

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation des représentations, des attentes et de l'intérêt d'un contrôle obligatoire de l'aptitude à la conduite automobile chez les personnes âgées auprès des médecins généralistes agrées de la sécurité routière dans le Nord-Pas-de-Calais. Étude Qualitative.

Présentée et soutenue publiquement le 5 janvier 2023 à 18 heures
Au Pôle Formation
Par Maxence Despres.

JURY

Président :
Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :
Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de Thèse :
Madame le Docteur Marie-Anne FABRE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC	Accident Vasculaire Cérébral
EBM	Evidence based Medicine
FAMACO	Facteurs prédictifs associés au maintien de la conduite en âge avancé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERR	Institut national de sécurité routière et de recherches
HAS	Haute Autorité de Santé
MMSE	Mini mental state examination
NPDC	Nord – Pas de Calais
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONISR	Observatoire national interministériel de la sécurité routière

TABLE DES MATIERES

Table des matières

Serment d'Hippocrate	3
Résumé	6
Introduction.....	7
Matériels et méthodes.....	10
1. Type d'étude	10
2. Constitution de l'échantillon.....	10
3. Méthode d'entretien.....	11
4. Recueil et analyse des données	11
Résultats	13
1. Description de la population.....	13
2. Résultats principaux	14
a. L'arrêt de la conduite synonyme de perte d'autonomie.....	16
b. Une population vue comme moins accidentogène.....	17
c. Un arrêt de la conduite accompagné mais rarement médicalisé	19
d. Une évaluation pluridisciplinaire parfois nécessaire.	21
e. La consultation obligatoire, un sujet qui divise.....	22
Discussion.....	24
1. Résultats principaux	24
2. Comparaison avec la littérature.....	24
a. Un arrêt de la conduite non sans conséquences.	24
b. Une population moins accidentogène.....	25
c. Un arrêt de la conduite souvent à l'initiative d'un tiers.....	26
d. Une évaluation clinique globale et pluridisciplinaire.	27
e. Une consultation obligatoire sans bénéfice.....	29
3. Limites et forces de l'étude	30
4. Perspectives	31
Conclusion	33
Annexes.....	37
Annexe 1 : Grille d'entretien	37
Annexe 2 : Retranscription d'un entretien	42
Annexe 3 : Grille COREQ	48
Annexe 4 : Trail Making Test	51
Annexe 5 : MMSE	54

Résumé

Contexte : La France en 2022 est l'un des derniers pays d'Europe n'imposant pas de contrôle obligatoire de l'aptitude médicale à la conduite automobile à sa population âgée. Bien que les chiffres de l'INSERR montrent qu'il ne s'agit pas de la population la plus dangereuse sur nos routes, le sujet âgé au volant est stigmatisé et considéré comme dangereux par le reste de la population. Un contrôle peut cependant se faire et devrait même être réalisé dans certaines situations médicales, ce qui n'est pas toujours le cas. Aujourd'hui celui-ci est réalisé par des médecins agréés de la sécurité routière qui sont les seuls à pouvoir le faire.

Objectif : Recueillir l'expérience, les représentations, les attentes et l'avis qu'ont les médecins agréés de la sécurité routière concernant la problématique de la personne âgée au volant et la mise en place d'un contrôle médical obligatoire.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés auprès des médecins agréés de la sécurité routière dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Résultats : L'ensemble des médecins interrogés (10/10) se sont accordés à dire qu'un arrêt de la conduite chez une personne âgée est synonyme d'une perte d'autonomie. Les 10 médecins ont aussi déclaré que la personne âgée n'est pas plus responsable d'accidents graves sur les routes et notamment par rapport aux jeunes conducteurs, car elle est prudente et adapte leur conduite. Les consultations de personnes âgées représentent une part très faible de leur activité et la question d'un arrêt de la conduite est à leurs yeux souvent réglée avec la famille et le médecin traitant. Si tous estiment qu'un renforcement des pratiques concernant cette thématique est nécessaire, 6 médecins sur 10 sont contre la mise en place d'une consultation médicale obligatoire à un âge donné. Enfin, beaucoup estime que seules certaines situations sont compliquées à évaluer et nécessiteraient une évaluation pluridisciplinaire ainsi qu'une amélioration de la législation prévue à cet effet.

