 - supraventriculaire: tachycardies, y compris fibrillation et tachysystolie auriculaire, même si asymptomatique (en cas de doute, examen cardiologique)
 - ventriculaire: tachycardie ventriculaire persistante > 30 s
 - Aucun trouble de la conduction cardiaque sous effort
 - Pression artérielle normale (augmentation systolique > 30 mmHg, pas de chute > 20 mmHg sous effort, maximum systolique 240 mmHg, normalisation dans les 5 min suivant l'effort)

- Les examens ci-dessus sont obligatoires (même lorsque la personne est asymptomatique) et servent de base à la décision concernant l'aptitude du candidat à conduire. Néanmoins, lorsque le résultat d'un examen exclut l'aptitude à la conduite, on peut renoncer aux examens suivants.
- Holter

Obligatoire uniquement en cas d'état postérieur à un pontage aorto-coronarien (PAC) ou en cas d'état postérieur à un infarctus du myocarde avec complications

- Pas d'arythmie supraventriculaire ou ventriculaire répétitive
- Pas de bloc de degré élevé (bloc AV 2^e degré Mobitz, bloc AV paroxystique complet, bloc AV permanent complet)
- Pas de pause > 2,5 sec. en état de veille ou > 4 sec. pendant le sommeil
- Aucun signe d'ischémie muette
- Échocardiographie Doppler couleur

Lorsque la fraction d'éjection du ventricule gauche (LVEF) n'a pas été déterminée par le médecin traitant après le dernier événement (par échocardiographie, scintigraphie ou angiographie coronarienne) ou si l'on suspecte qu'elle s'est modifiée de manière significative, **une échocardiographie complémentaire doit obligatoirement être effectuée.**

- Pas de dilatation du ventricule gauche (VG) en fin de diastole > 6 cm ou du volume de l'oreillette gauche > 50 ml/cm²
- Pas de dilatation significative de l'oreillette droite (> 25 cm²) et/ou du ventricule droit (VD) (diamètre dVD2 > 37 mm)
- Pas de valvulopathie significative sur le plan hémodynamique, pas d'hypertonie de l'artère pulmonaire (gradient entre le VD et l'oreillette droite > 40 mmHg)
- Pas d'hypertrophie du cœur gauche (épaisseur de la paroi inférieure et du septum < 13 mm, masse musculaire du VG > 130 g/m² pour les hommes et 110 g/m² pour les femmes)
- Fraction d'éjection du VG > 40 %
- Pas d'anévrisme du VG ni du VD, pas de thrombus intracavitaire

Contrôles subséquents

Lorsque les critères d'aptitude objectifs et subjectifs sont remplis, le candidat peut être déclaré apte sous réserve. La condition posée est que le conducteur de véhicules moteurs se soumette à des contrôles subséquents à intervalles de trois à six mois maximum (suivant les constatations individuelles) et qu'il se soumette à une prophylaxie de la rechute: activité physique régulière, réduction ou arrêt de la consommation éventuelle de nicotine à < 0,5 p/d, traitement médicamenteux en cas d'hyperlipidémie ou de dyslipidémie et/ou de diabète type II léger et bien contrôlé.

- a) chez le médecin de famille ou le médecin traitant

Deux fois par an ou à l'apparition de symptômes nouveaux ou laissant suspecter la progression d'une maladie cardiovasculaire.

Chaque contrôle comporte : anamnèse ciblée sur les possibles symptômes cardiaques (baisse de vitalité, troubles liés à l'effort, vertiges, arythmies), contrôle de la consommation de médicaments, état cardiovasculaire (y c. mesure TA), ECG (seulement en cas de suspicion clinique de changement de diagnostic).

b) Examens de contrôle chez le médecin-conseil désigné et chez un cardiologue

Annuellement

Chaque contrôle comporte: Anamnèse, Examen clinique, ECG repos, Ergométrie sur tapis roulant, ECG Holter, selon indication, Échocardiogramme, selon indication

Si des examens cardiologiques complémentaires sont effectués lors des contrôles ultérieurs, ceux-ci doivent être évalués comme suit:

c) Angiographie coronarienne

Les diagnostics suivants entraînent l'inaptitude à la conduite de véhicules moteurs:

- Sténose du tronc principal > 50 % et/ou sténoses proximales > 50 % dans un vaisseau principal
- Sténoses significatives > 50 % dans plusieurs vaisseaux secondaires
- Échocardiographie de stress, IRM de stress ou scintigraphie de perfusion myocardique
- Sous effort, absence de trouble de la contractilité et de défaut de perfusion régionaux pouvant influencer sur le pronostic
- Aucune diminution de la fraction d'éjection, aucune augmentation du volume du ventricule gauche sous effort

Degrés d'exigences 2 et 3

Premier examen

Inaptitude

Les candidats à l'accompagnement des trains ou de la manœuvre qui souffrent d'une maladie coronarienne déclarée sont a priori inaptes. En effet, cette activité génère un stress du système cardiovasculaire qui peut entraîner une aggravation de la maladie, p. ex. durée du travail irrégulier, travail de nuit, charge psycho-mentale induite par les contacts avec les clients, stress induit par la rigidité du cadre temporel, travaux de force dans le service de manœuvre, conditions climatiques défavorables (alternance fréquente et brusque du chaud et du froid). Des aspects liés à la sécurité entrent également en ligne de compte.

Si une maladie coronarienne est seulement suspectée, le candidat peut se soumettre à un examen cardiologique et présenter une nouvelle candidature en cas de résultat négatif.

Examen périodique, examen extraordinaire

Inaptitude

Un conducteur relevant du degré d'exigences 2 qui souffre d'une maladie coronarienne est considéré comme inapte. On peut envisager une reprise de l'activité d'accompagnement des trains et de la manœuvre au plus tôt trois mois après l'événement (infarctus du myocarde, PTCA, PAC [pontage], angor instable), pour autant qu'il ne subsiste aucune limitation importante des facultés physiques et régulatrices et que le risque d'aggravation soudaine soit minimale. La procédure d'examen à suivre est identique à celle qui est menée pour le

degré d'exigences 1. La reprise du travail peut se faire plus tôt après une intervention coronarienne percutanée élective sans lésion myocardique si l'expertise cardiologique le permet.

Les exigences sont moins strictes pour les personnes du degré d'exigences 3 en ce qui concerne la procédure d'examen et le délai d'attente à observer avant la reprise de l'activité.

La reprise de l'activité professionnelle est subordonnée à un avis cardiologique ciblé qui doit aussi déterminer la fréquence des contrôles ultérieurs à effectuer auprès du médecin traitant. L'aptitude ne peut être admise que sous la réserve que l'intéressé se soumette chaque année à un contrôle subséquent chez le médecin-conseil désigné, ce dernier ayant pour tâche principale d'évaluer l'état du système cardiovasculaire du patient.

2.2 Hypertension artérielle

Degré d'exigences 1

Premier examen

Aptitude sous réserve

Lorsque la pression artérielle du candidat demeure supérieure à 160/95 mm Hg malgré un traitement médicamenteux approprié, l'aptitude n'est pas admise pour le degré d'exigences 1, car à ce niveau de valeurs, la fréquence des hémorragies, des incidents vasculaires et des dommages rétinien augmente sensiblement. La première fois qu'une hypertension > 160/95 mm Hg est diagnostiquée, le candidat est déclaré provisoirement inapte. Un nouvel examen d'aptitude pourra être effectué lorsqu'un traitement hypotenseur efficace aura été mis en place.

Examen périodique, examen extraordinaire

Aptitude sous réserve

La pression artérielle des personnes aux activités déterminantes pour la sécurité doit être mesurée périodiquement. Pour obtenir des valeurs fiables, il faut déterminer la valeur moyenne d'au moins trois mesures effectuées à des moments différents. Toutes les valeurs supérieures à 160/95 nécessitent des investigations complémentaires. Des dommages organiques secondaires (hypertrophie caractérisée du ventricule gauche, symptômes de dysfonction rénale, forte altération du fond de l'œil [hémorragies et exsudats]) sont des critères d'exclusion. Les conducteurs de véhicules moteurs qui ont une pression artérielle constante supérieure à 160/95 mm Hg ne peuvent être déclarés aptes que lorsqu'ils ne présentent aucun dommage organique secondaire. Dans ces cas, seule une décision d'aptitude sous réserve peut être prononcée (contrôle ultérieur chez le médecin-conseil au bout d'un an au plus tard).

Degrés d'exigences 2 et 3

Premier examen

Aptitude sous réserve

Lorsque la pression artérielle du candidat demeure supérieure à 160/95 mm Hg malgré un traitement médicamenteux approprié, l'aptitude n'est pas admise pour le degré d'exigences 2. La première fois qu'une hypertension artérielle > 160/95 mm Hg est diagnostiquée, le candidat est déclaré provisoirement inapte. Un nouvel examen d'aptitude pourra être effectué une fois qu'un traitement hypotenseur efficace aura été mis en place.

Examen périodique, examen extraordinaire

Aptitude sous réserve

La pression artérielle du personnel avec activités déterminantes pour la sécurité (degré d'exigences 2 et 3) doit être mesurée lors d'un examen périodique. Toutes les valeurs supérieures à 160/95 nécessitent des investigations complémentaires. En cas de dommages organiques secondaires (hypertrophie caractérisée du ventricule gauche, symptômes de dysfonction rénale, forte altération du fond de l'œil [hémorragies et exsudats]) l'aptitude n'est généralement pas admise. On peut exceptionnellement décréter une aptitude sous réserve, si l'on dispose d'un avis spécialisé ciblé et si le patient se soumet chaque année à un contrôle ultérieur.

2.3 Maladies artérielles occlusives périphériques (MAOP)

Degré d'exigences 1

Premier examen

Inaptitude

Aujourd'hui, une MAOP n'est plus considérée comme une affection isolée d'un ou de plusieurs vaisseaux sanguins. Elle constitue un facteur de risque reconnu d'altération athéromateuse de tous les autres vaisseaux. Il existe par exemple un risque élevé d'extension aux coronaires et aux artères cérébrales. C'est pourquoi un candidat souffrant d'une MAOP symptomatique doit être déclaré inapte. On peut déroger à cette règle lorsque des examens angiologiques et cardiologiques permettent d'écarter tout risque d'extension.

Examen périodique, examen extraordinaire

Aptitude sous réserve

L'aptitude peut être admise sous réserve (contrôle ultérieur chez le médecin-conseil annuellement) s'il n'existe aucun signe d'extension aux coronaires ou aux artères cérébrales. Cela nécessite une évaluation cardiologique et un examen Doppler artériel afin de contrôler l'état de l'axe carotidien. De plus, pour que l'aptitude soit admise, il faut que la MAOP soit stabilisée et ne génère aucune douleur significative dans des conditions d'effort professionnel normales. Si l'aorte thoracique ou abdominale est touchée, un contrôle par ultrasons annuel est obligatoire. En cas d'anévrisme revêtant une forme clinique, l'intéressé est inapte. Il peut reprendre son activité professionnelle après un nouvel examen, après avoir subi un pontage ou une chirurgie vasculaire réparatrice, si sa rééducation est complète et s'il ne présente aucun autre signe d'inaptitude.

Degrés d'exigences 2 et 3

Premier examen

Inaptitude

Dans les formes cliniques de MAOP, il existe un risque élevé d'extension à d'autres vaisseaux artériels, par ex. les coronaires ou les artères cérébrales. C'est pourquoi un candidat souffrant d'une MAOP doit être déclaré inapte. On peut déroger à cette règle lorsque des examens angiologiques et cardiologiques permettent d'écarter tout risque d'extension de la pathologie.

Examen périodique, examen extraordinaire

Aptitude sous réserve

À la première apparition des symptômes, le patient doit passer un examen chez un médecin spécialiste. S'il peut être déclaré apte, il doit se soumettre chaque année à un contrôle

ultérieur. Habituellement, une personne du niveau d'exigences 2 et 3 qui souffre d'une MAOP est tellement limité par la maladie dans l'exécution de ses tâches quotidiennes que l'aptitude ne peut être admise. On peut déroger à cette règle lorsque la maladie est stabilisée et n'engendre aucune restriction de la mobilité. Dans ce cas, il faut demander l'avis d'un médecin spécialiste qui doit aussi examiner si, et dans quelle mesure, les coronaires sont aussi touchées.

