



**« ROUTE ET MÉDECINE »  
ASSISES NATIONALES DES MÉDECINS AGRÉÉS  
POUR LE CONTRÔLE DE L'APTITUDE À LA CONDUITE  
Vendredi 6 Décembre 2024**

# **Epilepsie et conduite automobile**

**Sébastien BOULOGNE – Praticien Hospitalier MD, PhD**  
Service neurologie fonctionnelle et épileptique – Hospices civils de Lyon

# Conflits d'intérêt

- Absence de conflits pour cette présentation

Laboratoire	Nature du lien
<ul style="list-style-type: none"><li>• UCB Pharma</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orateur et consultant; remboursement frais de congrès</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• EISAI</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orateur</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ANGELINI Pharma</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orateur et consultant; remboursement frais de congrès</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Biotrial Neurosciences</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultant</li></ul>

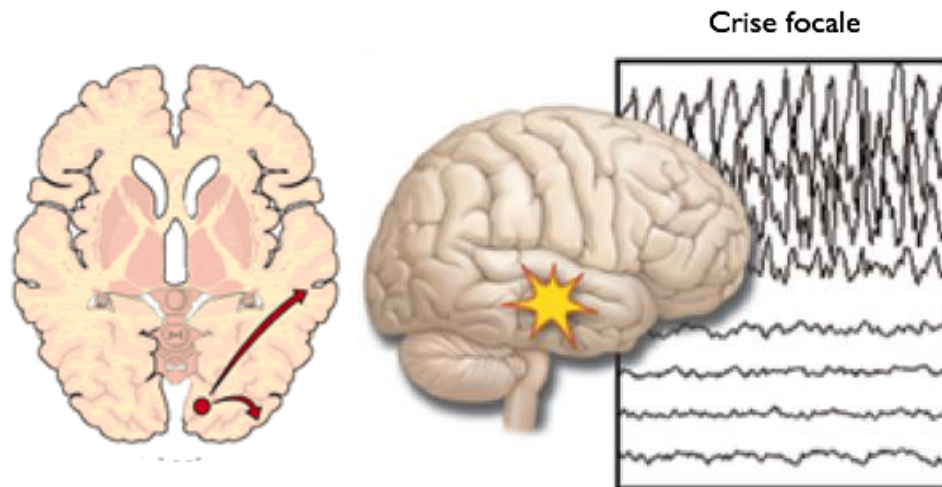
# Objectifs de la présentation

- Epilepsie, Conduite & Qualité de vie
- Evaluation du risque de récurrence
- Evaluation des situations particulières
- Vignettes cliniques



## ■ Crise épileptique

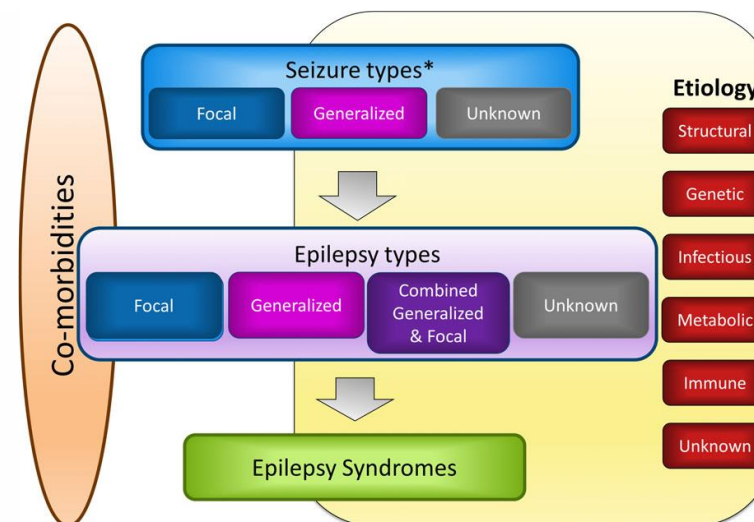
- Apparition de signes/symptômes secondaires à une activité neuronale anormale et excessive d'un groupe de neurones du cortex
- Très grande variété de présentations cliniques



# Définitions

## ■ Définition ILAE de la maladie épileptique

- Trouble cérébral caractérisé par une prédisposition durable à générer des crises épileptiques **ET** par leurs conséquences neurobiologiques, cognitives, psychologiques et sociales
- Définition opérationnelle :
  - survenue de 2 crises **spontanées** espacées d'au moins 24h sur une période de 5 ans
  - survenue d'au moins 1 crise spontanée avec un risque de récurrence considéré comme élevé sur la base des explorations d'imagerie et/ou EEG.



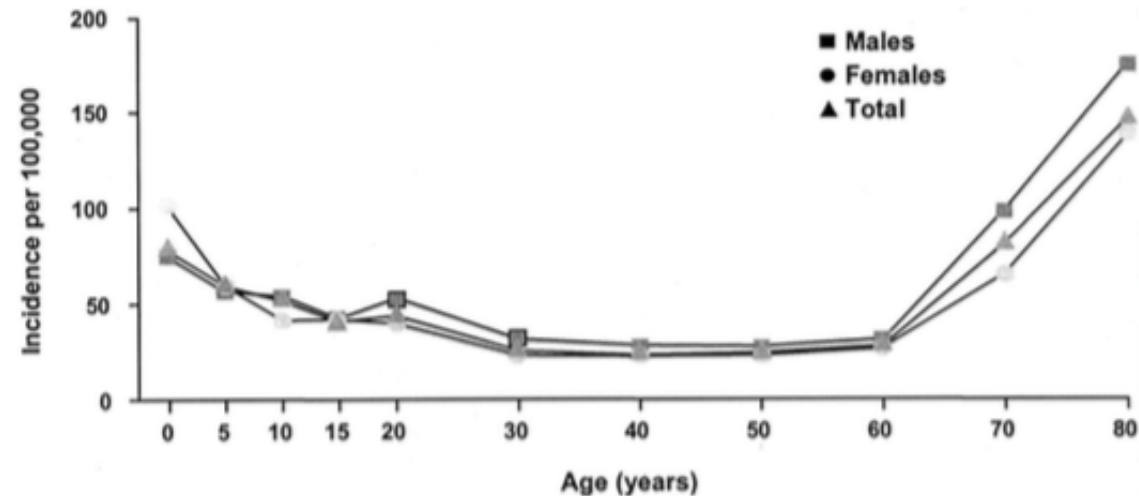
- **Définition ILAE de la maladie épileptique**
  - Trouble cérébral caractérisé par une prédisposition durable à générer des crises épileptiques **ET** par leurs conséquences neurobiologiques, cognitives, psychologiques et sociales
  - Définition opérationnelle :
    - survenue de 2 crises **spontanées** espacées d'au moins 24h sur une période de 5 ans
    - survenue d'au moins 1 crise spontanée avec un risque de récurrence considéré comme élevé sur la base des explorations d'imagerie et/ou EEG.
  