Conclusion : Les résultats de notre étude qualitative vont dans le sens des chiffres de la sécurité routière et de la littérature existante. Comme les médecins interrogés ont pu l'exprimer, il semble qu'un contrôle médical obligatoire ait une balance bénéfice-risque défavorable. Cependant une évolution des pratiques et de la législation semble nécessaire.

Mots clefs : sujet âgé, conduite automobile, sécurité routière, examen du permis de conduire automobile, évaluation gériatrique

Introduction

La conduite automobile est un acte complexe de la vie quotidienne qui nécessite plusieurs fonctions notamment sensorielles, cognitives et motrices pouvant être affectées au cours du vieillissement d'une personne de manière physiologique ou pathologique. (1)

En effet, avec l'avancée en âge, certaines modifications peuvent interférer avec la conduite automobile. Une altération des principales fonctions peut se produire comme par exemple sur le plan cognitif par une diminution de l'attention et de la vitesse de traitement des informations, sur le plan moteur par une diminution de la réflexivité et des amplitudes articulaires axiales et distales ou sur le plan neurosensoriel par une presbyacousie ou une presbytie (2).

On estime en 2021 en France une espérance de vie moyenne à la naissance à 85,4 ans chez les femmes et 79,3 ans chez les hommes quasiment en constante augmentation depuis 1994 (3). Il s'en suit une augmentation de la proportion des personnes âgées, fixée par l'INSEE à 65 ans. En effet en 2022 on compte 14,3 millions de personnes de plus de 65 ans correspondant à 21% de la population Française (4).

La part de la population âgée sur les routes augmente donc elle aussi. En effet actuellement 62% des 65 - 74 ans ont le permis pour 49% de conducteurs réguliers, et 47% des plus de 75 ans ont le permis pour 29% de conducteurs (5).

En 2021 en comparaison à 2019, le nombre de tués sur les routes a baissé de manière globale sauf pour les moins de 18 ans et les personnes âgées de 65 à 74 ans. On remarque que la majorité de celles-ci sont impliquées dans la mortalité piétonne où elles représentent plus de la moitié des personnes tuées. Ceci s'explique en partie par leur plus grande fragilité (6). Il semble que

les séniors au volant soient moins dangereux pour les autres notamment en comparaison avec les jeunes souvent responsables d'accidents par excès de vitesse et sous l'emprise de toxiques (7) (8).

Avec sa voiture, le conducteur âgé a la possibilité d'une mobilité flexible et complètement libre ce qui signifie pour beaucoup un gage d'autonomie et une qualité de vie meilleure (9) (10).

Cependant en France, la personne âgée au volant reste stigmatisée et considérée comme dangereuse, avec une volonté de la part de la population générale d'instaurer une consultation obligatoire (11).

En effet contrairement à d'autres pays Européens comme l'Italie, la Finlande ou le Portugal, il n'existe actuellement en France aucun contrôle obligatoire de l'aptitude à la conduite automobile chez les personnes âgées en dehors de pathologies bien particulières dont la liste a été modifiée récemment par un arrêté datant du 28 mars 2022 (12).

Il faut avoir à l'esprit que la définition de la personne âgée établi en 1962 correspondant à l'âge de 65 ans et du départ en retraite est aujourd'hui purement conventionnelle et administrative, elle est utilisée à visée statistique par l'INSEE dans un but comparatif. En effet, l'expression « personnes âgées » d'usage courant ne correspond à aucune définition précise (13).

Certains médecins qui le souhaitent, après une formation initiale de 9h par l'INSERR, reçoivent un agrément de médecin agréé au permis de conduire. Ils ont pour principaux objectifs de travail de connaître les principales causes d'accidentalité, de connaître le cadre réglementaire et l'organisation administrative dans lesquels s'exerce l'activité du contrôle médical et enfin d'utiliser les outils de diagnostic médical pour le repérage des conduites et situations à risque les plus fréquentes en matière de sécurité routière. Ils ont le choix d'exercer en cabinet et/ou en commission médicale primaire en préfecture.

Cet agrément est valable initialement 5 ans avec ensuite une obligation de formation continue de 3h tous les 5 ans de manière à procéder à une mise à

jour de leurs connaissances (14).

