

Conduite automobile et diabète

Personnes à qui s'appliquent les recommandations : adultes ayant un diabète de tout type, notamment traité par un hypoglycémiant (insuline, sulfonylurées, glinides), concernés par la conduite automobile.

Personnes à qui sont destinées les recommandations : professionnels de la santé concernés par les soins aux personnes diabétiques.

Introduction, justificatifs

Une bonne formation et autogestion quant à la conduite automobile peut diminuer le risque d'accident de la route chez la personne diabétique et préserver la sécurité des autres usagers. Ces recommandations suivent la législation fédérale en vigueur et les directives émises par la Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie (SSED) en partenariat avec l'Association Suisse du Diabète (ASD) et la Société Suisse de Médecine Légale (SSML), datées du 25 avril 2017.

L'essentiel

Devoir d'information des soignants chez une personne diabétique traitée par un hypoglycémiant

- Informer la personne sur la conduite et le diabète et documenter la transmission de ces informations
- Personne inapte à conduire : pas d'obligation de signaler aux autorités, mais droit de le faire

Evaluation du risque individuel d'hypoglycémie pour les personnes diabétiques traitées par hypoglycémiant

- Traitement par insuline analogue lente seule 1x/jour ou par gliclazide ou glinides (non associés) → **risque faible**
- Traitement par insuline (autre qu'une insuline analogue lente seule) ou administration de sulfonylurées à action prolongée → **risque modéré**
- Survenue d'une hypoglycémie de degré II ou III au cours des 2 dernières années et/ou défaut de perception d'une hypoglycémie (score de Clarke ≥ 4) → **risque élevé**

Conditions de base requises pour l'obtention ou le renouvellement d'un permis de conduire

- Pas de complications susceptibles d'entraver l'aptitude à conduire (examen ophtalmique attestant d'une bonne acuité visuelle et d'un bon champ visuel, pas de lésions nerveuses, d'atteinte cardiovasculaire, ni d'atteinte rénale)
- Pas d'hyperglycémie importante

Conditions supplémentaires requises pour les personnes à risque faible, modéré et élevé d'hypoglycémie :

Permis de conduire non professionnel (1^{er} groupe médical, catégories A, A1, B, B1, F, G, M) : **conditions supplémentaires** selon le niveau de risque (faible, modéré, élevé).

Périodicité de contrôle : tous les deux ans à partir de 70 ans et à chaque changement de traitement

Permis de conduire professionnel (2^{ème} groupe médical, catégories C, C1, D, D1, transport professionnel de personnes (TPP), experts de la circulation)

- Catégories D, D1 : inaptitude à conduire
- Catégories C, C1, TPP, experts : avis d'une consultation spécialisée en médecine du trafic requis et **conditions supplémentaires** selon le niveau de risque (faible, modéré, élevé)

Périodicité de contrôle : contrôles médicaux obligatoires tous les 5 ans < 50 ans puis tous les 3 ans ≥ 50 ans

En cas de doute : avis spécialisé recommandé (diabétologue / médecin du trafic).

Education thérapeutique à l'autogestion spécifique à la conduite automobile lors de traitement hypoglycémiant : pour la prévention et la correction des hypoglycémies, ainsi que le contenu des collations, se référer à la RPC « [Hypoglycémie](#) » et donner à la personne diabétique la brochure d'information « [Diabète et Conduite](#) ».

Introduction

La plupart des personnes atteintes d'un diabète conduisent des véhicules à moteur en toute sécurité et ne présentent aucun risque particulier dans la circulation, ni pour eux-mêmes ni pour les autres. Un diagnostic de diabète ne doit donc pas limiter automatiquement l'aptitude ou la capacité à conduire.

La participation active au trafic routier motorisé ne peut se faire que si certaines conditions physiques et psychiques minimales sont remplies. En présence de diabète, des problèmes temporaires ou persistants (hypoglycémie, hyperglycémie sévère, diminution de l'acuité visuelle) peuvent avoir des répercussions sur la capacité, respectivement l'aptitude, à conduire un véhicule à moteur en toute sécurité. La Suisse dispose, comme d'autres pays européens, de règles juridiques spécifiques concernant le diabète et la conduite.