2.4 Troubles du rythme cardiaque et anomalies de l'ECG

Degré d'exigences 1

Premier examen, examen périodique, examen extraordinaire

- **Remarques générales** : en cas de troubles du rythme cardiaque attestés ou présumés pouvant nuire à la santé du conducteur et à la sécurité des passagers (tachycardie ou bradycardie), il convient de mener des examens du rythme cardiaque plus approfondis afin de pouvoir réaliser une stratification individuelle du risque et de déterminer la stratégie de traitement à adopter. Il faut alors déterminer la présence ou l'absence d'une éventuelle cardiopathie structurelle et/ou de facteurs favorisant un trouble du rythme cardiaque. Dans le cas où les facteurs provoquant ces troubles ont pu être éliminés et le trouble du rythme cardiaque traité au moyen d'une thérapie ou de médicaments, le patient peut de nouveau être déclaré apte à conduire à condition qu'il se soumette tout d'abord à des examens de contrôle annuels.
- **Les critères de disqualification des patients souffrant de troubles du rythme cardiaque sont** : troubles symptomatiques du rythme cardiaque (état postérieur à une syncope/présyncope, vertiges, palpitations gênantes liées à une tachycardie ou extrasystoles), difficulté à fournir un effort physique et facultés physiques en dessous de la moyenne (< 7 MET chez les personnes de plus de 50 ans, 8 MET chez les personnes de moins de 50 ans), LVEF < 40 %, observance au traitement médicamenteux insuffisante dans le cas d'une éventuelle cardiopathie ou de facteurs de risques cardiovasculaires multiples, IMC > 35 kg/m².

En principe, les diagnostics suivants entraînent l'inaptitude à la conduite de véhicules moteurs du degré d'exigences 1:

- a) État postérieur à une syncope par trouble du rythme cardiaque (tachycardie ventriculaire/flutter ventriculaire, tachycardie supraventriculaire, bradycardie)
- b) Troubles du rythme cardiaque (tachycardie ou bradycardie) avec un risque élevé de récurrence ou une indication de stimulateur cardiaque (pace-maker) ou de défibrillateur cardiovertible implantable (DCI), avec cardiopathie à l'origine du trouble du rythme cardiaque.

Patients avec état postérieur à une réanimation ou à une syncope prolongée : même si, d'un point de vue cardiologique, le patient est à nouveau déclaré apte, il doit impérativement subir un examen déterminant son aptitude en matière de psychologie des transports. En effet, 50 % des personnes réanimées présentent des troubles cognitifs ayant une influence sur la sécurité des transports.

- c) Arythmies ventriculaires

Des examens subséquents approfondis du rythme cardiaque (épreuve d'effort, IRM cardiaque de stress, éventuellement examen électrophysiologique) sont également indiqués chez les sujets asymptomatiques dans le cas de tachycardies ventriculaires transitoires attestées (durée 5 à 30 s) et de tachycardies ventriculaires permanentes (durée > 30 s) ainsi que chez les patients présentant des extrasystoles ventriculaires moyennes à sévères (VES-load > 10 % de tous les complexes). Dans le cas où

l'éventualité d'une cardiopathie structurelle ou d'une maladie coronarienne peut être écartée ou si une cause de la maladie potentiellement curable est traitée au moyen d'une thérapie ou de médicaments, et si le rythmologue de référence juge le patient « à faible risque » (« low risk »), ce dernier, après un délai à déterminer individuellement, peut à nouveau être déclaré apte à conduire, sous réserve que ses symptômes aient durablement disparu et qu'il bénéficie d'un suivi cardiologique régulier.

d) Arythmies supraventriculaires

Inaptitude si l'affection est symptomatique

(Présyncope/syncope ou vertiges et palpitations gênantes liées à une tachycardie et/ou pauses)

Aptitude sous réserve possible si le patient supporte bien la thérapie médicamenteuse et si celle-ci supprime bien le trouble rythmique ou si l'ablation par radiofréquence a réussi, sous réserve que les symptômes aient durablement disparu, qu'il se soumette à des examens ECG Holter de sept jours deux fois par an et à des contrôles cardiologiques chaque année, et que sa coopération et sa compliance au traitement médicamenteux soient jugées fiables. Chez les patients souffrant de fibrillation/tachysystolie auriculaire, la prévalence de la tachyarythmie est corrélée avec l'obésité, la consommation d'alcool et l'hypertonie insuffisamment traitée. Un changement de mode de vie est donc nécessaire à l'élimination de tels facteurs déclencheurs. En cas de risque élevé d'accident vasculaire cérébral cardioembolique (score CHA₂DS₂-VASc), un traitement anticoagulant par voie orale doit être prescrit en sus de la thérapie antiarythmique.

e) Troubles de la conduction cardiaque

• Bloc de branche gauche (BBG) :

Les patients ne ressentant pas de douleurs mais présentant un BBG découvert par hasard ont un risque plus élevé de cardiopathie structurelle (hypertensive ou coronarienne) et de bradycardie symptomatique se développant éventuellement de manière concomitante. C'est pourquoi les patients ayant un BBG doivent être soumis à un examen cardiologique approfondi. Une fois que l'épreuve d'effort, l'échocardiographie Doppler couleur et les IRM cardiaques de stress ont permis d'écartier la possibilité d'une cardiopathie structurelle, le patient peut à nouveau être déclaré apte sous réserve. Il faut pour cela que ce dernier ne ressente jamais de douleurs et qu'il se soumette chaque année à des contrôles fondés sur des épreuves d'effort et des ECG Holter de 7 jours.

• Bloc de branche droit (BBD) :

Chez les patients présentant un BBD, étant donné la forte probabilité que celui-ci soit causé par une cardiopathie structurelle, il convient également de mener une épreuve d'effort, une échographie Doppler couleur, puis des épreuves d'effort annuelles si une indication cardiologique l'exige (aptitude sous réserve).

• Bloc AV du 2^e degré (type Mobitz) et bloc du 3^e degré :

En principe, inaptitude, particulièrement en cas de pauses attestées > 4 s durant la nuit ou > 3 s en état de veille. Le patient peut être déclaré apte sous réserve à condition qu'il n'ait généralement pas de symptômes au quotidien et qu'il se soumette à des contrôles cardiologiques subséquents (un stimulateur cardiaque n'est normalement indiqué que s'il existe une corrélation rythme/symptôme indubitable). En cas de doute, même lorsque le patient n'a pas de symptômes, le seuil à partir duquel l'implantation d'un stimulateur cardiaque est prescrite doit être bas en raison des exigences élevées en matière de sécurité.

Aptitude sous réserve après implantation de stimulateur cardiaque réussie et si aucun autre problème cardiaque ne se présente ; il est nécessaire d'observer un délai d'attente d'au moins 6 semaines après l'implantation du stimulateur et après le premier contrôle de l'appareil.

- **Syndrome de WPW :**
Chez les patients présentant un intervalle PQ court avec ou sans onde delta (short PQ-pattern et WPW-pattern) et avec ou sans tachyarythmie, il est impératif de mener un examen rythmologique et une évaluation des risques plus approfondis. Aptitude admise sous réserve après une évaluation des risques ou un examen électrophysiologique réussis, et dans tous les cas après l'ablation réussie du faisceau accessoire (à condition que le patient n'ait jamais de symptômes et que des contrôles subséquents soient régulièrement menés), s'il n'y a aucun autre problème cardiaque.

- f) **Patients souffrant d'autres types d'anomalie électrocardiographique**
Les patients ayant une hypertrophie du VG, des troubles de la repolarisation faisant suspecter une éventuelle cardiomyopathie, un QT long ou court ou encore un syndrome de Brugada ont un risque plus élevé de syncope et de mort subite. Par conséquent, ils doivent subir un examen cardiologique et rythmologique plus poussé. Ils peuvent être déclarés aptes sous réserve, la condition étant qu'ils suivent des examens de contrôle réguliers et qu'une expertise cardiologique atteste que leur situation est évaluée « low risk ».

Traitement médicamenteux aux antiarythmiques

Un examen rythmologique et une évaluation plus poussés doivent toujours être menés si l'intéressé suit une thérapie aux antiarythmiques des classes Ic (inhibiteur des canaux sodiques, autrement dit flécaïnide et propafénone) et III (amiodarone et sotalol). Le patient peut être déclaré apte sous réserve si une expertise cardiologique prouve que la fonction de pompage du cœur est normale. Il faut en outre que l'absence de symptôme soit durable, que le patient supporte bien le médicament et qu'il se soumette à des contrôles cardiologiques subséquents une fois par an (ECG Holter de 7 heures réguliers, ergométrie et fonction normale du cœur).

Porteurs de stimulateurs cardiaques

Les porteurs de stimulateurs cardiaques sont considérés comme « stimulodépendants » lorsqu'ils peuvent présenter des symptômes en cas de défaillance technique de l'appareil (fréquence cardiaque spontanée ne dépassant pas 30 battements par minute et, par conséquent, rythme de substitution insuffisant).

Classe I	Absence de rythme de substitution en cas de défaillance du stimulateur
Classe II	Rythme de substitution lent (fréquence cardiaque < 30 battements / min) lors d'un bloc AV complet, d'un arrêt sinusal, d'une bradycardie sinusale ou d'une fibrillation auriculaire avec bradycardie
Classe III	Rythme de substitution avec fréquence cardiaque de 30 à 50 battements/min (en raison d'un bloc AV, d'une arythmie ou d'une bradycardie sinusale)
Classe IV	Rythme sinusal d'une fréquence supérieure à 50 battements/min intervenant comme rythme de substitution (= non stimulodépendant)

Le risque de défaillance du stimulateur est de l'ordre de < 2 % par an, le risque étant le plus élevé durant les six mois suivant l'implantation. Les patients ayant une électrode ventriculaire configurée en détection unipolaire courent un risque accru de surdétection (oversensing).

Le risque d'interférences électromagnétiques avec les stimulateurs cardiaques a fait l'objet d'études de la part des CFF en 1984 et en 1995 sans qu'aucune interaction n'ait pu être démontrée.

Recommandations concernant l'aptitude à la conduite

En cas de stimulodépendance de **classe III et IV** et en l'absence de toute autre maladie cardiaque organique, l'aptitude peut à nouveau être admise. Les fréquences cardiaques au

repos > 30 battements / min ne causent aucun vertige ni aucune perturbation de l'état de conscience chez les patients ayant par ailleurs des facultés physiques normales. Par conséquent, la personne peut être déclarée apte sous réserve si le fonctionnement du stimulateur ne pose aucun problème et si aucun signe ne laisse supposer le développement concomitant d'une brady-arythmie après un délai d'attente de 6 semaines, pour autant que le stimulateur soit contrôlé chaque année et en l'absence durable de symptômes.

En cas de stimulodépendance de **classe I ou II**, le candidat ne remplit généralement pas la condition (rythme spontané d'une fréquence cardiaque < 30 battements / min) pour être déclaré apte.

À l'apparition de symptômes tels qu'attaques de vertiges, palpitations ou douleurs thoraciques d'effort, le porteur de stimulateur doit signaler ces symptômes et se soumettre à un examen cardiologique prématuré et les données du stimulateur doivent être étudiées.

Les patients portant un défibrillateur cardiovertteur implantable (DCI) sont inaptes.

Degré d'exigences 2 et 3

Premier examen, examen périodique, examen extraordinaire

Les recommandations sont les mêmes que pour le degré d'exigences 1. La marge d'appréciation est cependant plus large, surtout en ce qui concerne le degré d'exigences 3. En cas de doute, il convient de s'adresser à un cardiologue.