- **Crise spontanée ≠ crises provoquées (par un facteur identifiable non susceptible de se reproduire)**
  - stress physiologique (ex: dette de sommeil)
  - désordre métabolique (ex: hypoglycémie)
  - cause toxique (ex: alcoolisation)
  - période de 7-14 jours suivant une lésion cérébrale aiguë (ex: traumatisme crânien)



# Définitions

## ■ Affection fréquente

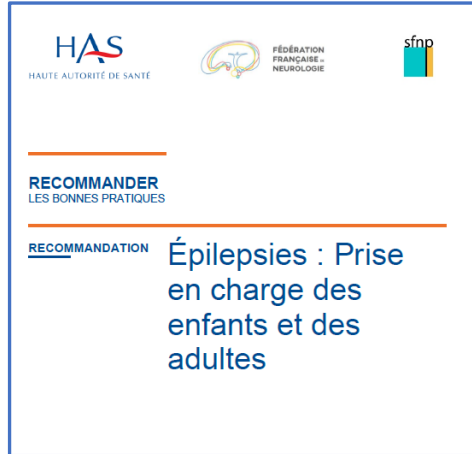
- 0,5% de la population générale
- 500 000 patients en France dont 90 000 enfants & adolescents



- **30% de pharmacorésistance** (= persistance de crises malgré traitement = échec de deux monothérapies bien conduites)

➔ **Nombre significatif de patients avec restriction potentielle de conduite**

# Conduite & qualité de vie



## 4. Prise en charge des épilepsies

### 4.1. Principes généraux

**R34.** L'objectif prioritaire de la prise en charge des épilepsies est l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs proches, dans toutes ses dimensions (organiques, psychologiques, cognitives, affectives, sociales, professionnelles). (AE)

#### 4.2.2. Objectifs du traitement

**R44.** L'objectif du traitement médicamenteux est l'absence de crise d'épilepsie associée à une bonne tolérance du traitement, si cela est possible. Si cela n'est pas possible, le traitement médicamenteux vise à réduire le nombre de crises, avec la meilleure qualité de vie possible. (AE)

**R45.** La stratégie thérapeutique doit être individualisée, en accord avec le patient et/ou sa famille et/ou son représentant légal, en fonction des caractéristiques du patient (sexe, âge, etc.), du type de crise, du diagnostic syndromique, des médicaments et thérapeutiques existantes, des comorbidités et du mode de vie du patient. (AE)





# Conduite & qualité de vie

The impact of epilepsy on quality of life: Findings from a European survey



Adam Strzelczyk <sup>a,\*</sup>, Angel Aledo-Serrano <sup>b</sup>, Antonietta Coppola <sup>c</sup>, Adrien Didelot <sup>d</sup>, Elizabeth Bates <sup>e</sup>, Ricardo Sainz-Fuertes <sup>e</sup>, Charlotte Lawthom <sup>f</sup>

A. Strzelczyk, A. Aledo-Serrano, A. Coppola et al.

Epilepsy & Behavior 142 (2023) 109179

- Aptitude à la conduite = facteur majeur de qualité de vie
  - Accès aux formations et à l'emploi
  - Insertion sociale
  - Sentiment de stigmatisation
  
- Repère pour autoriser les activités sportives et professionnelles à risque (Capovilla et al. 2016)

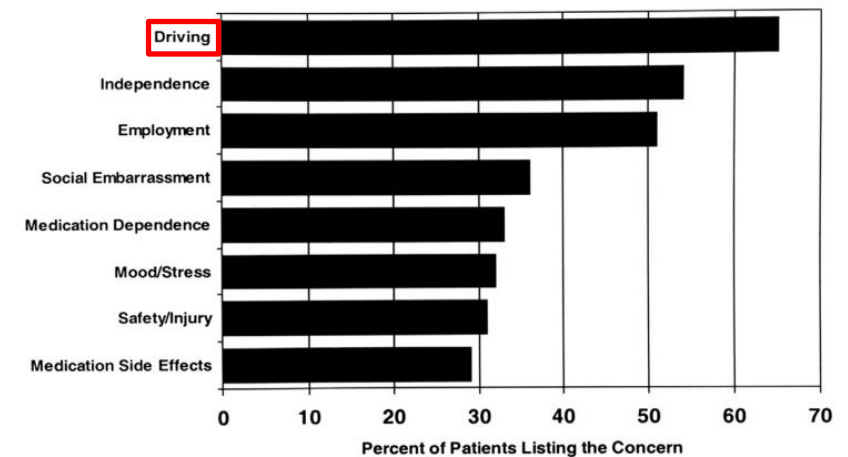
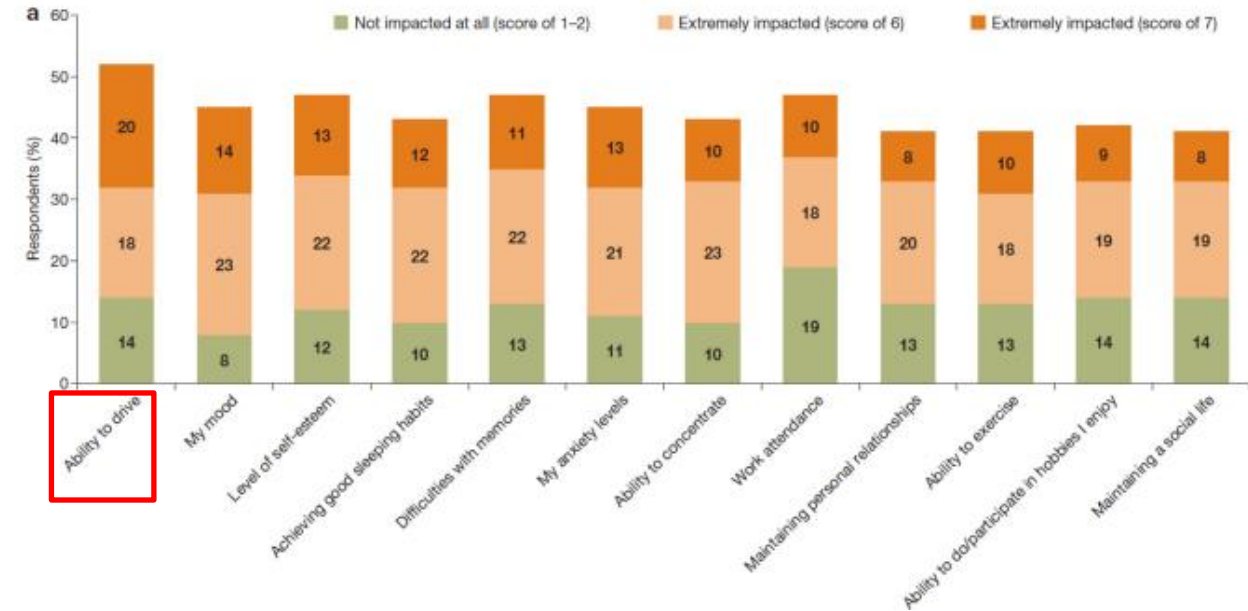


Fig. 1. Concerns noted by individuals with epilepsy. (Adapted from Gilliam F, Kuzniecky R, Faught E, et al. Patient-validated content of epilepsy-specific quality-of-life measurement. *Epilepsia* 1997;38:235.)