Devoir d'information des soignants chez une personne diabétique traitée par un hypoglycémiant

Lors d'un traitement associé à un risque d'hypoglycémie (insuline, sulfonylurées, glinides), les soignants impliqués dans la prise en charge doivent :

- **S'informer si la personne diabétique conduit** ou si elle désire passer le permis, lors de la mise en place du traitement et du suivi.^{1,2}
- **Fournir des informations** sur la conduite et le diabète aux individus détenteurs d'un permis de conduire et expliquer comment il doit évaluer sa capacité à conduire.^{1,2}
- **Documenter** dans le dossier médical que ces informations ont été transmises.^{1,3}
- La ou le médecin n'est **pas obligé-e de signaler à l'autorité de surveillance** les personnes qui ne sont pas aptes à conduire en toute sécurité, **mais elle ou il a le droit de le faire**.^{1,4}

Evaluation du risque individuel d'hypoglycémie

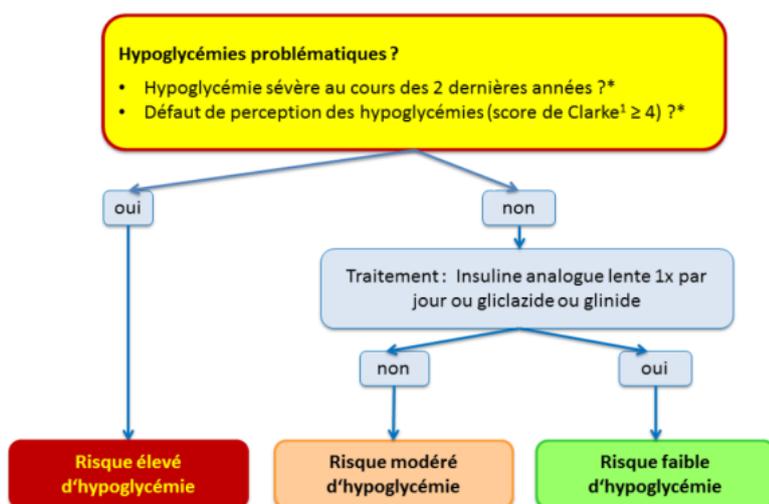
L'évaluation du risque individuel d'hypoglycémie se fait selon le schéma suivant, en fonction du type de traitement choisi et en tenant compte de la perception par le patient de son hypoglycémie (score de Clarke : Annexe 2):

Aucun risque : pas de traitement par insuline, sulfonylurées ou glinides

Risque faible : traitement par insuline analogue lente seule 1x/jour ou par gliclazide ou glinides (non associées)

Risque modéré : traitement par insuline (autre qu'une insuline analogue lente, ou insuline analogue lente 1x par jour associée à des sulfonylurées ou des glinides) ou administration de sulfonylurées à action prolongée (p. ex. glibenclamide, glimépiride)

Risque élevé : survenue d'une hypoglycémie de degré II ou III au cours des 2 dernières années et/ou défaut de perception d'une hypoglycémie (score de Clarke ≥ 4) – en particulier au-delà de 70 ans et en présence d'une insuffisance rénale (DFGe < 45 ml/min) et/ou existence d'un diabète > 20 ans avec insuffisance rénale (DFGe < 45 ml/min).



* En particulier après 70 ans et en cas d'insuffisance rénale (DFGe inférieur à 45ml/min) ou si le diabète est présent depuis plus de 20 ans et s'accompagne d'une insuffisance rénale (DFGe inférieur à 45 ml/min)

¹ p. 40-43 et p.109 du Guide Pratique de la FMH: Bases juridiques pour le quotidien du médecin. 2013. [Lien](#)

² art 10 du Code de Déontologie de la FMH. [Lien](#)

³ art 12 du Code de Déontologie de la FMH. [Lien](#)

⁴ art. 15d al. 3 de la Loi sur la Circulation Routière (LCR, version du 1.10.2016). [Lien](#).

Conditions requises pour l'obtention ou le renouvellement d'un permis de conduire non-professionnel (1^{er} groupe médical, catégories A, A1, B, B1, F, G, M) selon les [directives](#) de l'ASD-SSED-SSML

Conditions de base nécessaires :

Pas de complications tardives susceptibles d'entraver l'aptitude à conduire :