Notre étude s'intègre dans le cadre du projet FAMACO (Facteurs prédictifs associés au maintien de la conduite en âge avancé) qui vise à identifier les attentes et les besoins de l'ensemble des acteurs (professionnels, conducteurs âgés et non-conducteurs âgés) ainsi que les facteurs prédictifs (« les premiers signes ») conduisant à l'arrêt, au maintien de la conduite et à l'accidentologie chez les personnes âgées. Cette étude multicentrique a pour but in fine de contribuer aux réflexions liées à l'arrêt de la conduite automobile des seniors et à l'instauration d'une visite médicale obligatoire d'aptitude à la conduite automobile. Nous avons donc réalisé notre étude qualitative dans ce cadre. L'objectif était d'évaluer les représentations, les attentes et l'intérêt d'un contrôle obligatoire de l'aptitude à la conduite automobile chez les personnes âgées auprès de médecins généralistes agréés de la sécurité routière dans la région du Nord - Pas de Calais.

Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative avec analyse inductive généralisée selon la méthode décrite par D.R Thomas et reprise par M. Blais et S. Martineau (15) (16), de manière à laisser aux différents médecins interrogés une liberté d'expression.

Des entretiens semi dirigés ont été réalisés à partir d'une grille d'entretien établie préalablement à l'aide d'entretiens exploratoires permettant de cibler les principales thématiques que nous cherchions à étudier. **(Annexe 1)**

Les entretiens ont été réalisés au cours de la période de Juin 2021 à Mars 2022 dans la région du Nord-Pas de Calais après un avis favorable du comité d'éthique du CHU de Saint-Etienne (IRBN042019/CHUSTE) et le consentement de chaque médecin interrogé. Leur durée moyenne était de 29 minutes.

2. Constitution de l'échantillon

L'échantillon a été réalisé à partir des listes préfectorales des médecins agréés de la sécurité routière trouvées sur les sites internet des préfets du Nord et du Pas de Calais.

Chaque participant de l'étude devait être médecin généraliste, agréés de la sécurité routière, encore en exercice que ce soit en cabinet médical ou en commission de permis de conduire en préfecture.

L'objectif de départ était de faire varier au maximum l'échantillon de manière à avoir un échantillonnage raisonné à variation maximale. Mais nous avons dû

rapidement faire face à un défaut de réponse favorable à la réalisation d'entretien, dans la plupart des cas par manque de temps.

L'échantillon était composé de dix hommes et d'une femme, tous médecins généralistes.

Nous sommes arrivés à saturation, c'est à dire lorsque aucune nouvelle étiquette n'apparaissait lors de l'étiquetage thématique, au bout de huit entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmation. Un entretien a été exclu dès la phase de la retranscription du fait d'un défaut de fonctionnement du logiciel de dictaphone sur smartphone.

3. Méthode d'entretien

Les 11 entretiens ont été réalisés en présentiel par une seule et même personne aux cabinets des médecins interrogés. Ils ont été menés à partir de questions ouvertes sur les principales thématiques étudiées, à l'aide de la grille d'entretien préétablie, ceci après une rapide présentation du projet FAMACO.

Les principales thématiques abordées au cours de ces entretiens étaient les représentations qu'ils avaient vis à vis de la conduite automobile chez les personnes âgées, l'avis qu'ils pouvaient avoir quant à la surveillance actuelle de la conduite automobile chez les séniors, l'implication qu'ils avaient sur le permis de conduire auprès de cette population et enfin les éventuelles propositions qu'ils pouvaient émettre vis à vis de la conduite automobile dans cette tranche d'âge et notamment leur ressenti sur la question d'une visite médicale de contrôle obligatoire.

4. Recueil et analyse des données

Les questions – réponses ont été enregistrées à l'aide d'un logiciel de

dictaphone sur Smartphone et retranscrites intégralement à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Word® 2019) sur le mode verbatim de manière à ne pas dénaturer les propos du participant. **(Annexe 2)**

L'analyse des verbatims a été faite selon une analyse inductive généralisée regroupant 4 grandes étapes qui ont consisté à préparer les données brutes lors de la retranscription, faire une lecture attentive et approfondie, puis procéder à l'identification et à la description des premières catégories pour enfin poursuivre le raffinement des différentes catégories.

Une anonymisation des médecins interrogés a été faite principalement par suppression du Nom-Prénom au profit d'une numéro d'entretien accompagné d'un M pour « Médecin »

Résultats

1. Description de la population

Nous avons interrogé 11 médecins agréés de la sécurité routière durant une période de 10 mois entre juin 2021 et mars 2022.