# Epilepsie & Accidentogénicité



## ■ Existence d'un sur-risque d'AVP

- Estimé à +30% (Bilban, 2008)
- 20-40 % des patients avec épilepsie rapportent un AVP consécutif à une crise, généralement suite à oubli du traitement ou non respect des règles d'aptitude (Kraus 1999, Berg 2000)

## ■ MAIS accidents sévères rares (Sheth 2004)

- 0,2 % des décès par AVP seraient dus à une crise épileptique
- AVP impliquant des personnes avec épilepsie majoritairement liés à des erreurs de conduite ; seuls 10 % secondaires à des crises
- Proportion de blessures en lien avec des accidents de transport similaire à celle de la population générale (Tellez-Zenteno 2008)

**Table 3. Mechanisms of injuries: 12-month frequency (%) among those reporting injuries that caused limitations of activities**

Mechanism	General population (%)	PWE (%)	RR	CI <sub>95</sub>
Fall	37.3	44.6	1.2	0.8–1.6
Transportation accident	6.7	5.8	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>
Bumped/crushed by objects	15.1	13.5	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>
Contact sharp/hot object	12.6	13.8	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>
Overexertion	20.3	11.3	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>
Other	7.6	10.8	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>

➔ **Principal facteur prédictif = durée de liberté de crises**



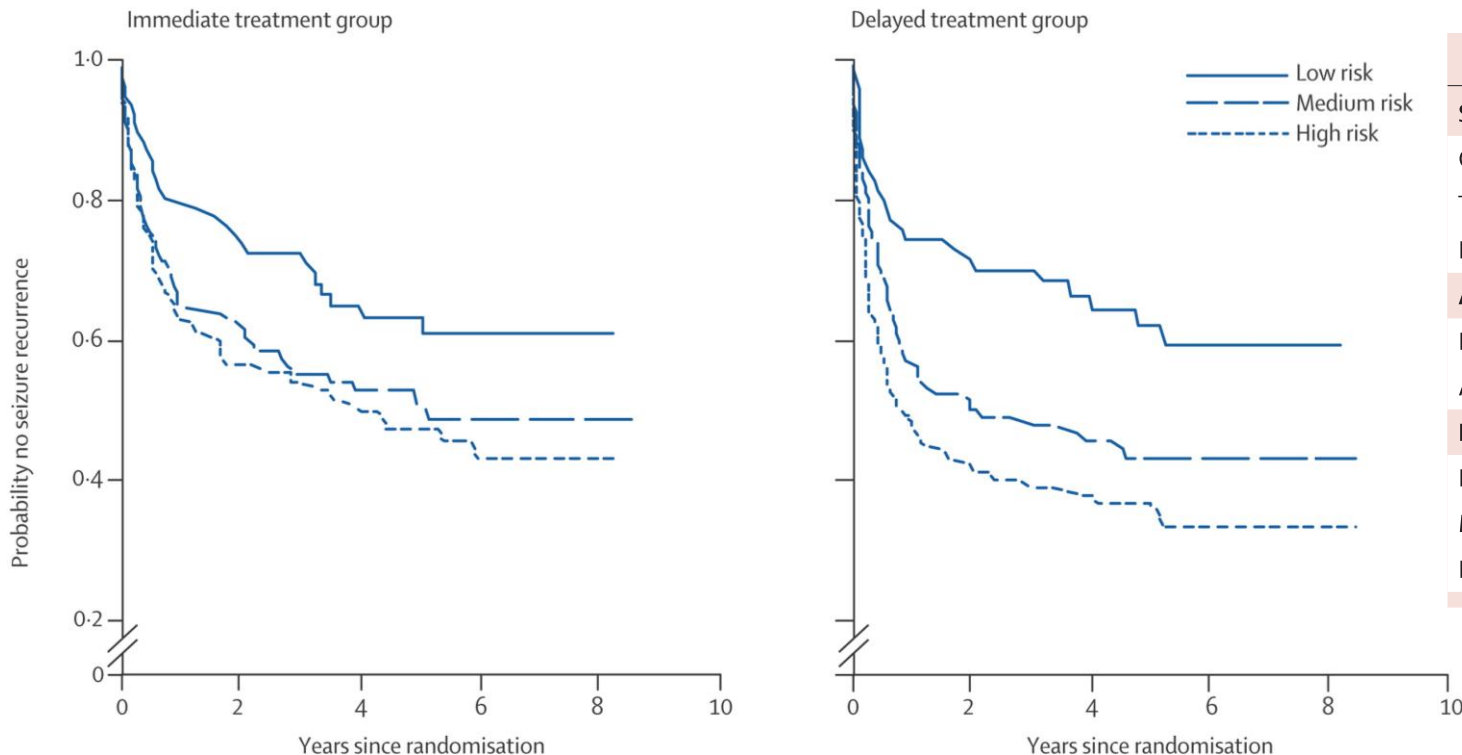
# EVALUATION DU RISQUE DE RÉCIDIVE

# Risque de récurrence après 1<sup>e</sup> crise

Prediction of risk of seizure recurrence after a single seizure and early epilepsy: further results from the MESStrial

*Lois GKim, Tony L Johnson, Anthony GMarson, David W Chadwick on behalf of the MRCMESS study group*

- Etude MESS (MRC Multicentre trial for Early Epilepsy and Single Seizures)
  - 1443 patients dans 13 pays
  - Randomisation entre traitement AE dès 1<sup>e</sup> crise ou selon évolution



	Prognostic index
<b>Starting value</b>	
One seizure prior to presentation	0
Two or three seizures prior to presentation	1
Four or more seizures prior to presentation	2
<b>Add if present</b>	
Neurological disorder or deficit, learning disability, or developmental delay	1
Abnormal EEG	1
<b>Risk classification group for seizure recurrence*</b>	
Low risk	0
Medium risk	1
High risk	2-4