- **Acuité visuelle** : au moins **0.5** pour l'œil le meilleur et **0.2** pour l'œil le plus mauvais. Pas de diplopie, de vision crépusculaire limitée ni d'accroissement majeur de la sensibilité à l'éblouissement. En cas de vision monoculaire: au moins **0.6** d'acuité visuelle. Il convient de tenir compte des dispositions complémentaires de l'art. 9 al. 4 OAC : « *Le rapport d'un ophtalmologue devra être présenté si (...) l'acuité visuelle est inférieure à 0.7 pour l'œil le meilleur, à 0.2 pour l'œil le plus mauvais ou si elle est inférieure à 0.8 en cas de vision monoculaire.* »
- **Champ visuel** : champ visuel binoculaire de **120** degrés de diamètre horizontal minimum : il ne doit pas y avoir d'amputation du champ visuel binoculaire dans les 50 degrés vers la droite et la gauche du point central et dans les 20 degrés vers le haut et le bas. Le champ visuel central doit être normal jusqu'à **20** degrés. En cas de vision monoculaire : champ visuel normal avec une mobilité oculaire normale.
- Pas de **lésions nerveuses** (neuropathie) accompagnées d'une altération de l'aptitude à conduire
- Pas d'**atteintes du système cardiovasculaire** diminuant les capacités à conduire **ni d'altération de la fonction rénale** avec atteinte de l'état général.

Pas d'hyperglycémie importante, en particulier aucune hausse de la glycémie s'accompagnant de symptômes généraux ayant des répercussions sur l'aptitude à conduire.

Les **conditions supplémentaires** pour les personnes diabétiques à risque faible, modéré et élevé d'hypoglycémie sont :

Risque faible :

- Il est possible de renoncer à la mesure de la glycémie avant le départ et lors de déplacements prolongés.
- Chaque conducteur·trice doit tout de même avoir des glucides à disposition dans son véhicule en prévention des hypoglycémies, ainsi qu'un appareil de mesure de la glycémie.

Risque modéré :

- Profil glycémique équilibré, au cours des deux dernières années :
 - Sans augmentation de la fréquence d'hypoglycémies de degré II (nécessitant l'aide d'autrui pour reconnaître et/ou soulager les symptômes),
 - Sans augmentation de la fréquence d'hypoglycémies de degré III (entraînant une altération considérable de la conscience, incapacité d'agir, perte de la maîtrise de soi, perte de connaissance),
 - Sans trouble de la perception des hypoglycémies
- Capacité à éviter efficacement les hypoglycémies lors de la conduite d'un véhicule.
- La glycémie doit être vérifiée avant le départ, et à intervalles réguliers lors de déplacements prolongés
- Respect des règles de comportement mentionnées dans la notice pour les conducteurs atteints de diabète (notamment glycémie avant le départ > 5 mmol/).
- Chaque conducteur·trice doit avoir des glucides à disposition dans son véhicule en prévention des hypoglycémies, ainsi qu'un appareil de mesure de la glycémie

Risque élevé :

- Evaluation de la situation par un·e spécialiste/endocrinologue/diabétologue nécessaire.

Après la survenue d'une hypoglycémie de degré II ou III :

L'aptitude à conduire ne peut être délivrée qu'à condition de procéder à une mesure continue de la glycémie (CGMS/FGM) ou à 6-8 mesures de la glycémie par jour. Ce processus peut être abandonné après deux ans si aucun épisode hypoglycémique sévère ne s'est produit.

En cas de doute ou de question, il est recommandé de prendre l'avis d'un·e diabétologue ou d'un·e spécialiste en médecine du trafic.

Périodicité de contrôle : tous les deux ans à partir de 70 ans

Conditions requises pour l'obtention ou le renouvellement d'un permis de conduire professionnel (2^{ème} groupe médical, catégories C, C1, D, D1, transport professionnel de personnes (TPP), experts de la circulation) selon les directives de l'ASD-SSED-SSML

Les **conditions de base** nécessaires sont :

Pas de complications tardives susceptibles d'entraver l'aptitude à conduire :

- Acuité visuelle : au moins **0.8** pour l'œil le meilleur et **0.5** pour l'œil le plus mauvais. Pas de diplopie, de vision crépusculaire limitée ni d'accroissement majeur de la sensibilité à l'éblouissement.
- Champ visuel : champ visuel binoculaire de **140** degrés de diamètre horizontal minimum: il ne doit pas y avoir d'amputation du champ visuel binoculaire dans les 70 degrés vers la droite et la gauche du point central et dans les 30 degrés vers le haut et le bas. Le champ visuel central doit être normal jusqu'à **30** degrés. Le champ visuel central doit être normal jusqu'à **30** degrés pour chaque œil.
- Pas de lésions nerveuses (neuropathie) accompagnées d'une altération de l'aptitude à conduire
- Pas d'atteintes du système cardiovasculaire diminuant les capacités à conduire ni d'altération de la fonction rénale avec atteinte de l'état général.