2.5 Valvulopathies

Degré d'exigences 1

Premier examen, examen périodique, examen extraordinaire

Toute cardiopathie (congénitale ou acquise) doit en principe faire l'objet d'un examen cardiologique. Après une intervention chirurgicale valvulaire, notamment après l'implantation de valves artificielles, il faut s'assurer que le cœur n'a subi aucun dommage ni perte de fonction.

a) Sténose aortique (et sténose pulmonaire grave)

Une sténose aortique (ou pulmonaire) significative sur le plan hémodynamique entraîne l'inaptitude à exercer la fonction de conducteur de véhicules moteurs du degré d'exigences 1. Pour les formes légères de sténose aortique, on peut prononcer une décision d'aptitude sous réserve (contrôles cardiologiques annuels) si les conditions suivantes sont réunies:

- Vitesse du flux au passage de la valve aortique < 3,0 m/sec (valable également pour la valve pulmonaire); une légère insuffisance accessoire peut être tolérée
- Performance normale (au moins 8 MET pendant au moins 2 min.) lors de l'ergométrie (pour une sténose aortique légère, cet examen ne pose aucun problème)
- Aucune autre pathologie décelée par l'ECG de repos, l'échocardiographie, l'ergométrie et l'examen clinique
- Pas d'hypertrophie significative du cœur gauche ni de dilatation du ventricule gauche
- Aucun signe anamnestique d'attaque ischémique transitoire (AIT) ou d'incident présyncopal ou syncopal
- Aucun signe anamnestique d'embolie périphérique

b) Insuffisance aortique

Une insuffisance aortique peut être tolérée longtemps sans poser de problème. Elle est même souvent ignorée et n'engendre pas un risque élevé de syncope. Pour une insuffisance aortique légère, on peut prononcer une décision d'aptitude sous réserve (contrôles cardiologiques tous les deux ans au moins) si les conditions suivantes sont réunies:

- L'aorte ne présente pas de dilatation significative à sa base. Une dilatation de l'aorte ascendante de plus de 4,5 cm (norme jusqu'à 3,7 cm) nécessite un avis cardiologique et doit être contrôlée semestriellement ou annuellement, selon l'avis du médecin, à moins qu'il n'y ait une indication pour un remplacement ou une reconstruction valvulaire.
- Le ventricule gauche ne présente pas de surcharge volumique (pas plus de 7,0 cm en diastole et 5,0 cm en systole à l'échocardiogramme). La performance ergométrique n'est pas réduite (au moins 8 MET pendant au moins 2 min.). Si ces seuils sont dépassés, le cas doit être apprécié individuellement. L'apparition d'une insuffisance cardiaque entraîne l'inaptitude à la conduite, même après une recompensation réussie.

c) Sténose mitrale

Aujourd'hui, le diagnostic de sténose mitrale (généralement d'origine rhumatismale, même sans anamnèse correspondante) est rare. En principe, cette affection entraîne en général l'inaptitude pour le degré d'exigences 1 car il existe un risque de fibrillation auriculaire soudaine et d'embolie cérébrale. De plus, une fibrillation auriculaire soudaine chez le patient souffrant de sténose mitrale peut provoquer une syncope.

Une légère sténose mitrale peut être tolérée dans le cadre des examens de contrôle et des examens extraordinaires, pour autant que la surface d'ouverture de la valve mitrale soit $> 2,0 \text{ cm}^2$.

d) Insuffisance mitrale

De nos jours, l'insuffisance mitrale accompagne rarement une sténose mitrale. Dans la plupart des cas, elle est due à un prolapsus de la valve mitrale.

L'insuffisance mitrale significative est généralement une cause d'inaptitude à la conduite de véhicules moteurs au degré d'exigences 1. On peut décréter une aptitude sous réserve (contrôles cardiologiques annuels) malgré l'insuffisance mitrale lorsque les conditions suivantes sont réunies (avis cardiologique exigé):

- Ergométrie normale (au moins 8 MET pendant 2 min)
 - Diamètre du ventricule gauche en fin de diastole $< 6,5 \text{ cm}$
 - Fraction d'éjection ventriculaire $> 40 \%$
- Aucun signe manifeste de maladie coronarienne
- Pas de fibrillation auriculaire
- Aucun signe anamnestique d'attaque ischémique transitoire (AIT)

Degré d'exigences 2 et 3

Premier examen, examen périodique, examen extraordinaire

Les recommandations sont les mêmes que pour le degré d'exigences 1. La marge d'appréciation est cependant plus large. C'est ici la propre sécurité de l'accompagnateur de trains et de manœuvres qui est prioritaire. En cas de doute, il convient de s'adresser à un cardiologue.

2.6 Syncopes à cause méconnue

Événement unique

si un diagnostic précis (cardiologique, neurologique) n'a pas décelé l'origine de la syncope, il faut s'en tenir, pour les degrés d'exigences 1, 2 et 3 (uniquement chez les chefs-circulation travaillant seuls), au principe d'une

Inaptitude à la conduite limitée à un an

Avant que le médecin-conseil procède à une nouvelle appréciation. Faute d'indices conduisant à d'autres événements et en l'absence de constatations importantes relatives à la conduite de véhicules, le médecin-conseil peut à nouveau déclarer le patient apte à conduire. Si, selon le médecin, la situation n'est pas problématique d'un point de vue neurologique ou cardiologique (par ex. syncope vasovagale survenue en position autre qu'assise), le délai d'attente peut être écourté après entente avec le service médical spécialisé.

Occurrence d'un deuxième événement

Sauf syncope vasovagale répétée et non problématique

Inaptitude définitive. Degrés d'exigences 1, 2 et 3 (3 uniquement pour les chefs-circulation travaillant seuls)

3 Partie : Maladies neurologiques

Degré d'exigences 1, 2 et 3

Premier examen

L'une des maladies neurologiques ci-après entraîne une inaptitude

- Maladies cognitives et démence
- Diminution des capacités intellectuelles
- Maladie progressive du système nerveux
- Epilepsie
- Statut après infarctus cérébral ou attaque ischémique transitoire
- Sclérose en plaques
- Parkinson
- Autres maladies avec dysfonctionnement cérébral
- Graves blessures à la tête ou opérations intracrâniennes (risque d'épilepsie)
- Blessures à la moelle épinière ou blessures de nerfs périphériques qui entraînent des séquelles portant atteinte à l'aptitude à conduire

Examen périodique, examen extraordinaire

Selon la directive concernant les examens d'aptitude médicale, les épilepsies et les autres maladies ou dommages au système nerveux central ou périphérique entraînant des restrictions fonctionnelles considérables et/ou le risque d'une grave détérioration conduisent à une inaptitude. Les recommandations ci-dessous sont des aides à la décision, destinées à l'évaluation d'éventuelles exceptions.

Lorsqu'il s'agit de cas neurologiques, il faut, en règle générale, ordonner **un examen de l'aptitude en matière de psychologie des transports**.

3.1 Epilepsie

3.1.1 Première crise, provoquée ou non

Degré d'exigences 1

Inapte au service

Les personnes qui assument des fonctions déterminantes pour la sécurité de degré d'exigences 1 sont inaptes à exercer leur activité après une seule et unique crise (provoquée ou non, si les résultats neurologiques sont normaux). Une nouvelle admission ou une réadmission peut avoir lieu si la personne en question n'a subi aucune autre crise durant 5 ans. En l'absence d'épilepsie, ce délai d'attente peut être écourté si une expertise neurologique le permet. La réadmission implique la présentation d'une expertise neurologique et un examen neurologique périodique (certificats de suivi médical).

Degré d'exigences 2

Inapte au service

Les personnes qui assument des fonctions déterminantes pour la sécurité de degré d'exigences 2 sont inaptes à exercer leur activité après une seule et unique crise (provoquée ou non, si les résultats neurologiques sont normaux). Une nouvelle admission ou une réadmission peut avoir lieu si la personne en question n'a subi aucune autre crise durant 2 ans (voire auparavant si le diagnostic d'épilepsie n'est pas confirmé). La réadmission implique la présentation d'une expertise neurologique et un examen neurologique périodique (certificats de suivi médical).

Degré d'exigences 3

Inapte au service

Les personnes qui assument des fonctions déterminantes pour la sécurité de degré d'exigences 3 sont inaptes à exercer leur activité après une seule et unique crise (provoquée ou non). Si la première crise n'a pas été provoquée, une nouvelle admission ou une réadmission peut avoir lieu si la personne en question n'a subi aucune autre crise durant 6 mois. Si la crise a été provoquée (par ex. insomnie, fièvre, médication proconvulsive, ou en cas de crise précoce post-traumatique ou post-opératoire [dans un délai d'une semaine]), la réadmission peut avoir lieu s'il n'y a pas eu d'autre crise durant 3 mois. La réadmission après une crise unique, provoquée ou non, implique la présentation d'une expertise neurologique et un examen neurologique périodique (certificats de suivi médical).

3.1.2 Epilepsie manifeste

Degré d'exigences 1 et 2

Inaptitude

Les personnes aux activités déterminantes pour la sécurité des degrés d'exigences 1 et 2 qui développent une épilepsie manifeste sont inaptes. Si la personne n'a pas eu de crises pendant plus de 10 ans et si elle ne prend plus de médicaments anticonvulsifs depuis au moins 5 ans, l'aptitude peut être admise à nouveau si le neurologue compétent atteste un risque de crise épileptique correspondant à la moyenne de la population.

Degré d'exigences 3

Inaptitude

Les personnes aux activités déterminantes pour la sécurité du degré d'exigences 3 qui développent une épilepsie manifeste sont inaptes. L'aptitude peut être admise ou admise à nouveau (aptitude sous conditions, avec ou sans médicaments anticonvulsifs) si le candidat n'a pas eu de crise durant au moins un an. Pour que l'aptitude soit à nouveau admise, il faut une expertise neurologique et un contrôle neurologique périodique (attestation de l'évolution de la maladie).

3.2 Blessures à la tête ou opérations du cerveau

Cas légers: légère commotion cérébrale (perte de conscience ou amnésie < 30 min.) sans séquelles durables, après la convalescence.

Aptitude admise

Lésions cérébrales durables ou convulsions spastiques, ainsi que cas graves (pertes de conscience ou amnésie > 24h, hématome subdural, contusion cérébrale):

Inaptitude

Pour les personnes devant satisfaire au degré **d'exigences 1**, une nouvelle évaluation peut avoir lieu au plus tôt après six mois, même en cas de rétablissement complet après les lésions cérébrales et en l'absence de crises. Dans l'intervalle, de telles personnes ne peuvent pas exercer une activité de conduite, car il existe un risque accru de convulsion malgré la rémission complète après la lésion cérébrale. Une évaluation neurologique s'impose pour délivrer une nouvelle attestation d'aptitude.

Pour les personnes **des degrés d'exigences 2 et 3**, une nouvelle aptitude au service peut déjà être envisagée après trois mois en cas de rémission complète après la lésion cérébrale et en l'absence de crises.

3.3 Maladies cérébro-vasculaires / accident vasculaire cérébral

Inaptitude

Dans **les degrés d'exigences 1, 2 et 3**, ces maladies excluent une activité de conduite en raison de risque d'ischémie et d'hémorragie.

Après une **attaque ischémique transitoire (AIT)**, il y a un très grand risque de récurrence, ainsi qu'un risque accru d'attaque cérébrale (env. 5 % par année). Il en va de même pour les incidents cardio-vasculaires. Par ailleurs, même après la diminution des symptômes, il peut subsister des restrictions de faible malignité.

Anévrisme ou malformation artérioveineuse: après une hémorragie sous-arachnoïdienne consécutive à un anévrisme ou à une malformation artérioveineuse dans la zone supratentorielle, il existe un important risque d'épilepsie. Une thérapie chirurgicale d'un anévrisme au moyen d'une craniotomie provoque en outre un risque supplémentaire d'épilepsie.

Si l'état de la personne s'est amélioré, s'il est stable pendant une longue période d'observation (au moins 1 année) et si le risque d'accident cérébro-vasculaire correspond selon l'examen neurologique à la moyenne de la population, il est possible d'admettre à nouveau l'aptitude au service.

Les anévrismes situés dans la zone infratentorielle n'entraînent pas de risque accru d'épilepsie. Après un traitement réussi et après un rétablissement complet sans séquelles, l'aptitude à la conduite peut être admise à nouveau.

3.4 Néoplasies cérébrales

Degré d'exigences 1, 2 et 3

Inaptitude

Les tumeurs intracérébrales, bénignes ou malignes, peuvent être associées à des déficits focaux ou à des crises épileptiques. En cas de diagnostic d'une tumeur intracérébrale, il existe une inaptitude.