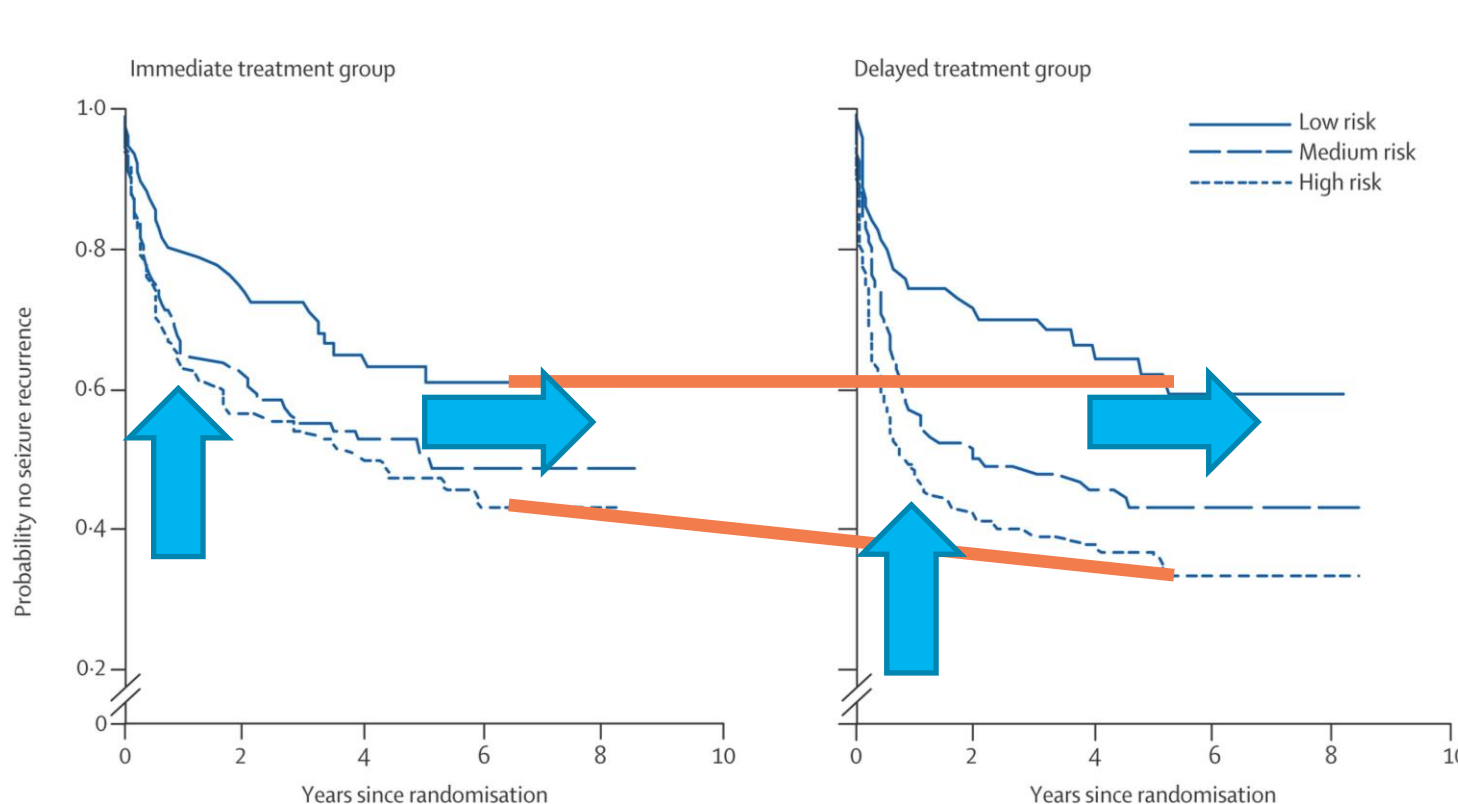


# Risque de récurrence après 1<sup>e</sup> crise

Prediction of risk of seizure recurrence after a single seizure and early epilepsy: further results from the MESSTrial

Lois GKim, Tony L Johnson, Anthony GMason, David W Chadwick on behalf of the MRCMESS study group

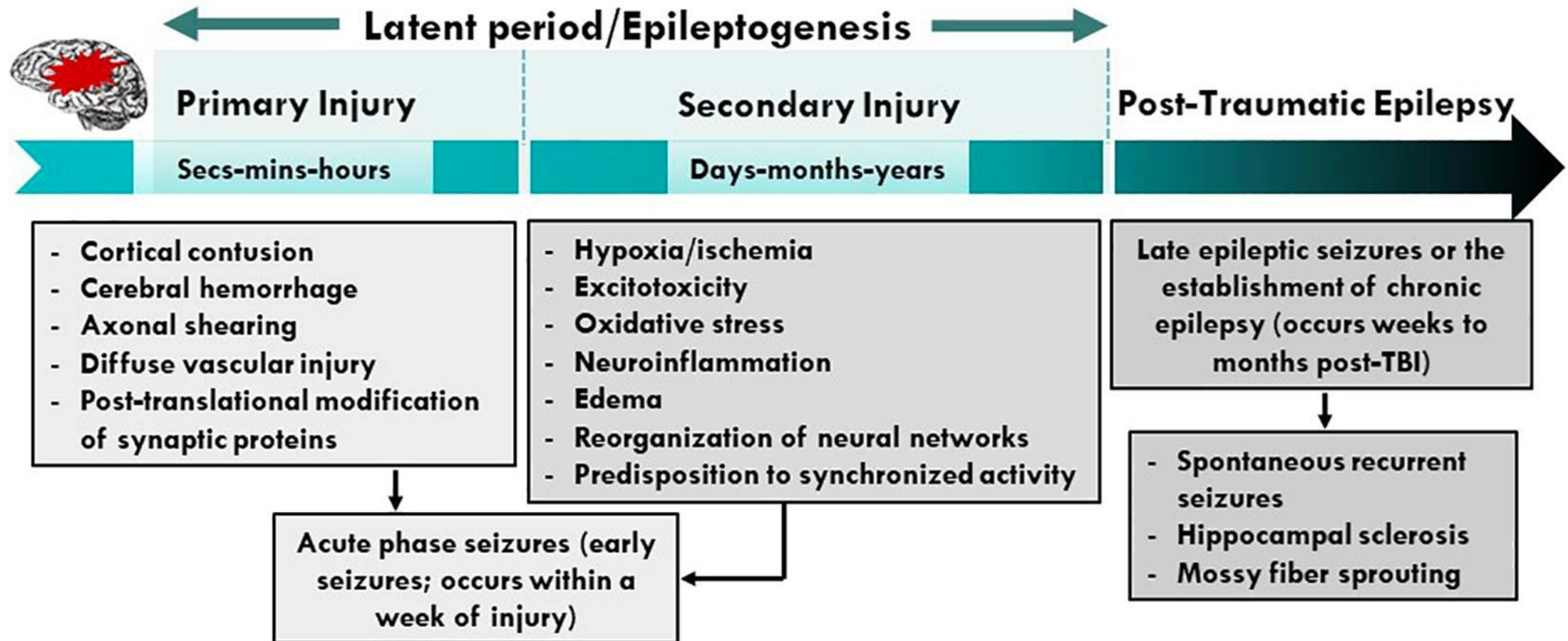
- Etude MESS (MRC Multicentre trial for Early Epilepsy and Single Seizures)
  - 1443 patients dans 13 pays
  - Randomisation entre traitement AE dès 1<sup>e</sup> crise ou selon évolution



- Intérêt d'un traitement immédiat uniquement si présence de facteurs de risques
- Majorité des récurrences de crises dans la 1<sup>e</sup> année
- Stabilisation du risque après 5 ans



# Risque d'épilepsie après une lésion acquise



**AUCUN TRAITEMENT PREVENTIF**

# Risque d'épilepsie après une lésion acquise

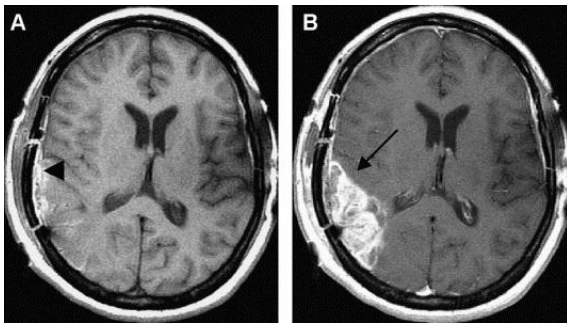
## ■ Traumatismes crâniens (Pitkänen 2011)

### ■ Epidémiologie

- Crises précoces 4-25%
- Epilepsies post-traumatiques 9-42%

### ■ Facteur de risques

- Présence de crises immédiates ou à la phase aigue ++
- Durée de la perte de connaissance
- Hémorragie cérébrale
- Contusions et lésions axonales diffuses
- Fractures du crane



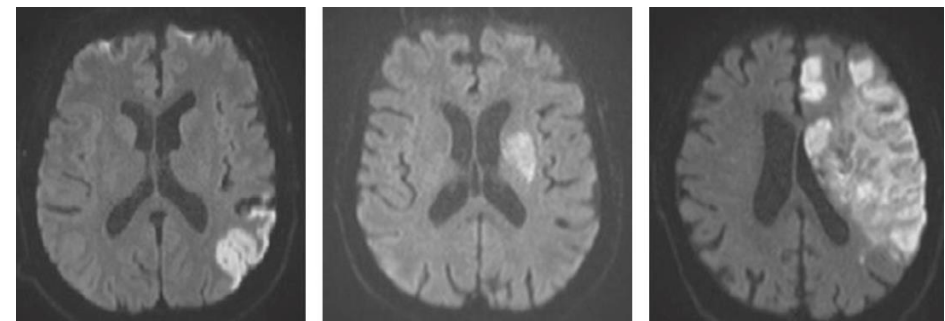
## ■ AVC (Ferreira-Atuesta, 2021)