Pas d'hyperglycémie importante, en particulier aucune hausse de la glycémie s'accompagnant de symptômes généraux ayant des répercussions sur l'aptitude à conduire.

Les **conditions supplémentaires** pour les personnes diabétiques à risque faible, modéré et élevé d'hypoglycémie sont :

- Pour les catégories D et D1 : il y a **inaptitude à conduire**.
- Pour les catégories C, C1, TPP, experts de la circulation : l'aptitude à conduire n'est assurée que sous des **conditions particulièrement favorables** :
 - Délai d'attente de 3 mois jusqu'à l'atteinte : d'un profil glycémique équilibré sans apparition d'hypoglycémie, de facultés constamment présentes pour éviter les hypoglycémies, de mesures régulières de la glycémie et de leur documentation et d'une très bonne connaissance de la maladie. Ce délai peut toutefois être raccourci si la mesure continue de la glycémie (CGMS/FGM) donne de bons résultats.
 - Une formation dans le cadre d'une consultation spécialisée (et un suivi étroit par un-e médecin disposant de connaissances spéciales en endocrinologie/diabétologie chez les personnes à risque élevé d'hypoglycémie) est obligatoire.
 - Un certificat favorable émis par un-e spécialiste en endocrinologie/diabétologie est obligatoire.

L'obtention du permis de conduire ou le renouvellement de celui-ci ne peut se faire qu'après une expertise, ayant abouti à un avis positif, par un centre spécialisé en médecine du trafic désigné par l'autorité compétente.

Risque faible :

- Il est possible de renoncer à la mesure de la glycémie avant le départ et lors de déplacements prolongés.
- Chaque conducteur·trice doit tout de même avoir des glucides à disposition dans son véhicule en prévention des hypoglycémies, ainsi qu'un appareil de mesure de la glycémie.
- L'individu doit mesurer régulièrement sa glycémie 3-4x par jour (ou CGMS/FGM).

Risque modéré :

- Délai d'attente de 3 mois en général
- Profil glycémique équilibré, au cours des deux dernières années :
 - Sans hypoglycémies de degré II (nécessitant l'aide d'autrui pour reconnaître et/ou soulager les symptômes),
 - Sans hypoglycémies de degré III (entraînant une altération considérable de la conscience, incapacité d'agir, perte de la maîtrise de soi, perte de connaissance)
 - Sans trouble de la perception des hypoglycémies
- Capacité à éviter efficacement les hypoglycémies lors de la conduite d'un véhicule.
- La glycémie doit être vérifiée avant le départ, et pendant le trajet à intervalles réguliers (toutes les 1-2 heures) ou une mesure continue de la glycémie (CGMS/FGM)
- Respect des règles de comportement mentionnées dans la notice pour les conducteurs atteints de diabète (notamment glycémie avant le départ > 5 mmol/).
- Chaque conducteur·trice doit avoir des glucides à disposition dans son véhicule en prévention des hypoglycémies, ainsi qu'un appareil de mesure de la glycémie

Risque élevé ou après la survenue d'une hypoglycémie de degré II ou III :

- Délai d'attente de 3 mois minimum sans survenue d'hypoglycémies sévères
- Mise en place d'une mesure continue de la glycémie (CGMS/FGM) et/ou mesures de la glycémie 6-8x par jour
- Suivi par un-e spécialiste/endocrinologue/diabétologue nécessaire

Périodicité de contrôle : contrôles médicaux obligatoires tous les 5 ans < 50 ans puis tous les 3 ans entre 50 et 70 ans.

Education thérapeutique à l'autogestion spécifique à la conduite automobile chez une personne diabétique sous traitement hypoglycémiant

Pour la prévention et la correction des hypoglycémies, ainsi que le contenu des collations, voir la RPC « [Hypoglycémie](#) ». S'assurer que la personne diabétique a bien pris connaissance des brochures d'information disponibles : « [Diabète et Conduite](#) » de l'Association Suisse du Diabète.

Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été développées à partir de la législation en vigueur en Suisse et comprennent une adaptation des directives émises par la SSED et l'ASD et des avis d'experts. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations adaptées au contexte du programme cantonal diabète ont été élaborées par un groupe restreint, puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

Niveau de preuve et force des recommandations

Les recommandations sur le devoir d'informer et le renouvellement/obtention de permis se basent sur la législation et les directives en vigueur, des études épidémiologiques et des avis d'experts, et celles sur l'éducation à l'autogestion sur des études de cohorte, des études de simulation et des avis d'experts.

Recommandations sources

Académie Suisse des sciences médicales (ASSM) et Fédération des médecins suisses (FMH) – Suisse

- ASSM, FMH. Bases juridiques pour le quotidien du médecin - Un guide pratique. (Révision 2013): 1-168. [Lien](#)
- FMH. Code de déontologie de la FMH. (Révision 2016) : 1-15. [Lien](#)

American Diabetes Association (ADA) – US

- ADA. Diabetes and Driving. Diabetes Care 2014 Jan; 37(Supplement 1): S97-S103. [Lien](#)

Association Suisse du diabète (ASD), Société Suisse d'endocrinologie et de diabétologie (SSED), Société suisse de médecine légale (SSML) – Suisse

- Groupe de travail « diabète et conduite » de la SSED, l'ASD et la SSML. Directives concernant l'aptitude et la capacité à conduire lors de diabète sucré. Mise à jour avril 2017. [Lien](#)
- ASD. Diabète & Conduite : « Conservez votre mobilité », Edition révisée octobre 2015. [Lien](#)

Association canadienne du diabète – Canada

- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. Can J Diabetes. 2013; 37 (suppl 5): S361-S598. [Lien](#)
- Houlden RL, Berard L, Cheng A, et al. Diabetes and Driving: 2015 Canadian Diabetes Association Updated Recommendations for Private and Commercial Drivers. Can J Diab. 2015; 39(5): 347 – 353. [Lien](#)

Autres références :

- Jornayvaz FR, Raguso CA, Philippe J. Diabète sucré et conduite automobile. Rev Med Suisse. 2007 Jun 6;3(114):1437-8, 1440-1.
- Vetsch M, Gantcheva N, Favrat B, et al. Aptitude au volant : comment ne pas perdre les pédales ? Rev Med Suisse 2014 ; 10 : 1746-52.

Groupe ayant mis à jour la RPC : Chantal Arditi, Bernard Burnand, Léonie Chinet, Isabelle Hagon-Traub

Experts en médecine du trafic : Bernard Favrat, Christophe Pasche, Roxane Selz

Groupe de validation : Angela Cottier, Marc Egli, Frédéric Emery, Rafi Hadid, Isabelle Hagon-Traub, Patricia Halfon, Cristina Henry, Sébastien Jotterand, Heike Labud, Baptiste Pedrazzini, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Juan Ruiz, Anne Zanchi

Date de la recommandation : novembre 2017

Date de la prochaine révision : juin 2020

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète sont disponibles sur le site

<http://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.