S'il s'agit de néoplasies extracérébrales, une nouvelle évaluation peut éventuellement être réalisée après la thérapie chirurgicale et un rétablissement intégral (cf. annexe 4, partie 9).

Dans ce cas, le risque d'épilepsie selon l'évaluation du neurologue doit correspondre à la moyenne de la population.

3.5 Maladies neuro-dégénératives

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

a) Parkinson

Aptitude sous réserve

Au stade initial et sous contrôle thérapeutique, cette maladie est compatible avec une aptitude au service, car la plupart des troubles extrapyramidaux évoluent sur une longue période. Des examens complémentaires réguliers (chaque année ou chaque semestre, selon l'évolution) sur l'aptitude doivent être prescrits à titre de condition. Lorsque des indices laissent supposer des déficits cognitifs (p. ex. capacité de réaction fortement restreinte), il faut attester l'inaptitude au service.

b) Démence (notamment Alzheimer, infarctus multiples)

Inaptitude

En cas de démence, il y a le risque que la personne ait une capacité de réaction réduite et un manque de fonction sensorielle. D'autre part, sa personnalité peut se modifier et sa clairvoyance et son esprit critique diminuer. Cf. chapitre sur les maladies psychiatriques (troubles d'origine organique).

3.6 Sclérose en plaques

Degré d'exigences 1

Lorsque le diagnostic est sûr, il existe une inaptitude

On peut, exceptionnellement, admettre une aptitude limitée (suivi continu par un médecin spécialiste et examens semestriels sur l'aptitude) pour les personnes qui se trouvent en rémission et qui ont retrouvé une capacité de rendement normale. S'il s'agit d'une première manifestation de la maladie avec névrite rétro-bulbaire qui est entièrement guérie, la personne concernée doit se faire examiner en ce qui concerne son champ de vision et sa perception des couleurs. Tous les cas présumés de sclérose en plaques doivent faire l'objet d'une surveillance permanente.

Degrés d'exigences 2 et 3

Aptitude sous réserve

Tous les cas présumés de sclérose en plaques doivent faire l'objet d'une surveillance permanente. Cette règle s'applique aussi aux personnes qui se trouvent en rémission et qui ont retrouvé leur capacité de rendement normale. Lorsque la maladie progresse manifestement, il existe une inaptitude. S'il s'agit d'une première manifestation de la maladie avec névrite rétro-bulbaire qui est entièrement guérie, la personne concernée doit se faire examiner en ce qui concerne son champ de vision et sa perception des couleurs.

3.7 Maladie de Menière et autres cas de vertiges récurrents

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

Inaptitude

L'aptitude peut être admise uniquement lorsqu'un spécialiste ORL confirme que la maladie n'est certainement plus active. La marge d'appréciation est plus grande pour le degré d'exigences 3.

3.8 Syndrome des apnées du sommeil

Cf. annexe 4, partie 10.4

3.9 Narcolepsie

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

Inaptitude

Les accès périodiques de sommeil irrésistible doivent dans tous les cas conduire à une inaptitude. Les conditions de la réadmission correspondent aux conditions applicables aux cas d'épilepsie (cf. section A).

3.10 Syncopes à cause méconnue

Cf. annexe 4, partie 2.6

4 Partie : Maladies psychiatriques

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

Premier examen

Si des symptômes de maladies psychiatriques sont constatés lors de l'anamnèse, si l'on ne peut exclure une rechute ou une progression de la maladie ou si les symptômes suivants sont relevés lors de l'examen médical, il existe une inaptitude.

Il faut notamment prêter attention aux maladies suivantes:

- Troubles psychiques d'origine organique
- Troubles psychiques et comportementaux dus à des substances psychotropes
- Schizophrénie, troubles schizoïdes et psychotiques
- Troubles affectifs
- Troubles névrotiques, dus au stress et somatoformes, p. ex. troubles liés à la peur et la panique
- Troubles de la personnalité et du comportement
- Baisse de l'intelligence
- Troubles du développement
- Troubles du comportement et des émotions ayant commencé durant la jeunesse

Examen périodique, examen extraordinaire

Les recommandations suivantes doivent être considérées comme des aides à la décision.

4.1 Troubles affectifs (troubles unipolaires, dépressifs)

Degré d'exigences 1, 2 et 3

a) graves troubles dépressifs

Inaptitude tant que subsistent les symptômes.

Après quoi, en cas d'évaluation psychiatrique ad hoc, une aptitude limitée peut être attestée si la personne concernée se soumet ensuite à des examens semestriels. Si plusieurs périodes de dépression grave se manifestent, il faut prononcer une inaptitude permanente.

b) Léger trouble dépressif

Aptitude limitée, avec examens ultérieurs réguliers

Dans des cas légers de dépressions sans utilisation de médicaments ou avec des médicaments sans effets secondaires sur la mémoire, le temps de réaction ou la vigilance, on peut admettre une aptitude, si la personne concernée se fait suivre et contrôler en permanence par un médecin et si elle se soumet chaque année (ou dans des cas motivés, tous les semestres) à des examens ultérieurs.

En principe, il faut tenir compte de ce qui suit: chaque cas doit être évalué individuellement. S'agissant des dépressions, de nombreux cas ont une durée limitée et font suite à une situation de stress aigu générée, par exemple, par des problèmes familiaux ou des décès soudains. Cela n'entraîne qu'une inaptitude provisoire.

4.2 Troubles maniaco-dépressifs

Degré d'exigences 1

Inaptitude

En cas de trouble léger ou de première manifestation de la maladie, on peut admettre une aptitude restreinte, avec l'obligation de subir des examens ultérieurs tous les semestres. Il faut se prononcer en faveur d'une inaptitude définitive si le trouble est grave et dure longtemps. En cas de grave dépression, par exemple avec des symptômes psychotiques ou stuporeux, ou avec de grands risques de suicide, ainsi que dans toutes les phases de manie (tous les degrés de gravité), les capacités psychiques nécessaires sont tellement diminuées qu'il y a un risque considérable de comportement erroné. La phase de manie se caractérise justement par un comportement risqué dans les divers domaines d'activité.

Degrés d'exigences 2 et 3

En règle générale inaptitude

Si le trouble est léger et qu'il se manifeste pour la première fois, on peut accorder une aptitude limitée, avec l'obligation de se faire examiner ensuite tous les semestres. Si un tel trouble est grave, la personne peut se voir reconnaître une aptitude restreinte (au moins un examen ultérieur par année) si elle doit remplir le degré d'exigences 2 et que sans médicaments, elle a été exempte de symptômes pendant trois années (degré d'exigences 3 pendant un an). Dans ce cas, une évaluation psychiatrique ad hoc doit avoir lieu. Il en va de même pour une personne exempte de symptômes lorsque sa thérapie médicamenteuse n'a pas d'effets secondaires sur la mémoire, le temps de réaction et la vigilance.

4.3 Troubles névrotiques, somatoformes et dus au stress

- Troubles dus à la peur
- Troubles dus à la panique
- Troubles obsessionnels
- Troubles dissociatifs [troubles de conversion] etc.

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

- a) Troubles graves

Inaptitude

Il existe une inaptitude en cas de rechutes répétées ou d'évolution chronique. La maladie elle-même et son traitement à l'aide de tranquillisants peuvent entraîner un risque accru en ce qui concerne la diminution de la capacité de réaction et la vigilance.

- b) Troubles légers

Aptitude sous réserve

L'aptitude est restreinte lorsque la personne est stabilisée sans prendre de médicaments ou si les médicaments qu'elle prend n'ont pas d'effets secondaires considérables sur la capacité de réaction et la vigilance. Il faut un avis ad hoc d'un psychiatre et la personne doit se soumettre chaque année (dans des cas justifiés, tous les semestres) à des examens de médecine du trafic.

4.4 Schizophrénie, troubles schizoïdes et psychotiques

Degré d'exigences 1, 2 et 3

Inaptitude

On entend par schizophrénie un groupe de psychoses ayant différents degrés de gravité, différents symptômes et des évolutions non uniformes. Les diverses formes de schizophrénie ont toutes un point commun: toutes les fonctions psychiques peuvent être atteintes (pas seulement la pensée), la fonction du moi est particulièrement perturbée et les relations avec la réalité peuvent être restreintes. Des épisodes souvent aigus peuvent fréquemment se produire durant l'évolution. Ces épisodes psychotiques peuvent soit guérir complètement soit laisser des séquelles. Les phénomènes psychotiques graves peuvent perturber considérablement le sens de la réalité du malade. De graves dysfonctionnements psychotiques de la perception peuvent absorber l'attention et abaisser la capacité de rendement. A cela s'ajoutent des troubles impulsifs et de la concentration. De tels troubles psychotiques peuvent donc conduire à des comportements erronés et diminuer la capacité générale de rendement en deçà des exigences nécessaires.

4.5 Troubles psychiques d'origine organique

- Démence (d'origine vasculaire, Alzheimer ou dans le cadre d'autres maladies)
- Psychoses d'origine organique suite au SIDA ou à la maladie de Creutzfeld-Jacob
- Psychoses dues à des drogues
- Syndrome amnésique (p. ex. syndrome de Korsakow)
- Psychoses dues à des processus cérébraux pathologiques (p. ex. tumeurs)

Degré d'exigences 1

Inaptitude

Dans certains cas, on peut attester éventuellement l'aptitude si le trouble est léger (p.ex. post-traumatique), n'a pas d'importance pour la conduite de véhicules à moteur et ne comporte pas de risque de détérioration. Pour une telle décision, il faut l'avis d'un médecin spécialiste (psychiatre), complété par un examen neuropsychologique supplémentaire. De plus, il faut prescrire des examens ultérieurs réguliers.

Degrés d'exigences 2 et 3

Inaptitude

Dans certains cas, on peut attester éventuellement l'aptitude si le trouble est léger (p.ex. post-traumatique), n'a pas d'importance pour les activités déterminantes pour la sécurité et ne comporte pas de risque d'aggravation. Pour une telle décision, il faut l'avis d'un médecin spécialiste (psychiatre), complété par un examen neuropsychologique supplémentaire. De plus, il faut prescrire des examens ultérieurs réguliers.

L'aptitude peut être réévaluée lorsque les symptômes de psychose ont entièrement disparu et qu'il a été possible d'éclaircir la genèse de la maladie. Lorsque l'évolution le permet, on peut admettre à nouveau l'aptitude au service s'il n'y a plus de symptômes résiduels de la psychose et qu'il n'existe plus de syndrome psycho-organique important.

En règle générale, il faudrait effectuer les examens ultérieurs à des intervalles fixes.

5 Partie : Toxicomanies

Réglementation de base

S'il existe des signes d'abus de substances psychotropes telles que l'alcool, les drogues et les médicaments psychotropes, l'inaptitude est déclarée provisoire. Des indications de témoins ou de supérieurs allant dans ce sens entraînent également une inaptitude provisoire.

Preuve d'une consommation de drogues par examen de laboratoire

Si un test rapide de dépistage de drogues à partir d'un échantillon d'urine donne un résultat positif pour des substances telles que les cannabinoïdes, la cocaïne, les opiacés, les amphétamines, les benzodiazépines et si l'intéressé/e nie la consommation de stupéfiants, il y a lieu de procéder, avant la décision sur l'aptitude, à une deuxième détermination de la substance mise en évidence à partir du même échantillon d'urine, cette fois par chromatographie en phase gazeuse. La même règle est appliquée en cas de prise déclarée de médicaments (notamment antihistaminiques et substances contenant de la codéine), afin de préciser la substance en question.

Si, pour des raisons juridiques, il est nécessaire de déterminer si l'intéressé/e a été dans l'incapacité de conduire à un moment donné en raison d'une consommation de drogues, il y a lieu de procéder à une analyse de sang. Une telle analyse est également indiquée en ce qui concerne le cannabis afin de déterminer s'il s'agit d'une consommation occasionnelle ou d'une forte consommation régulière (cf. ci-dessous).

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

Premier examen

En présence d'indices certains d'un abus de substances psychotropes telles que l'alcool, les drogues (cannabis cf. ci-dessous) et les médicaments psychotropes, on déclare une *inaptitude*.

S'il existe une ancienne dépendance, la situation doit être évaluée individuellement. Une aptitude ne peut être envisagée que si l'abstinence est vérifiée pendant une longue période (> 3 ans, degré d'exigences 3: 1 an).