### ■ Epidémiologie

- Risque d'épilepsie post-vasculaire estimé autour de 7 %

### ■ Facteurs de risques

- Présence de crises à la phase aigue +++
- AVC hémorragique > ischémique.
- Sévérité de l'AVC
- Localisation de l'AVC (implication corticale; territoire ACP > ACM)
- Etiologie athéromateuse



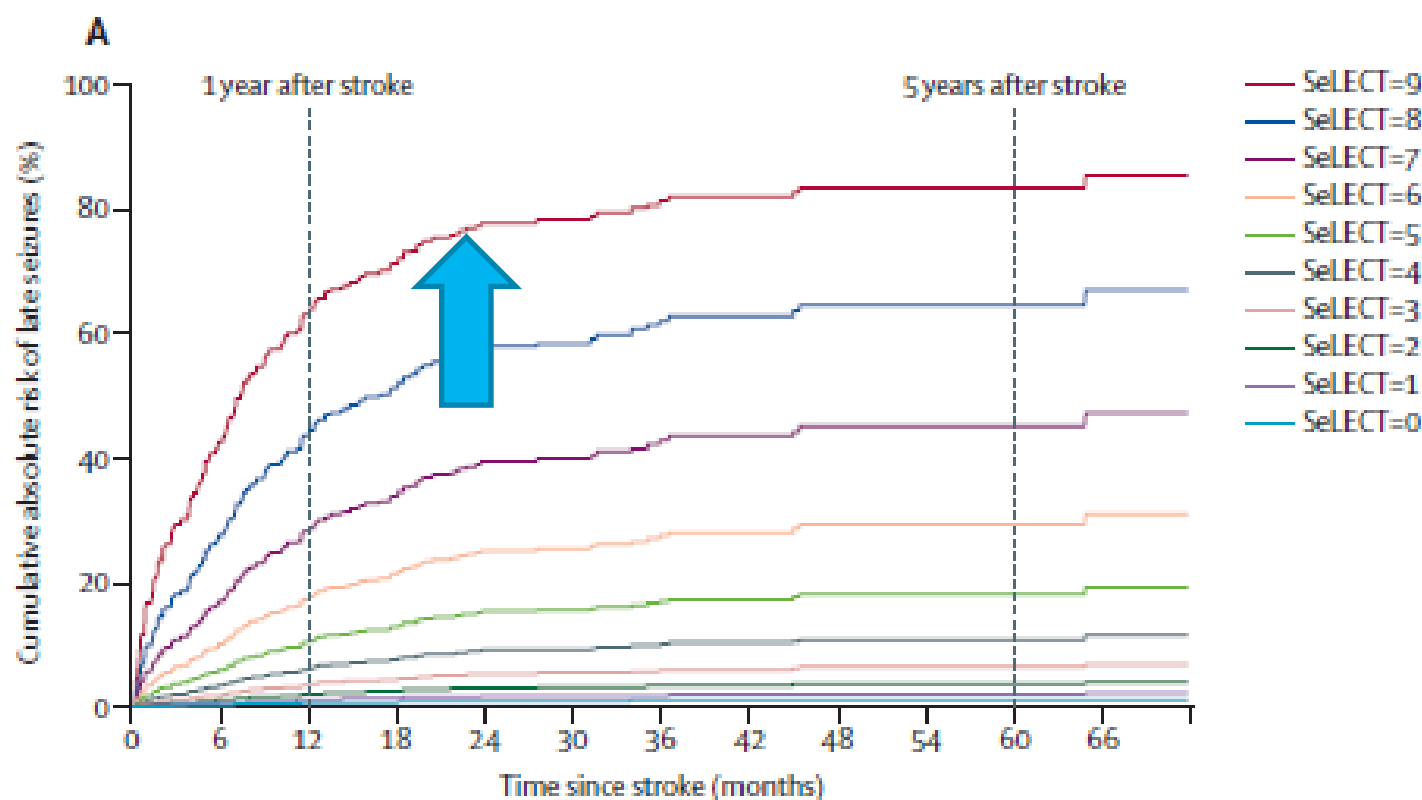


# Risque d'épilepsie après une lésion acquise

Prediction of late seizures after ischaemic stroke with a novel prognostic model (the SeLECT score): a multivariable prediction model development and validation study



Marian Galovic, Nico Döhler, Barbara Erdélyi-Canavese, Ansgar Felbecker, Philip Siebel, Julian Conrad, Stefan Evers, Michael Winkler, Tim J von Oertzen, Hans-Peter Haring, Anna Serafini, Giorgia Gregoraci, Mariarosaria Valente, Francesco Janes, Gian Luigi Gigli, Mark R Keezer, John S Duncan, Josemir W Sander, Matthias J Koepp, Barbara Tettenborn



SeLECT score (points)	
<b>(Se) Severity of stroke</b>	
NIHSS $\leq 3$	0
NIHSS 4–10	1
NIHSS $\geq 11$	2
<b>(L) Large-artery atherosclerosis</b>	
No	0
Yes	1
<b>(E) Early seizure (<math>\leq 7</math> days)</b>	
No	0
Yes	3
<b>(C) Cortical involvement</b>	
No	0
Yes	2
<b>(T) Territory of MCA</b>	
No	0
Yes	1

To calculate an individual's SeLECT score, the points associated with each predictor can be added to obtain the total risk score. As an example, a person who has a stroke with initially 12 points on NIHSS due to large-artery atherosclerosis, no early seizures, and with infarction involving the cortex in the MCA territory, will have a risk score of  $2 + 1 + 0 + 2 + 1 = 6$  points. According to figure 3, 6 points corresponds to a late seizure risk of 18% within 1 year and of 29% within 5 years after stroke. NIHSS=National Institutes of Health Stroke Scale. MCA=middle cerebral artery.

Table 4: Calculation of the SeLECT score



# Risque après sevrage des AE

## Individualised prediction model of seizure recurrence and long-term outcomes after withdrawal of antiepileptic drugs in seizure-free patients: a systematic review and individual participant data meta-analysis

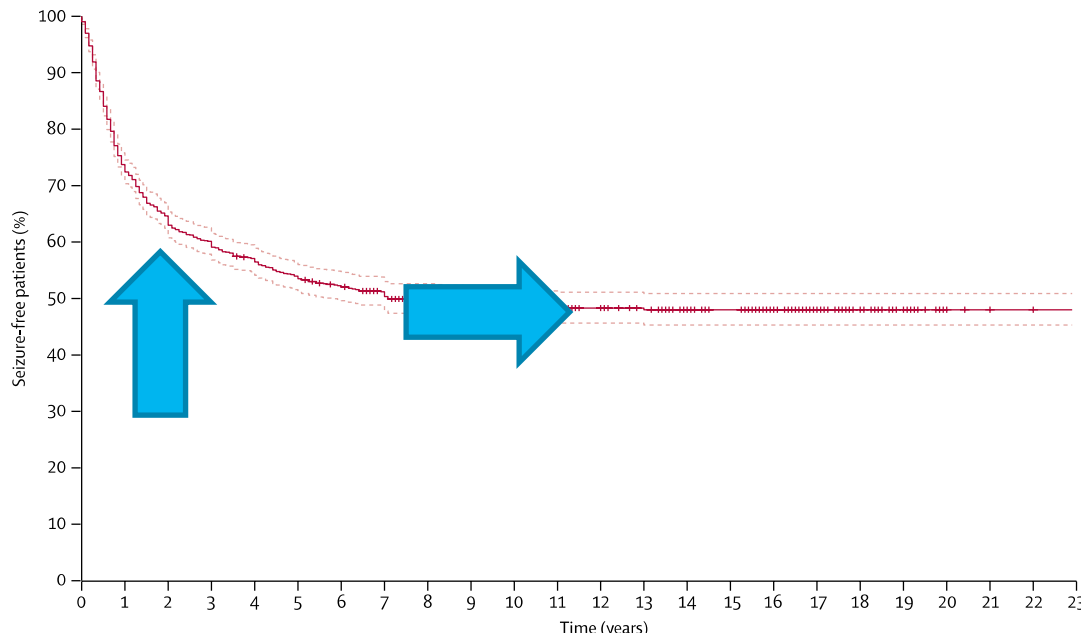
Herm J Lamberink, Willem M Otte, Ada T Geerts, Milen Pavlovic, Julio Ramos-Lizana, Anthony G Marson, Jan Overweg, Leticia Sauma, Luigi M Specchio, Michael Tennison, Tania M O Cardoso, Shlomo Shinnar, Dieter Schmidt, Karin Geleijns, Kees P J Braun