Recommandations pour la pratique clinique

Mesures pour les conducteurs et aptitude à conduire

	Traitement	Permis non professionnels (A, A1, B, B1, F, G, M)	Permis professionnels (C, C1, TPP, experts)
Aucun risque	Pas de traitement par insuline, sulfonylurées ou glinides (traitement par metformine, inhibiteurs du SGLT2, du GLP-1, ou de la DPP-4)	<ul style="list-style-type: none"> Aucune mesure nécessaire de la glycémie avant et pendant le trajet <p>OK</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aucune mesure nécessaire de la glycémie avant et pendant le trajet <p>OK</p>
Risque faible	Traitement par insuline analogue lente seule 1x/jour, ou par gliclazide ou glinides (non associés)	<ul style="list-style-type: none"> Pas de mesure nécessaire de la glycémie avant chaque départ Avoir à disposition dans le véhicule des moyens de prévention de l'hypoglycémie (glucides) et un appareil de mesure de la glycémie <p>OK</p>	<ul style="list-style-type: none"> Avis de la consultation spécialisée en médecine du trafic requis Mesures régulières de la glycémie 3-4x par jour (ou CGMS/FGM) Pas de mesure nécessaire de la glycémie avant chaque départ Avoir à disposition dans le véhicule des moyens de prévention de l'hypoglycémie (glucides) et un appareil de mesure de la glycémie <p>« OK »</p>
Risque modéré	Traitement par insuline (autre qu'une insuline analogue lente, ou insuline analogue lente 1x/jour associée à des sulfonylurées ou des glinides) ou administration de sulfonylurées à action prolongée (p. ex. glibenclamide, glimépiride).	<ul style="list-style-type: none"> Mesure de la glycémie avant le départ et au cours de trajets prolongés Ne pas conduire si la glycémie est < 5 mmol/l Avoir à disposition dans le véhicule des moyens de prévention de l'hypoglycémie (glucides) et un appareil de mesure de la glycémie <p>« OK »</p>	<ul style="list-style-type: none"> Avis de la consultation spécialisée en médecine du trafic requis Délai d'attente de 3 mois en général Mesures de la glycémie 6-8x par jour ou mesure continue de la glycémie (CGMS/FGM) Mesure de la glycémie avant le départ et au cours de trajets prolongés Ne pas conduire si la glycémie < 5 mmol/l Avoir à disposition dans le véhicule des moyens de prévention de l'hypoglycémie (glucides) et un appareil de mesure de la glycémie <p>« OK »</p>
Risque élevé	Traitement par insuline, sulfonylurées ou glinides ET survenue d'une hypoglycémie de degré II ou III au cours des 2 dernières années et/ou défaut de perception d'une hypoglycémie (score de Clarke ≥ 4)	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation spécifique par un-e spécialiste en endocrinologie/diabétologie Mesure continue de la glycémie (CGMS/FGM) ou mesures de la glycémie 6-8x par jour pendant 2 ans au minimum <p>« OK »</p>	<ul style="list-style-type: none"> Avis de la consultation spécialisée en médecine du trafic requis Suivi par un spécialiste-e spécialiste en endocrinologie/diabétologie Délai d'attente de 3 mois minimum sans survenue d'hypoglycémies sévères Mise en place d'une mesure continue de la glycémie (CGMS/FGM) et/ou mesures de la glycémie 6-8x par jour <p>« OK »</p>

Permis professionnels (D, D1) : si risque nul : aucune mesure nécessaire **« OK »**

si risque d'hypoglycémie (faible, modéré, élevé) : inaptitude à conduire **Pas OK**

Annexe 2 Détermination du score de Clarke évaluant le degré de perception des hypoglycémies

1. Choisissez l'affirmation qui vous correspond le mieux (une seule réponse).

- «J'ai toujours des symptômes quand ma glycémie est basse.»
- «J'ai parfois des symptômes quand ma glycémie est basse.»
- «Je n'ai jamais de symptômes quand ma glycémie est basse.»

2. Lorsque votre glycémie est basse, avez-vous moins de symptômes que dans le passé?

- oui non

3. Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous eu des hypoglycémies sévères au cours desquelles vous vous êtes senti confus, désorienté, pas en état de vous prendre en charge, sans pour autant perdre conscience?

- jamais 1 ou 2x une fois tous les deux mois tous les mois plus de 1x par mois

4. Combien d'hypoglycémies sévères ayant entraîné une perte de connaissance, des convulsions ou ayant nécessité une injection de glucagon ou de glucose avez-vous eu l'année dernière?

- aucune 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 ou plus

5. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois votre glycémie est-elle descendue en dessous de 3,9 mmol/l en étant accompagnée de symptômes?

- jamais 1-3x 1x par semaine 2-3x par semaine 4-5x par semaine presque tous les jours

6. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois votre glycémie est-elle descendue en dessous de 3,9 mmol/l sans être accompagnée de symptômes?

- jamais 1-3x 1x par semaine 2-3x par semaine 4-5x par semaine presque tous les jours

7. Jusqu'à quelle valeur votre glycémie doit-elle chuter pour que vous en perceviez les symptômes?

- 3,3 – 3,8 mmol/l
- 2,8 – 3,3 mmol/l
- 2,2 – 2,7 mmol/l
- en dessous de 2,2 mmol/l

8. Pouvez-vous identifier avec fiabilité que votre glycémie est basse sur la base de vos symptômes?

- jamais rarement parfois souvent toujours

Détermination du score de Clarke évaluant le degré de perception des hypoglycémies:

Questions 1 – 4: Toutes les réponses sauf la première = 1 point

Questions 5 et 6: Si la réponse 5 < la réponse 6 = 1 point

Question 7: Réponses 3 et 4 = 1 point

Question 8: Les 3 premières réponses = 1 point

0 point: minimum

7 points: maximum

➔ **4 points ou plus : perception réduite de l'hypoglycémie**