Exception cannabis

En raison du faible danger de dépendance, la procédure recommandée pour l'appréciation de l'aptitude est décrite ci-après. Ceci devrait permettre d'éviter toute inégalité de traitement injustifiée entre la consommation de cannabis et celle d'alcool (tolérée dans des limites fixées). Il s'agit notamment de déterminer si la personne examinée consomme régulièrement du cannabis (fumeur régulier) et est donc inapte à la conduite ou si elle ne fume qu'occasionnellement, en restant tout à fait en mesure de renoncer à une consommation de cannabis incompatible avec les activités déterminantes pour la sécurité.

Le prélèvement d'échantillons lors du premier examen se fait dans la pratique en deux phases. Une prise d'urine et un test rapide sont effectués. Si le test est positif pour le cannabis et que la personne nie en consommer régulièrement, on effectue immédiatement une prise de sang pour déterminer le comportement de consommation. En effet, le sang est actuellement le liquide organique dont l'analyse permet de tirer les conclusions les plus fiables sur la date, la quantité et la fréquence de la consommation de cannabis. Si la consommation est confirmée par une deuxième analyse chromatographique en phase gazeuse, le sang est envoyé à un laboratoire, où la concentration de THC et du métabolite majeur inactif carboxylate de THC est déterminée. Pour évaluer s'il s'agit d'un fumeur régulier ou d'un fumeur occasionnel, on mesure notamment la concentration de carboxylate

de THC dans le sang total. Si la valeur est $> 40 \mu\text{g/l}$ ($> 64 \mu\text{g/l}$ dans le sérum), il peut être conclu qu'il s'agit d'un fumeur régulier.

Décision sur l'aptitude chez le *fumeur occasionnel*: Apte (mentionner: « fumeur occasionnel de cannabis » sur les formulaires 2b (OCVM) et 2c (OAASF); à la rigueur, on peut convenir avec l'entreprise que des tests de dépistage de drogue non annoncés seront effectués pendant 6 mois).

CBD (Cannabidiol)

La consommation de produits CBD (par exemple, cigarettes CBD ou gouttes CBD) dans le secteur ferroviaire lors de l'exercice d'une activité de conduite ou d'une activité déterminante pour la sécurité dans le secteur ferroviaire n'est pas autorisée. La consommation de ces produits succédanés du tabac peut également entraîner un dépassement de la valeur-limite autorisée de THC dans le sang (1,5 microgramme de THC par litre de sang, art. 23, let. a, de la directive de l'OFT « Constatation de l'incapacité d'assurer le service dans le domaine ferroviaire conformément à l'OASF »

5.1 Abus d'alcool et dépendance à l'alcool

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

Examen périodique ou extraordinaire

Inapte

Il y a **abus d'alcool dangereux pour les transports** si la conduite de véhicule moteur ne peut pas être séparée avec suffisamment de sécurité d'une consommation d'alcool incompatible avec l'aptitude à la conduite. Cette règle s'applique également à l'exercice d'autres fonctions du domaine des transports ferroviaires déterminantes pour la sécurité. L'évaluation de l'aptitude en cas de problème lié à l'alcool ne repose donc pas exclusivement sur la preuve d'une dépendance.

Le diagnostic de **dépendance à l'alcool** peut être établi, lorsque trois ou plus des critères ci-après sont confirmés:

- Désir prononcé ou irrésistible de consommer de l'alcool.
- Capacité de contrôle diminuée sur le début et la fin de la consommation ainsi que sur la quantité consommée.
- Syndrome physique de manque en cas de cessation ou de réduction de la consommation (symptômes de manque spécifiques en fonction de la substance ou consommation de la même substance ou d'une substance similaire afin de diminuer ou d'éviter les symptômes de manque).
- Preuve du développement d'une tolérance.
- Négligence d'autres activités ou intérêts au profit de la consommation de la substance, important investissement en temps pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer des suites de la consommation
- Consommation de la substance malgré la preuve des conséquences nocives.

Récupération de l'aptitude après des problèmes liés à l'alcool

Abus d'alcool dangereux pour les transports

Afin d'être à nouveau déclaré apte, le patient doit, pour les degrés d'exigences 1 (conducteurs de véhicule moteur soumis à l'obligation de détenir un permis), prouver que sur une durée de 6 mois, il n'a pas consommé d'alcool avant de conduire (analyse capillaire de l'éthylglucuronide [EtG] < 30 pg/mg). Des analyses de l'EtG doivent être effectuées au cours de cette période, l'une au début, l'autre au milieu (après 3 mois) et la dernière à la fin des 6 mois. Si l'analyse effectuée au bout du troisième mois démontre une baisse conséquente de la présence d'EtG et si l'évaluation globale y est favorable, on peut envisager une reprise de l'activité dès la fin de ces trois mois. L'aptitude peut être admise à condition que le patient continue à se soumettre à des analyses capillaires de l'EtG tous les 6 mois et qu'aucun signe n'indique un abus d'alcool. La personne concernée ne peut exercer d'activité liée aux transports qu'avec une alcoolémie de 0,0 pour mille. Elle peut cependant consommer de l'alcool dans un cadre socialement acceptable, c'est-à-dire en dehors de ses heures de travail et de manière modérée. Ces dispositions doivent être fixées dans un contrat écrit valable au moins deux ans.

Les conducteurs qui ne sont pas obligés de détenir un permis et les autres personnes ayant des fonctions déterminantes pour la sécurité et relevant des degrés d'exigences 2 et 3 doivent prouver qu'ils n'ont pas consommé d'alcool pendant 2 mois (une consommation d'alcool socialement acceptable restant admise). La vérification se fait au moyen de contrôles de laboratoire effectués à intervalles irréguliers. Ensuite, l'aptitude sous réserve peut-être déclarée, sous réserve de l'exécution des contrôles de laboratoire. Cette obligation doit être fixée dans un contrat écrit d'une durée de validité minimale d'un an.

Dépendance à l'alcool

L'examen d'aptitude peut être réévalué après une année d'abstinence confirmée et moyennant l'attestation qu'une cure de désintoxication a été suivie avec succès (traitement stationnaire ou dans le cadre d'autres établissements pour les personnes dépendantes). La méthode utilisée pour procéder aux vérifications consiste en une analyse de l'EtG (valeur limite max. : 7 pg/mg) et en un nouveau contrôle effectué par le médecin-conseil. Dans des cas particulièrement positifs et si la coopération est excellente (reconnaissance du problème et étroite collaboration de l'entreprise, du collaborateur et du médecin-conseil), l'aptitude peut être réévaluée après six mois déjà.

L'aptitude peut être envisagée à nouveau lorsque l'abstinence est certifiée durable. Il faut poser la condition que la personne concernée visite régulièrement un service de consultation (conseil, service social, psychologue, psychiatre, médecin de famille). De plus, le patient doit s'engager à se soumettre à des analyses capillaires d'EtG tous les six mois pendant 2 ans (1 an pour le degré d'exigences 3). En outre, le médecin-conseil doit procéder à des réévaluations annuelles (semestrielles dans des cas justifiés). Ces conditions doivent être fixées dans un contrat écrit (même une année d'abstinence ne garantit pas le succès durable d'une thérapie, bien que le taux de rechute soit le plus élevé dans la première année).

Un traitement aux substances aversives (par exemple Disulfiram) ne constitue pas un critère d'exclusion pour recouvrer l'aptitude. Toutefois, il faut commencer la thérapie assez longtemps avant la reprise du travail en raison des risques liés aux effets secondaires (p. ex. fatigue).

5.2 Abus de stupéfiants et dépendance aux drogues

Abus de stupéfiants (cannabis)

Même procédure que lors du premier examen.

Dépendance aux drogues

Inaptitude

- La **dépendance aux drogues** est diagnostiquée lorsque trois ou plus des critères suivants sont remplis:
- Désir prononcé ou irrésistible de consommer des substances psychotropes.
- Capacité de contrôle diminuée sur le début et la fin de la consommation ainsi que sur la quantité consommée.
- Syndrome physique de manque en cas de cessation ou de réduction de la consommation (symptômes de manque spécifiques en fonction de la substance ou consommation de la même substance ou d'une substance similaire afin de diminuer ou d'éviter les symptômes de manque).
- Preuve du développement d'une tolérance.
- Négligence d'autres activités ou intérêts au profit de la consommation de la substance, important investissement en temps pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer des suites de sa consommation
- Consommation de la substance malgré la preuve de conséquences nocives.

Récupération de l'aptitude après des problèmes de drogue

L'examen d'aptitude peut être réévalué après une année d'abstinence confirmée et moyennant l'attestation qu'une cure de désintoxication a été suivie avec succès (traitement stationnaire ou dans le cadre d'autres établissements pour les personnes dépendantes). L'aptitude est donnée lorsque l'abstinence est attestée durable et à condition que la personne concernée se soumette régulièrement à un contrôle médical ainsi qu'à une réévaluation annuelle (semestrielle dans les cas justifiés) par le médecin-conseil. Ces conditions doivent être fixées dans un contrat écrit.

Substituts / Thérapie

- Méthadone: inaptitude : *Inaptitude*
- Thérapie au Naltrexon: *Inaptitude*

5.3 Autres substances psychotropes

Il convient d'évaluer soigneusement toute médication ordonnée ayant des répercussions possibles sur l'attention, les fonctions cognitives et / ou motrices (cf. partie 6: médicaments).

Procédure à suivre en cas de consommation de cannabis (THC)

Genre du contrôle	Urine-THC (screening)	Carboxy-THC- sang	Décision	Remarques
Premier contrôle (candidats) degré d'exigences 1, 2 et 3	positif	positif ¹⁾	inapte	Dans les cas particuliers, l'entreprise peut envisager une aptitude conditionnelle moyennant des contrôles d'urine
	positif	négatif	apte, avec communication à l'entreprise: THC positif	Sur demande de l'entreprise: contrôles d'urine pendant au moins 6 mois ²⁾
Premier contrôle (droits acquis, déjà engagé) degré d'exigences 1	positif	positif ¹⁾	inapte temporairement 6 mois	contrôles d'urine pendant au moins 6 mois ²⁾
	positif	négatif	apte, avec communication à l'entreprise: THC positif	sur demande de l'entreprise: contrôles d'urine pendant au moins 6 mois ²⁾
degré d'exigences 2 et 3	positif	positif ¹⁾	inapte temporairement 3 mois	contrôles d'urine pendant au moins 3 mois ²⁾
	positif	négatif	apte, avec communication à l'entreprise: THC positif	sur demande de l'entreprise: contrôles d'urine pendant trois mois au moins ²⁾
Contrôle périodique degré d'exigences 1, 2 et 3	positif	positif ¹⁾	comme droits acquis	<i>Contrôle d'urine uniquement en cas d'indication ou sur instruction de l'employeur</i> comme droits acquis
	positif	négatif	comme droits acquis	comme droits acquis

¹⁾ Positif: lorsque THC-COOH > 40 µg/l dans le sang total ou > 64 µg/l dans le sérum

²⁾ Lorsque 1x positif: test B chromatographie gaz, si la consommation est contestée - inapte si le test B est positif

6 Partie : Médicaments

Généralités

En règle générale, durant la phase initiale, une surveillance médicale particulièrement stricte est nécessaire pour le traitement avec des médicaments. La gestion médicale de la thérapie doit aussi être garantie plus tard et, selon les cas, être attestée à des intervalles appropriés.

Au moins 24 heures avant le début du travail et pendant celui-ci, il est interdit de prendre des médicaments psychotropes (exception: benzodiazépines à courte durée d'action, cf. ci-dessous). Les médicaments n'ayant pas d'effets sur l'aptitude à conduire peuvent être essayés au moins un jour avant le début du travail, pour identifier les éventuelles réactions individuelles indésirables ou inattendues.

En cas de prise de médicaments, il est indispensable de procéder à une évaluation individuelle de l'aptitude à conduire. Dans les cas particuliers, la maladie de base entraîne l'inaptitude à conduire. En cas de doute, un examen de psychologie des transports doit être exigé.