	n (%)* or median (IQR)	Seizure recurrence†	
		HR (95% CI)	p value
Female sex	842/1769 (48%)	1.08 (0.94–1.24)	0.2745
Age at onset of epilepsy (years)			
Childhood (0–10)	1087/1769 (61%)	0.75 (0.60–0.92)	0.0064
Adolescent(11–17)	387/1769 (22%)	1.15 (0.93–1.42)	0.2008
Adult age (≥18)	295/1769 (17%)	Ref	..
Age at withdrawal of antiepileptic drugs (years)	15 (0–84)	1.01 (1.01–1.02)	<0.0001
Family history of epilepsy	365/1735 (21%)	1.16 (0.98–1.38)	0.0828
History of neonatal seizures	53/1601 (3%)	1.30 (0.91–1.84)	0.1440
History of febrile seizures	199/1765 (11%)	1.27 (1.03–1.56)	0.0250
At least ten seizures before remission	573/1446 (40%)	1.52 (1.29–1.81)	<0.0001
Epilepsy duration before remission (years)	1 (0–5)	1.04 (1.03–1.05)	<0.0001
Seizure-free interval before withdrawal of antiepileptic drugs (years)	3 (2–4)	0.94 (0.91–0.98)	0.0022
Number of antiepileptic drugs before withdrawal	1 (1–2)	1.15 (1.05–1.26)	0.0035
Failure of previous antiepileptic-drug withdrawal	126/1246 (10%)	1.13 (0.89–1.44)	0.3268
Focal seizures	833/1652 (50%)	1.13 (0.97–1.32)	0.1162
Generalised tonic–clonic seizures	1141/1652 (69%)	1.51 (1.25–1.83)	<0.0001
Multiple seizure types	254/1089 (23%)	1.24 (1.02–1.51)	0.0334
Remote symptomatic causes	468/1649 (28%)	1.45 (1.24–1.70)	<0.0001
Self-limiting epilepsy syndrome§	183/978 (19%)	0.51 (0.39–0.68)	<0.0001
History of epileptic encephalopathy	24/1142 (2%)	0.82 (0.60–1.12)	0.2201
Juvenile myoclonic epilepsy	30/978 (3%)	1.27 (0.87–1.86)	0.2116
Developmental delay	262/1742 (15%)	1.52 (1.27–1.82)	<0.0001
Motor deficit	163/1736 (9%)	1.23 (0.97–1.54)	0.0850
Imaging			
Normal	774/1061 (73%)	Ref	..
Abnormal	210/1061 (20%)	1.32 (1.08–1.62)	0.0076
Not done	77/1061 (7%)	0.86 (0.66–1.13)	0.2861
Electroencephalogram before withdrawal			
Normal	1207/1536 (79%)	Ref	..
Epileptiform abnormality	283/1536 (18%)	1.50 (1.25–1.79)	<0.0001
Not done	46/1536 (3%)	0.71 (0.39–1.27)	0.2446

### ■ Méta-analyse sur 10 études (1769 patients)

- 46% de récurrence
- 25 facteurs étudiés → 8 retenus pour outils de prédiction <http://epilepsypredictiontools.info>

- Majorité des récurrences avant 2 ans
- Risque stabilisé après 10 ans



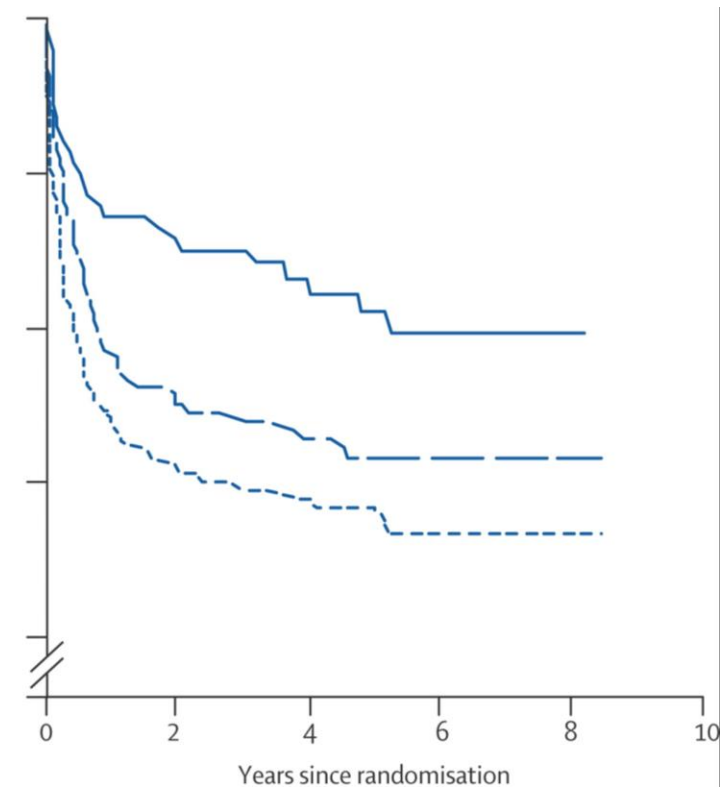
# Risque après sevrage des AE

- Critères ILAE de guérison de l'épilepsie
  - Patients qui présentent un syndrome épileptique âge-dépendant « self-limited epilepsies » ayant dépassé l'âge correspondant
    - Epilepsie-absence de l'enfant
    - Epilepsie à paroxysme rolandique
    - Epilepsie à paroxysme occipital
    - Epilepsie myoclonique du nourrisson
  - Liberté de crise pendant 10 ans dont 5 sans traitement

# Législation du permis de conduire

## ■ Arrêté du 22 mars 2022

	Épilepsie	Crise spontanée unique
Groupe 1	1 an sans crise avec ou sans traitement = aptitude temporaire 5 ans sans crise = aptitude définitive	6 mois sans récurrence = aptitude temporaire 5 ans sans récurrence = aptitude définitive
Groupe 2	10 ans sans crise et sans traitement = aptitude	5 ans sans crise et sans traitement = aptitude



# Législation du permis de conduire

## ■ Arrêté du 22 mars 2022

	Épilepsie	Crise spontanée unique	Situation particulière de crises uniquement morphéiques ou sans effet sur la conscience ou la capacité d'action	Crise provoquée
Groupe 1	1 an sans crise avec ou sans traitement = aptitude temporaire 5 ans sans crise = aptitude définitive	6 mois sans récurrence = aptitude temporaire 5 ans sans récurrence = aptitude définitive	6 mois sans autre type de crise = aptitude temporaire (ou définitive si avis motivé du neurologue)	Au cas par cas
Groupe 2	10 ans sans crise et sans traitement = aptitude	5 ans sans crise et sans traitement = aptitude	Incompatibilité	Au cas par cas

# EVALUATION DES SITUATIONS PARTICULIÈRES

# Evaluation des situations particulières

## ■ Circonstances de survenue

- Strictement en lien avec le sommeil (incluant les crises du réveil)
- Présence de facteurs déclenchants systématiques et évitables

## ■ Sémiologie

- Myoclonies : isolées ou en salves ? Lâchage ?
- Rupture de contact : Durée ? Précoce ou tardive ?
- Aura annonciatrice : Durée ? Systématique ? Permet-elle au patient de prévenir ou se mettre en sécurité ?
- Antécédent de chute ou conséquences traumatiques ?