Lorsque le médecin de l'employé prescrit une (quelconque) médication psychotrope, le collaborateur est tenu d'en informer le médecin-conseil compétent afin que celui-ci puisse évaluer l'aptitude à conduire.

Classification des risques des substances: 'DRUID Review of existing classification efforts' bzw. 'DRUID Classification of medicinal drugs and driving: Co-ordination and synthesis report'.

6.1 Médicaments psychotropes

Premier examen

Il existe en règle générale une inaptitude en cas de prise chronique de médicaments psychotropes.

6.1.1 Benzodiazépines

Lors des examens périodiques et extraordinaires

A effet à court terme: flurazépam, midazolam, triazolam, lormétazépam, témazépam, Zolpidem

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

Aptitude sous réserve

Ces substances sont utilisées comme somnifères déployant leurs effets à court terme. Après avoir été prises, elles peuvent occasionner une amnésie. Dans ce cas, la personne peut certes être réveillée, mais elle ne peut plus se rappeler de ses actions. Entre la prise de ces médicaments et l'entrée en service, il faut observer au moins une pause de 8 heures. Ces substances ne peuvent être prises qu'en petites doses et sous surveillance médicale. Le patient doit avoir déjà de l'expérience avec ces médicaments et connaître leurs effets et leurs effets secondaires.

A effet à moyen et à long terme: oxazépam, lorazépam, bromazépam, flunitrazépam, nitrazépam

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

En cas de consommation durable, il existe une *inaptitude*

S'il s'agit uniquement d'une utilisation ponctuelle, on peut admettre une aptitude limitée (contrôles réguliers chez le médecin traitant) si la personne et son médecin disposent d'une expérience qui prouve que le médicament n'entraîne pas de risque important pour les activités déterminantes pour la sécurité.

6.1.2 Barbituriques

Lors des examens périodiques et extraordinaires

Degré d'exigences 1

Inaptitude

Etant donné que la demi-vie des substances est longue, on court le risque d'un cumul des effets négatifs sur les systèmes fonctionnels psychomoteurs.

Degrés d'exigences 2 et 3

Inaptitude en règle générale.

Dans des cas exceptionnels, une aptitude limitée peut être attestée, dans la mesure où la personne et son médecin traitant disposent d'une expérience qui prouve que le médicament n'entraîne pas de risque important pour les activités déterminantes pour la sécurité.

6.1.3 Neuroleptiques

Lors des examens périodiques et extraordinaires

Degré d'exigences 1

Inaptitude en règle générale.

A elle seule, la maladie de base implique généralement l'inaptitude à conduire. Si cela n'est pas le cas, une aptitude limitée (contrôles médicaux réguliers, contrôles annuels par le médecin conseil) peut être attestée dans des cas exceptionnels, lors d'avis médical spécialisé correspondant.

Degrés d'exigences 2 et 3

Inaptitude en règle générale

Dans des cas exceptionnels, une aptitude limitée peut être attestée, dans la mesure où la personne et son médecin traitant disposent d'une expérience qui prouve que le médicament n'entraîne pas de risque important pour les activités déterminantes pour la sécurité.

6.1.4 Antidépresseurs

Lors des examens périodiques et extraordinaires

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

Aptitude sous réserve

La thérapie doit avoir commencé plusieurs semaines avant la reprise du travail et le patient doit connaître les effets et les effets secondaires du médicament. A elle seule, la maladie de base implique généralement l'inaptitude. Dans les cas légers de dépression traités avec des médicaments sans effets secondaires sur la mémoire, le temps de réaction ou la vigilance, l'aptitude peut être admise moyennant un suivi et un contrôle permanent du médecin traitant, ainsi que des contrôles supplémentaires annuels (voire semestriels dans des cas justifiés par le médecin conseil). (Voir partie 5: maladies psychiatriques)

6.1.5 Bupropion, Vareniclin Tartrat

Lors des examens périodiques et extraordinaires

Aptitude sous réserve

La thérapie au Bupropion ou au Vareniclin doit commencer deux semaines avant la reprise du travail et le patient doit connaître l'effet et les effets secondaires du médicament. Le Bupropion est un médicament à effet central qui agit en augmentant les niveaux de noradrénaline et de dopamine. Le Vareniclin a des effets tant agonistiques qu'antagonistiques sur les récepteurs acétyl-cholestérine nicotinergènes neuronaux. Les deux substances sont utilisées pour la désaccoutumance au tabac. L'abandon de la fumée est souvent lié à des symptômes de sevrage tabagique tels que l'agitation, l'insomnie et le tremblement. Les effets secondaires suivants sont à considérer en particulier: troubles anxieux, agitation, désarroi, insomnie, troubles de la concentration, maux de tête, vertiges. Avec le Bupropion, il existe un risque accru de crampes. Des troubles visuels peuvent aussi se produire. L'absorption de Vareniclin peut provoquer l'envie de dormir.

6.1.6 Stimulants psychiques (méthylphénidate)

Lors des examens périodiques et extraordinaires

La prise de méthylphénidate (p. ex. la Ritaline®) n'entraîne pas en elle-même une inaptitude due à un déficit de l'attention/trouble de l'hyperactivité (ADHS) puisqu'au vu des expériences faites, le méthylphénidate – absorbé dans la dose prescrite et dans la voie d'application correcte – influence positivement la capacité de conduire.

Chez les candidats, le diagnostic d'ADHS conduit en règle générale à une décision d'inaptitude. Dans les cas de doute, la décision doit avoir lieu sur la base d'une expertise de psychologie des transports ou une telle expertise doit être mandatée ; cela est également valable pour les personnes qui travaillent depuis longtemps comme conducteurs de véhicules mais chez qui l'on constate pour la première fois l'absorption de méthylphénidate.

6.2 Antiépileptiques

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

Inaptitude en règle générale

Il faut s'attendre à une diminution des fonctions du système nerveux central, ainsi qu'à une sédation. A elle seule, la maladie de base entraîne l'incapacité à conduire (*voir maladies neurologiques*). En cas de prise d'un tel médicament pour d'autres indications (p.ex. migraine), une aptitude limitée est admise éventuellement si la personne et son médecin traitant disposent d'une expérience qui prouve que le médicament n'entraîne pas de risque important pour les activités déterminantes pour la sécurité.

6.3 Antidiabétiques

Voir partie 1: Diabète sucré

6.4 Antihypertenseurs

Voir partie 2: maladies cardiovasculaires

6.5 Anti-arythmiques

Voir partie 2: maladies cardiovasculaires

6.6 Antihistaminiques

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

- a) Avec effet central (antihistaminiques de la 1^{re} génération) tels que clémastine ou ketotifène
Inaptitude
- b) Antagonistes H1 sélectifs (antihistaminiques de la 2^e génération), n'ayant de préférence pas d'effet central, en particulier bilastine et fexofénadine
Aptitude admise

à condition que le patient connaisse précisément l'effet du nouveau médicament et qu'aucun effet diminuant la sécurité de la conduite n'ait été observé.

6.7 Analgésiques

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

- a) Opiacés, opioïdes, codéine
Inaptitude
- b) Salicylates, propyphénazone, paracétamol, antirhumatismaux (ibuprofène, diclofénac, naproxène)
Aptitude admise

En général, les analgésiques et les remèdes contre les rhumatismes influencent favorablement l'aptitude à la conduite, car l'attention durant la conduite peut être fortement détournée par la douleur. Des associations médicamenteuses à base de barbituriques ou de codéine peuvent entraîner un risque.

6.8 Autres médicaments

Degré d'exigences 1, 2 et 3

- a) Gouttes ophtalmiques (mydriatiques):
Inaptitude

- b) Anesthésiques
Inaptitude

Après une anesthésie locale (même après un traitement dentaire), il faut laisser passer au moins une période de douze heures, voire 48 heures après une narcose complète, avant d'admettre à nouveau l'aptitude.

- c) Anticoagulants
Aptitude limitée

Pour reprendre le travail, il faut un bon état sans forte variation, une bonne compliance du patient, ainsi que des contrôles serrés du médecin traitant. Souvent, la maladie de base est, à elle seule, la cause de l'inaptitude.

- d) Aspirine
L'aspirine ne pose pas de problèmes et n'a pas d'influence sur l'aptitude à conduire.

- e) Antibiotiques, agents anti-infectieux
Aptitude admise, à condition que le patient connaisse l'effet du nouveau médicament et qu'aucun effet diminuant l'aptitude de la conduite ne soit observé.

De fortes doses de médicaments anti-infectieux peuvent déclencher de l'hébétéude et des vertiges. Par ailleurs, la maladie de base est souvent la cause d'une inaptitude provisoire.

- f) Antitussifs Codéine
Inaptitude

Les antitussifs contenant de la codéine sont partiellement en vente libre. Dans l'anamnèse, la question de la consommation de tels médicaments doit être posée, et il faut renseigner la personne sur leurs effets sur l'aptitude à la conduite et au service.

- g) Traitements prophylactiques antipaludéens:
Aptitude admise à condition que la première prise du médicament ait lieu à un jour non travaillé.

Les antipaludéens – notamment la méfloquine – peuvent causer des psychoses aiguës, des états anxieux et une sensation de confusion.

- h) Relaxants musculaires
Inaptitude

Les relaxants musculaires ont des effets sédatifs importants. Aptitude admise, à condition que le patient connaisse précisément l'effet du nouveau médicament et qu'aucun effet diminuant la sécurité de la conduite n'ait été observé.

- i) Médicaments contre la maladie de Parkinson
Inaptitude

Ces médicaments occasionnent souvent de la fatigue. Par ailleurs, la maladie de base entraîne généralement, à elle seule, l'inaptitude.

- j) Traitement de la dépendance

Méthadone
Inaptitude

Naltrexon
Inaptitude

k) Médicaments cytostatiques
Inaptitude

Les traitements cytostatiques peuvent entraîner une fatigue accrue. Souvent, la maladie de base entraîne, à elle seule, l'inaptitude à conduire. En cas de prise d'un tel médicament pour d'autres indications (p.ex. méthotrexate pour des maladies rhumatismales), une aptitude limitée est possible éventuellement si la personne et son médecin traitant disposent d'une expérience qui prouve que le médicament n'entraîne pas de risque important pour les activités déterminantes pour la sécurité.

7 Partie : Maladies du système gastro-intestinal

7.1 Maladies gastro-intestinales

Degré d'exigences 1, 2 et 3

Premier examen

- Il existe une inaptitude en cas de:
- Maladies du tube digestif résistantes au traitement et ayant des répercussions fonctionnelles (troubles du transit intestinal; p.ex. coliques abdominales, diarrhées...)
- Maladies de l'œsophage avec troubles de la déglutition et perturbation de l'état général de santé
- Maladies de l'estomac et du duodénum résistantes au traitement (gastrite, ulcère, séquelles d'opérations telles que le dumping syndrome)
- Maladies de l'intestin grêle et du colon résistantes au traitement (M. Crohn, colite ulcéro-hémorragique, etc.)
- Maladies du pancréas résistantes au traitement
- Maladies gastro-intestinales présentant un risque chronique ou aigu d'hémorragie ou qui sont accompagnées d'anémie

Examens périodiques, examens extraordinaires

Les maladies du tube digestif résistantes au traitement ou récidivantes avec des répercussions fonctionnelles importantes entraînent une inaptitude.

- Gastrite ou ulcère gastrique / duodéal:
Après un traitement réussi et si l'absence de symptômes est établie, l'aptitude peut à nouveau être accordée. Un traitement aux antacides ou aux inhibiteurs de la pompe à protons n'entraîne pas de restriction de l'aptitude.
- Dumping syndrome postopératoire:
Inaptitude
- Maladie de Crohn / colite ulcéro-hémorragique:
Dans un état aigu, il existe une inaptitude. En l'absence de symptômes, on peut réévaluer l'aptitude. Le traitement à la mésalazine n'a pas d'effet négatif sur l'aptitude.

7.2 Maladies hépatiques

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

Premier examen

Il existe une inaptitude en cas de:

- *Maladie hépatique aiguë (jusqu'à la guérison complète des points de vue clinique et fonctionnel)*
- *Maladies hépatiques chroniques avec des répercussions fonctionnelles (infectieuses, génétiques, nutritives toxiques, etc.)*
- *Cirrhose du foie ou encéphalopathie hépatique*

- État après transplantation du foie (risque de complications tardives)

L'aptitude n'est pas limitée par des troubles du métabolisme de la bilirubine (M. Meulengracht).