# Evaluation des situations particulières





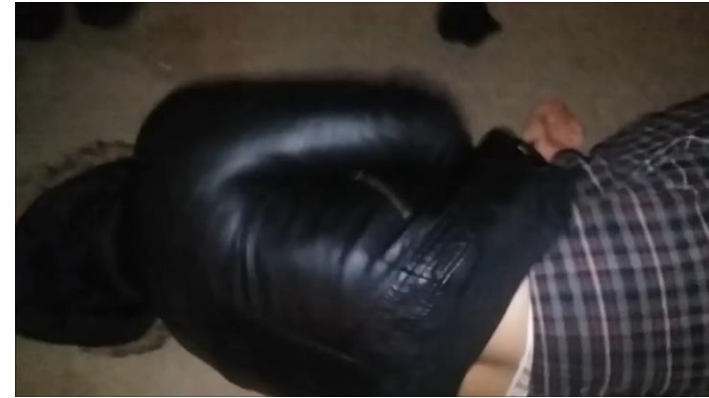
# Evaluation des situations particulières

## ■ Crises fonctionnelles dissociatives/non épileptiques psychogènes

- Classiquement non traumatiques
- Pas de données épidémiologiques ni législation spécifique
- Consensus : pas de restriction de conduite

## ■ Autres paramètres pouvant impacter capacités de conduite

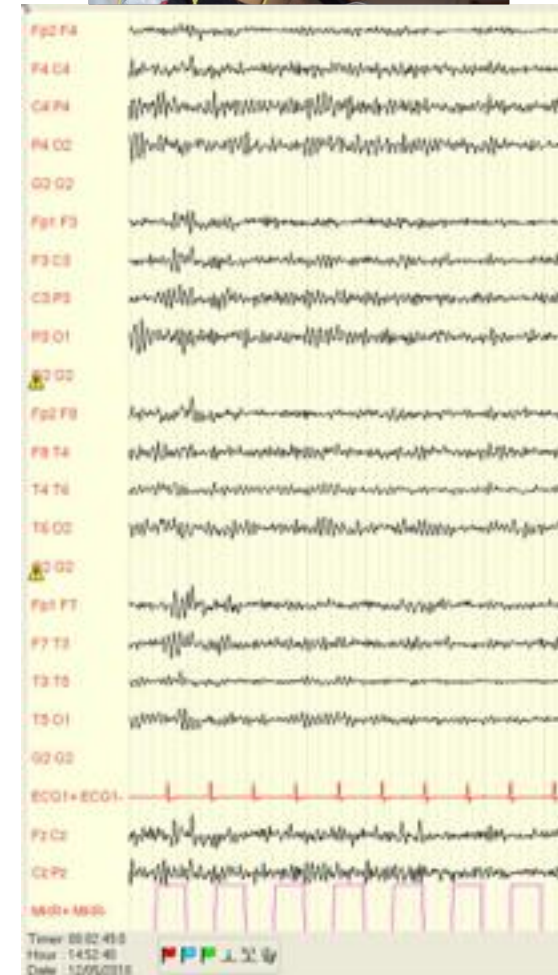
- Nombre et classe des antiépileptiques
  - Complexité du schéma thérapeutique
  - Observance et moyens de contrôle
  - Effets indésirables des traitements → parmi les plus fréquents : vertiges, diplopie, sédation
- Comorbidités
  - Cognition : 10-50% des patients ont un élément de gêne cognitive
  - Incidence de dépression & anxiété x 2-3
  - Déficit neurologique associé à l'étiologie



# Evaluation des situations particulières

## ■ Place de l'EEG ?

- Utile après 1<sup>e</sup> crise pour poser diagnostic d'épilepsie et décision de traitement
- EEG prolongés utiles si doute sur existence de crises infracliniques et/ou évaluation du retentissement sur la conscience ou capacité d'action
- Pas de corrélation stricte entre persistance d'anomalies intercritiques et risque de crise
- Peu d'intérêt pour évaluation du risque de récurrence après sevrage



# Conduite d'autres véhicules

## ■ C.A.C.E.S. (Certificat d'Aptitude à la Conduite En Sécurité)

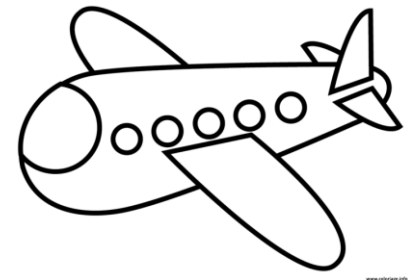
- R 372m : Engins de chantier (10 Catégories)
- R 377 : Grues à tour (2 catégories)
- R 383 : Grues mobiles (6 catégories)
- R 386 : P.E.M.P. (Nacelles) (6 catégories)
- R 389 : Chariots automoteurs à conducteur porté (6 catégories)
- R 390 : Grues auxiliaires de chargement

→ Pas de texte officiel : consensus d'utiliser législation du permis VL



## ■ Aviation

- Tout pilote (avions, hélicoptères, planeurs, ballons) doit passer une visite médicale chez un médecin agréé par la direction générale de l'aviation civile (DGAC) ou dans un centre d'expertise médicale du personnel navigant (CEMPN).
- Les règles d'aptitude sont fixées par le règlement n° 1178/2011 de la commission du 3 novembre 2011.
- Il est stipulé que l'épilepsie, même stabilisée, est une contre-indication définitive. Il est cependant précisé qu'il peut être envisagé une aptitude au cas par cas dans les situations d'épilepsie sans récurrence après l'âge de 5 ans, ou d'épilepsie sans récurrence et dont le traitement a été arrêté depuis plus de 10 ans.



# Conduite d'autres véhicules



## ■ Bateaux de plaisance

- Décret n° 2007-1167 du 2 août 2007, arrêté du 28 septembre 2007 mentionne que “d’une manière générale, toute affection faisant courir le risque d’une perte brutale de connaissance entraînera l’inaptitude. Toutefois, les affections parfaitement bien contrôlées par le traitement, en particulier le diabète et la comitialité, pourront être tolérées. Elles feront l’objet d’un examen approfondi avant la délivrance du certificat”.
- Le certificat comporte la possibilité d’émettre un avis d’aptitude sous réserve de 5 situations médicales dont la nécessité d’être accompagné d’une tierce personne.