Examens périodiques, examens extraordinaires

Il existe une inaptitude en cas de maladie hépatique chronique accompagnée d'un début d'insuffisance hépatique (faiblesse musculaire, spider naevi, érythème palmaire, circulation collatérale (caput medusae, varices oesophagiennes), ictère, ascite ou signes d'encéphalopathie).

8 Partie : Comportement en cas de don du sang

Les centres de transfusion sanguine suisses recommandent aux donneurs qui exercent une profession présentant des risques élevés en matière de sécurité, de donner leur sang à la fin du travail.

Les personnes des niveaux d'exigences 1, 2 et 3 ne doivent pas donner leur sang avant la prise du travail (ou pendant celui-ci) y compris les pauses. Si le centre de transfusion insiste pour qu'elles se soumettent à la prise du sang avant la fin d'un tour de service, elles ne peuvent reprendre le travail qu'après un tour de repos.

9 Partie : Pathologies oncologiques

Remarques générales (ne concernent que les degrés d'exigences 1 et 2)

Les conducteurs de véhicules moteurs qui suivent un traitement (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) en raison d'un carcinome sont considérés comme inaptes. Même en cas de succès thérapeutique, il existe toujours un danger en matière de sécurité en raison du risque de récurrence (localement ou sous la forme de métastases) car cette dernière peut provoquer une incapacité fonctionnelle soudaine. En médecine aéronautique, on utilise le terme de risque acceptable pour qualifier le risque d'incapacité fonctionnelle subite. Pour les vols non accompagnés, on cherche à atteindre un risque de 0,1% /an en la matière pour le trafic professionnel, et de 1,0% /an pour les vols accompagnés. Transposé aux rails, pour lesquels des dispositions de sécurité analogues s'appliquent au permis de conduire, le risque acceptable est fixé à 1.0%/an pour le degré d'exigence 1 (déjà acquis). Dans certains cas (état stable, existence d'une expertise oncologique allant dans ce sens, suivis correspondant à une indication médicale et clarification selon les critères oncologiques en vigueur), une aptitude sous réserve peut être prononcée.

Risque de récurrence (tumeur X, après résection chirurgicale, en fonction du stade atteint au moment du traitement primaire) (tableau 1)

Stade	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
1 (T1, N0)	5%	2%	1%	1%	1%
2 (T2, N0)	15%	10%	7%	5%	3%
3 (T1/2 N1)	30%	20%	15%	10%	5%

Organes ciblés par les métastases selon les références bibliographiques traitant de ces pathologies (tableau 2)

Organe ciblé	Fréquence
Site local et ganglions lymphatiques	60%
Foie	20%
Poumons	5%
Os	5%
Moelle osseuse	0%
Cerveau	10%

Risques d'incapacité fonctionnelle soudaine (tableau 3)

Organe ciblé par les métastases	Risque d'incapacité fonctionnelle
Site local et ganglions lymphatiques	1%

Foie	5%
Poumons	5%
Os	5%
Moelle osseuse	20%
Cerveau	100%

Le risque d'incapacité fonctionnelle soudaine est calculé de la façon suivante:

- Paramètres:
 - Tumeur X – risque de récurrence, en fonction du stade tumoral, en % (cf. tableau 1)
- Fréquence du développement de métastases dans les organes spécifiques, en % (x/100) (cf. tableau 2)
- Risque d'incapacité fonctionnelle du fait de la présence de métastases dans un organe spécifique, en % (x/100) (cf. tableau 3)

Tumeur X – risque de récurrence (%) x Incidence des métastases x Risque de métastases entraînant une incapacité fonctionnelle soudaine = Risque d'incapacité fonctionnelle estimé

Les recommandations de la médecine aéronautique sont prises comme références pour définir le risque acceptable d'incapacité fonctionnelle soudaine:

- Candidats:
 - 0,1% /an pour le degré d'exigences 1 (DE1), cat. B, B100, B80, B60.
 - Pour la catégorie A, A40 du DE1 et du DE2, 1,0% /an semble être acceptable comme risque d'incapacité fonctionnelle.
- Acquis:
 - 1,0% /an pour le degré d'exigences 1 (DE1), cat. B, B100, B80, B60.
 - Pour les degrés d'exigences 2 et 3 (DE 2) et la catégorie A, A40 du DE 1, l'aptitude peut être déterminée sur la base de l'évolution clinique (rémission, sans métastases) et moyennant des contrôles périodiques.

Exemple de métastases cérébrales (chiffres issus des tableaux 1-3):

Année 1/stade 1: $5\% * 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 0,5\%$ de risque d'incapacité fonctionnelle

Année 1/stade 2: $15\% * 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 1,5\%$ de risque d'incapacité fonctionnelle

Année 1/stade 3: $30\% * 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 3,0\%$ de risque d'incapacité fonctionnelle

* Tableau 1

** Tableau 2

*** Tableau 3

Le seuil de 0,5% de risque d'incapacité fonctionnelle n'est autorisé qu'à certaines conditions pour les candidats au DE1, cat. B, B100, B80, B60 ; pour toutes les autres catégories et activités déterminantes pour la sécurité, l'autorisation est sans condition. Une fourchette de 1,5% à 3,0% de risque d'incapacité fonctionnelle s'applique sans réserve seulement aux degrés d'exigences 2 et 3 (déjà acquis), en fonction de l'évolution clinique (rémission, sans métastases).

Année 5/stade 1: $1\% * 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 0,1\%$ de risque d'incapacité fonctionnelle

Année 5/stade 2: $3\% * 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 0,3\%$ de risque d'incapacité fonctionnelle

Année 5/stade 3: $5\% * 10/100^{**} \times 100/100^{***} = 0,5\%$ de risque d'incapacité fonctionnelle

Au-delà de 5 années, le risque de récurrence diminue, de sorte qu'une attestation sans condition peut être délivrée pour tous les degrés d'exigences, toutes catégories confondues,

pour le stade 1. Pour les stades 2 et 3 en revanche, l'attestation reste soumise à conditions pour les candidats au degré d'exigences 1, cat. B, B100, B80, B60.

9.1 Mélanome

Une nouvelle attestation peut être en principe délivrée dès lors qu'aucun ganglion lymphatique n'est touché lors du diagnostic primaire. Le stade est déterminé en fonction de l'épaisseur verticale de l'excision (selon l'indice de Breslow).

Stade 1: épaisseur verticale 0,1 - 1,49 mm

Stade 2: épaisseur verticale 1,5 - 1,49 mm

Stade 3: épaisseur verticale > 3,5 mm

a) Candidats:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

Stade 1: attestation sans condition possible, si > 2 ans sans récurrence

Stade 2: attestation sans condition possible, si > 6 ans sans récurrence

Stade 3: attestation sans condition impossible

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Stade 1: attestation sans condition possible après résection réussie + un intervalle de 6 mois sans récurrence

Stade 2: attestation sans condition possible, si > 1 an sans récurrence

Stade 3: attestation sans condition possible, si > 3 ans sans récurrence

b) Acquis:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

Stade 1: attestation sans condition possible après résection réussie

Stade 2: attestation sans condition possible, si > 1 an sans récurrence

Stade 3: attestation sans condition possible, si > 3 ans sans récurrence

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Déterminer l'aptitude sur la base de l'évolution clinique et moyennant des contrôles périodiques.

9.2 Carcinome du colon et du rectum

Le risque de métastases cérébrales est très réduit (env. 5%) ; les plus fréquentes sont les métastases hépatiques (50%).

Stade A (Dukes, muqueuse uniquement) = T1, N0 (TNM)

Stade B (Dukes, musculuse) = T2/3/4, N0 (TNM)

Stade C (Dukes, ganglions lymphatiques) = T1/2/3/4, N 1/2/3 (TNM)

a) Candidats:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80 :

Stade A: attestation sans condition possible si > 1 an sans récurrence

Stade B: attestation sans condition possible si > 4 ans sans récurrence

Stade C: attestation sans condition possible si > 6 ans sans récurrence

Attestation DE1, cat. A + DE2+3:

Stade 1: attestation sans condition possible après résection réussie + un intervalle de 6 mois sans récurrence

- Stade 2: attestation sans condition possible après résection réussie + un intervalle de 6 mois sans récurrence
Stade 3: attestation sans condition possible si > 1 an sans récurrence

b) Acquis:

Attestation DE1, cat. B, B80, B80, B60:

- Stade 1: attestation sans condition possible après résection réussie + un intervalle de 6 mois sans récurrence
Stade 2: attestation sans condition possible après résection réussie + un intervalle de 6 mois sans récurrence
Stade 3: attestation sans condition possible si > 1 an sans récurrence

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Déterminer l'aptitude sur la base de l'évolution clinique et moyennant des contrôles périodiques.

9.3 Tumeur des testicules

Grâce aux chimiothérapies modernes, la plupart des tumeurs des testicules sont curables (taux de guérison d'environ 90% après chimiothérapie de tératomes et après radiothérapie de séminomes). Les marqueurs tumoraux permettent d'identifier une récurrence de façon relativement fiable. Avec un risque de récurrence d'environ 25%, une surveillance oncologique étroite offre la possibilité de réagir rapidement.

- Stade I: tumeur limitée aux tissus testiculaires
Stade II: tumeur primaire + ganglions lymphatiques dans l'abdomen
Stade III: tumeur primaire + ganglions lymphatiques susdiaphragmatiques
Stade IV: métastases extra-lymphatiques (essentiellement dans les poumons)

a) Candidats:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

- Stade I: attestation sans condition possible si > 1 an sans récurrence
Stade II/III: attestation sans condition possible si > 4 ans sans récurrence
Stade IV: attestation sans condition possible si > 6 ans sans récurrence

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

- Stade I: attestation sans condition possible en cas de succès thérapeutique + un intervalle de 6 mois sans récurrence
Stade II/III: attestation sans condition possible si > 1 an sans récurrence
Stade IV: attestation sans condition possible si > 3 ans sans récurrence

b) Acquis:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

- Stade I: attestation sans condition possible en cas de succès thérapeutique + un intervalle de 6 mois sans récurrence
Stade II/III: attestation sans condition possible si > 1 an sans récurrence
Stade IV: attestation sans condition possible si > 3 ans sans récurrence

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Déterminer l'aptitude sur la base de l'évolution clinique et moyennant des contrôles périodiques.

9.4 Lymphome hodgkinien

Le traitement des lymphomes hodgkiniens a connu une amélioration radicale au cours des dernières décennies. Le taux de guérison à 5 ans (après traitement) va de 65% (stade IV) à 85% (stade I). Du point de vue médical spécifique aux transports, le fait que la moelle osseuse soit touchée est particulièrement problématique car cela entraîne un risque d'inaptitude fonctionnelle (anémie).

Stade I: une région corporelle touchée
Stade II: deux régions corporelles touchées, du même côté du diaphragme
Stade III: deux régions corporelles touchées, de deux côtés différents du diaphragme
Stade IV: pathologie extranodale (viscérale)

a) Candidats:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

Stade I: attestation sans condition possible si > 4 ans sans récurrence

Stade II/III: attestation sans condition possible si > 5 ans sans récurrence

Stade IV: attestation sans condition possible si > 6 ans sans récurrence

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Attestation sans condition possible en cas de succès thérapeutique + un intervalle de 6 mois sans récurrence

b) Acquis:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

Attestation sans condition possible en cas de succès thérapeutique + un intervalle de 6 mois sans récurrence

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Déterminer l'aptitude sur la base de l'évolution clinique et moyennant des contrôles périodiques.

9.5 Lymphome non-hodgkinien

L'absence de récurrence à 5 ans dépend avant tout de l'histologie. Ce taux est de 60% dans les tumeurs de faible degré de malignité, de 40% dans les tumeurs de degré intermédiaire et de seulement 25% dans les tumeurs de degré élevé. En raison du risque d'implication de la moelle osseuse et donc de survenue d'une anémie, il n'est plus possible d'accorder d'attestation pour le DE1, cat. B, B100, B80, B60.

Faible degré de malignité: petite cellules
Degré intermédiaire: grandes cellules
Degré élevé: non différenciées

a) Candidats:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

Faible degré de malignité: seulement attestation sous réserves possible

Degré intermédiaire: seulement attestation sous réserves possible

Degré élevé: seulement attestation sous réserves possible

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Faible degré de malignité: attestation sans condition possible si > 2 ans sans récurrence

Degré intermédiaire: attestation sans condition possible si > 3 ans sans récurrence

Degré élevé: attestation sans condition possible si > 4 ans sans récurrence

b) Acquis:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:
Faible degré de malignité: attestation sans condition possible si > 2 ans sans récidive
Degré intermédiaire: attestation sans condition possible si > 3 ans sans récidive
Degré élevé: attestation sans condition possible si > 4 ans sans récidive

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:
Déterminer l'aptitude sur la base de l'évolution clinique et moyennant des contrôles périodiques.

9.6 Carcinome bronchique

Les carcinomes bronchiques à petites cellules ont généralement déjà métastasé lorsque le diagnostic est posé ; ils ne sont pas pris en compte dans les considérations ci-dessous. Les carcinomes bronchiques non à petites cellules métastasent dans le foie (40%), les surrénales (30%), le cerveau (25%) et les os (20%). Concernant les métastases au cerveau, on considère que l'incidence est de 6%.

Stade 1: T1/T2, N0, M0

Stade 2: T1/T2, N1, M0

Stade 3: tous T/N, M0

a) Candidats:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

Stade 1: seulement attestation sous réserves possible

Stade 2: seulement attestation sous réserves possible

Stade 3: seulement attestation sous réserves possible

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Stade 1: attestation sans condition possible si > 2 ans sans récidive

Stade 2: attestation sans condition possible si > 3 ans sans récidive

Stade 3: attestation sans condition possible si > 5 ans sans récidive

b) Acquis:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

Stade 1: attestation sans condition possible si > 2 ans sans récidive

Stade 2: attestation sans condition possible si > 3 ans sans récidive

Stade 3: attestation sans condition possible si > 5 ans sans récidive

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Déterminer l'aptitude sur la base de l'évolution clinique et moyennant des contrôles périodiques.

9.7 Carcinome mammaire

Les estimations s'appuient sur le taux de survie à 5 ans en fonction de chacun des stades de la maladie (stade 1 = 90%, stades 2 et 3 = 50%, stade 4 = 10%). Au stade 4, le risque de métastases cérébrales est environ de 20%. Le problème que pose le carcinome mammaire tient au fait qu'une récidive peut intervenir de nombreuses années après le traitement primaire.

Stade 1: limité aux seins

Stade 2+ 3: ganglions lymphatiques locaux touchés

Stade 4: propagation plus large

a) Candidats:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

Stade 1: attestation sans condition possible si > 2 ans sans récurrence

Stade 2: attestation sans condition possible si > 6 ans sans récurrence

Stade 3: seulement attestation sous réserves possible

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Stade 1: attestation sans condition possible en cas de succès thérapeutique+ un intervalle de 6 mois sans récurrence

Stade 2: attestation sans condition possible si > 1 an sans récurrence

Stade 3: attestation sans condition possible si > 3 ans sans récurrence

b) Acquis:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

Stade 1: attestation sans condition possible en cas de succès thérapeutique+ un intervalle de 6 mois sans récurrence

Stade 2: attestation sans condition possible si > 1 an sans récurrence

Stade 3: attestation sans condition possible si > 3 ans sans récurrence

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Déterminer l'aptitude sur la base de l'évolution clinique et moyennant des contrôles périodiques.

9.8 Carcinome rénal

Le taux de survie à 5 ans est de 70 % au stade 1 ou 2, de 35 % au stade 3 et de 10 % au stade 4. Le risque de métastases cérébrales est de 2 %.

Stades 1/2: limité à la capsule rénale ou au tissu adipeux périrénal

Stade 3: vaisseaux sanguins rénaux/ganglions lymphatiques régionaux touchés

Stade 4: atteinte extranodale

a) Candidats:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

Stade 1: attestation sans condition possible si > 4 ans sans récurrence

Stade 2: attestation sans condition possible si > 5 ans sans récurrence

Stade 3: seulement attestation sous réserves possible

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Attestation possible en cas de succès thérapeutique + un intervalle de 6 mois sans récurrence

b) Acquis:

Attestation DE1, cat. B, B100, B80, B60:

Attestation possible en cas de succès thérapeutique + un intervalle de 6 mois sans récurrence

Attestation DE1, cat. A, A40 + DE2+3:

Déterminer l'aptitude sur la base de l'évolution clinique et moyennant des contrôles périodiques.

10 Partie : Maladies de l'appareil respiratoire

Il arrive que les maladies pulmonaires limitent sévèrement la capacité d'une personne aux activités déterminantes pour la sécurité. De tels cas sont rares mais peuvent constituer un danger potentiel pour la sécurité ferroviaire, suite à une crise d'asthme, à une quinte de toux ou à une syncope due à un accès de toux, voire à une insuffisance respiratoire sous forme de troubles des échanges gazeux. Lorsque les points importants de l'anamnèse décèlent une maladie pulmonaire, de plus amples examens s'imposent: imagerie médicale, tests de la fonction pulmonaire, saturation oxygénée.

10.1 Asthme bronchique

Degré d'exigences 1, 2 et 3

Premier examen, examen périodique, examen extraordinaire

Inaptitude, en cas d'asthme anamnésique instable avec crises d'asthme répétées

Il est possible de prononcer à titre exceptionnel une aptitude sous réserves (périodicité écourtée) si les conditions suivantes sont remplies:

- -Absence de crises et de douleurs sous traitement médicamenteux;
- Absence de crises d'asthme répétées dans l'anamnèse et pas d'hospitalisation avec thérapie adéquate.

10.2 Bronchite chronique obstructive (BCO) et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

Premier examen, examen périodique, examen extraordinaire

Inaptitude en cas de formes sévères d'une BCO

Des formes atténuées à moyennes de BCO (stade I-II selon la classification GOLD) avec restriction de la fonction pulmonaire (FEV1 > 50%) et saturation périphérique en oxygène (oxymétrie de pouls) > 90% conduisent à une aptitude conditionnelle (périodicité réduite). En cas de doute, il faut procéder à une expertise médicale spécialisée.

10.3 Autres maladies pulmonaires chroniques avec restrictions fonctionnelles, y compris l'emphysème, pneumothorax récidivant

Degré d'exigences 1, 2 et 3

Premier examen

Inaptitude

Autorisation envisageable le cas échéant sur la base d'une expertise favorable en pneumologie.

Examen périodique, examen extraordinaire

Inaptitude

Autorisation envisageable le cas échéant sur la base d'une expertise favorable en pneumologie.

10.4 Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)

Il y a suspicion d'apnées obstructives du sommeil lorsque le résultat du questionnaire de dépistage ci-dessous est de plus de 10 points. En cas de doute, il y a lieu de requérir une expertise en médecine du sommeil.

Premier examen

Dans des cas exceptionnels, on peut admettre une *aptitude sous réserve* si la personne et son médecin disposent d'une expérience qui prouve que le médicament n'entraîne pas de risque important pour les activités déterminantes pour la sécurité.

Degré d'exigences 1

Inaptitude (en cas de diagnostic confirmé par un médecin-spécialiste)

Degrés d'exigences 2 et 3

Aptitude admise à titre exceptionnel dans des cas justifiés (en cas de bonne observance au traitement, par ex.).

Examen périodique, examen extraordinaire

Degrés d'exigences 1, 2 et 3

Aptitude sous réserve

En présence de symptômes de somnolence diurne, on proposera de raccourcir l'intervalle entre les examens médicaux ; alors que si, d'après le questionnaire de dépistage, il y a lieu de penser que le patient présente des *symptômes de somnolence diurne* (résultat > 10 points), il faudra requérir un *examen d'aptitude par un spécialiste en médecine du sommeil avec certificat d'aptitude à la médecine du sommeil*. Si le soupçon de SAOS diagnostiqué se confirme, il faut déterminer une inaptitude limitée pour une durée d'au moins 4 semaines afin de vérifier le succès de la thérapie (p.e. au moyen d'une CPAP). L'aptitude renouvelée conditionnellement ne peut être corroborée que lorsqu'une thérapie aura été réalisée systématiquement et avec succès (vérification en médecine du sommeil). En cas de doute, il y a lieu de vérifier au moyen d'un test de maintien d'éveil (TME ; Maintenance of Wakefulness Test MWT pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite) avec dérivation électro-encéphalographique (EEG) si les somnolences diurnes ont disparu.

En présence de SAOS déjà diagnostiqué: si une thérapie adéquate (p. ex. une CPAP) fait disparaître les symptômes et qu'un spécialiste n'émet aucune appréhension, une aptitude limitée est autorisée à la condition que la personne concernée suive une thérapie continue et qu'elle se soumette à des contrôles réguliers (confirmés par un accord écrit). Le succès de la thérapie doit être régulièrement corroboré par une évaluation médicale spécialisée. Il faut prévoir des contrôles d'aptitude annuels. En l'absence d'un traitement suffisant, la personne est inapte à conduire. Si des doutes subsistent quant au succès de la thérapie, un test de maintien d'éveil (Maintenance of Wakefulness Test (MWT) avec dérivation encéphalographique ou éventuellement une expertise en matière de psychologie des transports permettra de clarifier la situation. Il convient de tenir compte des exigences suivantes :

- degrés d'exigences 1 et 2 : aucun endormissement avec une latence de moins de 34 minutes ; aucun épisode de micro-sommeil ;
- degré d'exigences 3 : aucun endormissement avec une latence de moins de 20 minutes

Questionnaire de dépistage de la somnolence diurne et de l'apnée du sommeil (Commission européenne)

Les questions suivantes ont été conseillées à des fins de dépistage par la Commission européenne en complément de l'échelle d'Epworth pour l'évaluation des risques en cas de somnolence diurne et pour le dépistage d'un SAOS (cf. Recommandations destinées aux médecins et aux centres de médecine du sommeil accrédités pour la prise en charge de patients souffrant de somnolence diurne, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, swiss-sleep)

Sexe	<input type="checkbox"/> masculin = 2 points <input type="checkbox"/> féminin = 1 point
Âge	<input type="checkbox"/> < 30 ans = 1 point <input type="checkbox"/> > 30 ans = 2 points
Taille
Poids / IMC	<input type="checkbox"/> ≤ 30 = 1 point <input type="checkbox"/> 31-35 = 2 points <input type="checkbox"/> ≥ 35 = 3 points
Vous êtes-vous déjà endormi au volant?	<input type="checkbox"/> oui = 3 points <input type="checkbox"/> non = 0 points <input type="checkbox"/> je ne sais pas = 2 points
Accident causé par le micro-sommeil ayant entraîné des dommages matériels ou corporels au cours des 3 dernières années?	<input type="checkbox"/> oui = 4 points <input type="checkbox"/> non = 0 point <input type="checkbox"/> je ne sais pas = 3 points
Ronflement sonore toutes les nuits ?	<input type="checkbox"/> oui = 2 points <input type="checkbox"/> non = 0 points <input type="checkbox"/> je ne sais pas = 1 point
Pauses respiratoires durant le sommeil ?	<input type="checkbox"/> oui = 1 point <input type="checkbox"/> non = 0 points <input type="checkbox"/> je ne sais pas = 0 points
Réveil frais et dispos après une nuit de sommeil ininterrompu	<input type="checkbox"/> oui = 0 points <input type="checkbox"/> non = 2 points <input type="checkbox"/> je ne sais pas = 1 point
Échelle d'Epworth	<input type="checkbox"/> ≤ 10 = 0 points <input type="checkbox"/> 11-14 = 2 points <input type="checkbox"/> ≥ 15 = 4 points

L'évaluation du risque se fait au moyen d'un algorithme qui pondère le sexe masculin, un âge >30 ans, un IMC >30 voire >36, et toutes les réponses défavorables ou «je ne sais pas» comme des facteurs aggravants. Un total des facteurs >10 indique une suspicion de somnolence diurne (en particulier de SAOS) et appelle un examen médical, avant d'établir l'aptitude à la conduite ou de signaler le patient aux autorités.