## ■ Quid des autres véhicules ???



# VIGNETTES CLINIQUES



# Cas 1

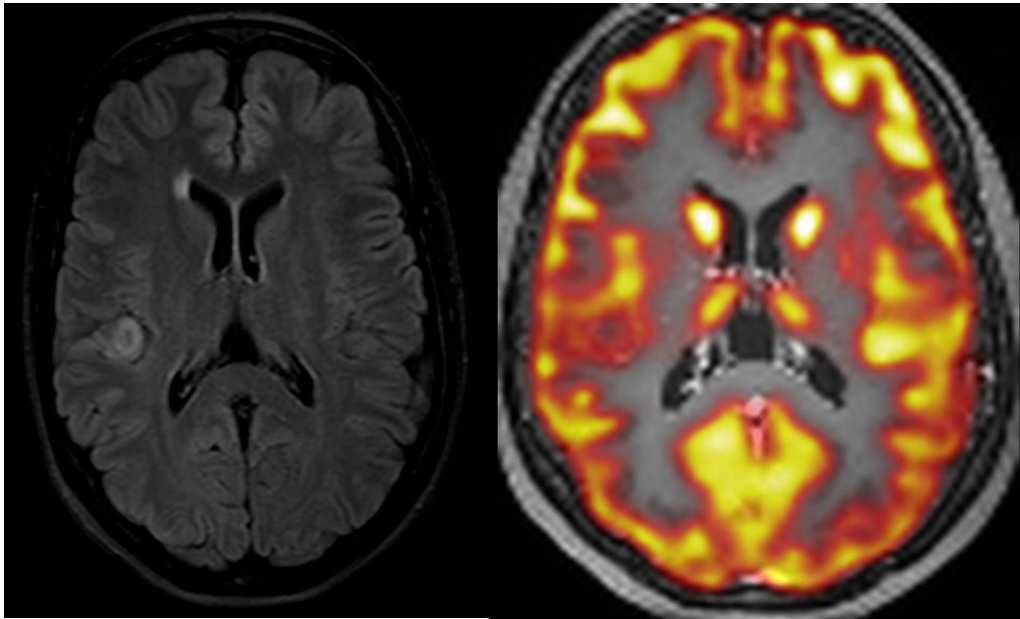
- Homme 43 ans, conducteur PL depuis 5 ans, tournées régionales
- Antécédents :
  - consommation tabagique autour de 2 paquets/j et 2 verres de vodka/j (a déjà fait une cure de sevrage)
  - SAOS avec IAH de 48 non encore appareillé ;
  - Notion d'une crise épileptique vers l'âge de 3 ans mais traitement par CARBAMAZEPINE jusqu'à l'âge de 12 ans
- Malaise avec perte de connaissance sans prodrome :
  - au volant de son camion, peu de temps après avoir téléphoné en kit mains-libre, camion renversé, sans autre véhicule impliqué
  - premier souvenir en présence des pompiers qui essayaient de le désincarcérer
  - morsure latérale profonde de la langue du côté gauche et perte d'urine
  - Il se sentait fatigué, comme tous les jours dans les derniers mois, mais pas particulièrement somnolent avant le malaise. Arrêt des consommations d'alcool depuis 3 jours.
- Aux urgences, TDM cérébral et EEG sans anomalie. Biologie retrouve une augmentation des GGT.
- Notre attitude
  - Suspension de la conduite jusqu'à complément d'explorations :
    - IRM cérébrale : N
    - EEG prolongée de 72h : pas d'anomalie épileptique
    - Polysomnographie avec TME : IAH 17/h & TME : N
    - Reprise de suivi addictologique et arrêt OH → amélioration de la biologie
- Pas de diagnostic d'épilepsie + contrôle des facteurs déclenchant (OH + SAOS)
  - Reprise conduite VL au bout de 6 mois
  - Reprise conduit PL au bout d'1 an

# Cas 2

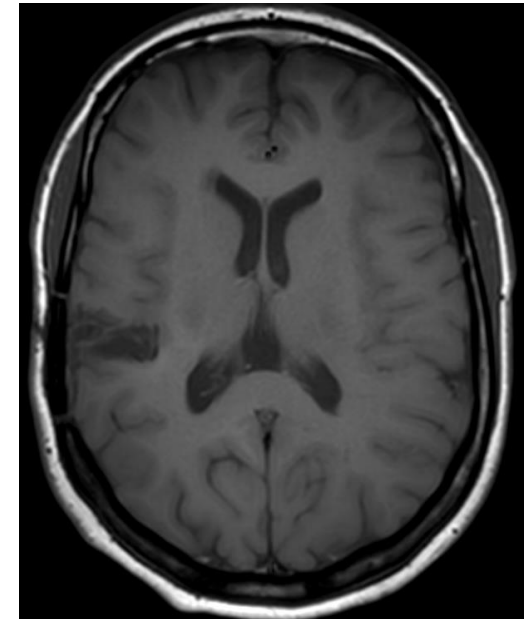
- Epilepsie de cadre syndromique imprécis
    - 1<sup>e</sup> crise en février 2009, tonico-clonique d'emblée, devant son épouse
    - Bilan IRM & EEG normal mais néanmoins mise sous VPA
    - Sevrage du VPA fin 2010 après 1 an sans crise => Récidive de CGTC en Mai 2011 => reprise du VPA à 1g/j
    - Depuis, aucune récurrence et pas de nouvel essai de sevrage.
    - Tous les EEG (standards uniquement) sont normaux.
  - Reconversion comme chauffeur de bus, en CDI depuis 2021
  - Pas de respect des critères d'aptitude groupe 2 mais faible risque de récurrence
    - Recul de 13 ans sans crise sous traitement
    - N'a fait que deux crises en 2009 et 2011, alors qu'il n'avait pas de traitement antiépileptique
- Accord pour validation définitive permis VL et aptitude conduite PL

# Cas 3

- Epilepsie focale pharmaco résistante sur DNET perisylvienne D
    - Crise : douleurs hémicorporelles G puis clonies brachio-faciales
    - Fréquence 5-6/sem
  - Bilan préchirurgical → léSIONnectomie
  - Libre de crise depuis & IRM confirme résection complète
- Délai pour reprise conduite VL ?  
6 mois vu fréquence initiale élevée et type de lésion



TDM post-op immédiat



IRM à 6 mois



# Take-home messages – Epilepsie & Conduite

- Epilepsie = grande variété d'étiologies, de sémiologies et de risques...
- Epilepsie & conduite
  - Sur-risque d'accident modéré
  - Durée de liberté de crise = principal facteur prédictif
  - Si délai non respecté, plusieurs éléments à prendre en compte : sémiologie, circonstances de survenue, cormorbidités etc.
- Risque de crise
  - Après 1<sup>e</sup> crise : surtout dans les 12 mois
  - Après sevrage ou après agression cérébrale : dans 2 ans
  - Après 5 ans sans crise : très faible risque de récurrence
- Guérison
  - Age adulte en cas d'épilepsie auto-limitée
  - 10 ans sans crise dont 5 sans traitement

	Épilepsie	Crise spontanée unique
Groupe 1	1 an sans crise avec ou sans traitement = aptitude temporaire 5 ans sans crise = aptitude définitive	6 mois sans récurrence = aptitude temporaire 5 ans sans récurrence = aptitude définitive
Groupe 2	10 ans sans crise et sans traitement = aptitude	5 ans sans crise et sans traitement = aptitude

	Situation particulière de crises uniquement morphéiques ou sans effet sur la conscience ou la capacité d'action	Crise provoquée
Groupe 1	6 mois sans autre type de crise = aptitude temporaire (ou définitive si avis motivé du neurologue)	Au cas par cas
Groupe 2	Incompatibilité	Au cas par cas