Le médecin n°6 a été exclu du fait d'un défaut d'enregistrement par dysfonction d'une smartphone et l'impossibilité d'une retranscription fidèle et complète. **(Figure 1)**

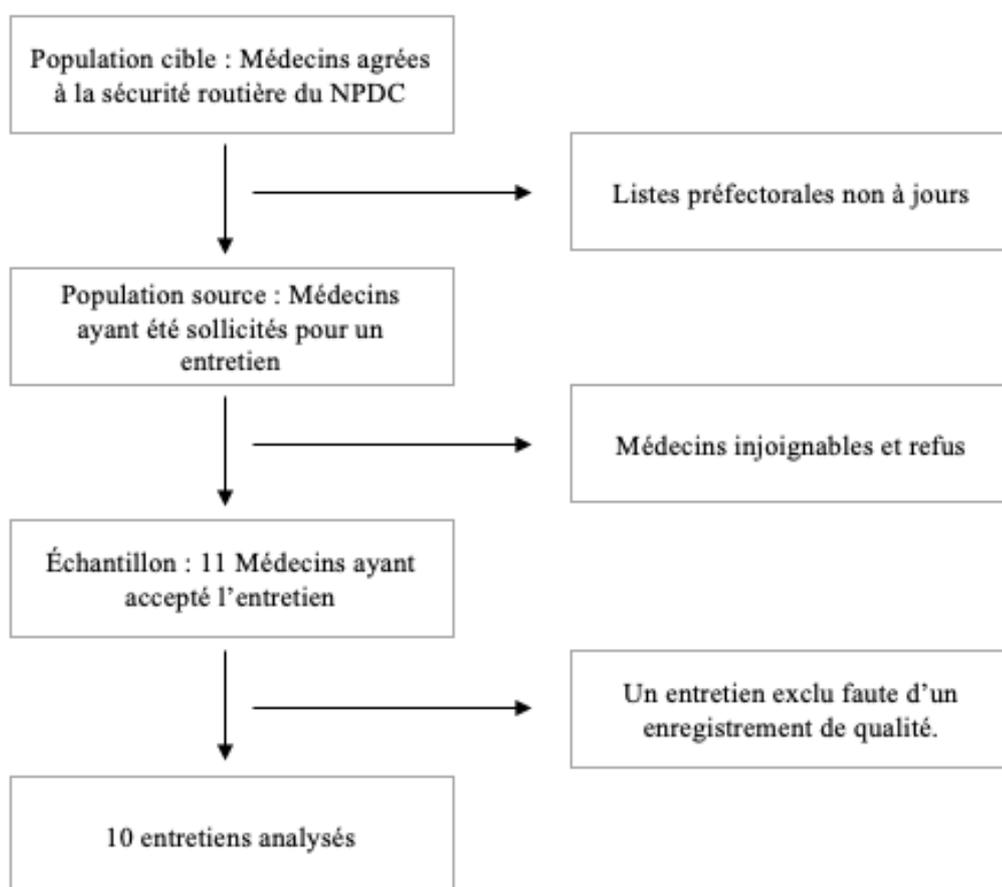


Figure 1. Diagramme de flux des participants à l'étude

Ils sont tous médecins généralistes dans la région du Nord - Pas de Calais. Un seul a arrêté son exercice de généraliste mais continue en tant que médecin agréé au permis de conduire en commission médicale primaire en préfecture.

9 médecins sur 10 étaient des hommes.

Ils ont un âge moyen de 62,8 ans avec des extrêmes à 56 ans et 74 ans.

Ils sont agréés en moyenne depuis 24,7 ans avec des extrêmes à 5 ans et 40 ans.

3/10 exercent en milieu rural, 5/10 en milieu urbain, et 2/10 en milieu semi rural.

7/10 ont une activité mixte en cabinet et en sous-préfecture, 2/10 en cabinet seul et enfin 1/10 en sous-préfecture uniquement.

Leurs caractéristiques sont résumées dans le **tableau 1**.

Entretien	Genre	Age	Lieu d'exercice	Agrégation	Mode d'exercice
1	Homme	56 ans	Rural	22 ans	Cabinet + sous préfecture
2	Homme	60 ans	Urbain	20 ans	Cabinet seul
3	Homme	56 ans	Semi-Rural	20 ans	Cabinet + sous préfecture
4	Homme	74 ans	Rural (retraité)	40 ans	Sous préfecture
5	Homme	60 ans	Urbain	13 ans	Cabinet + sous préfecture
7	Homme	69 ans	Urbain	37 ans	Cabinet + sous préfecture
8	Homme	68 ans	Urbain	30 ans	Cabinet seul
9	Femme	62 ans	Rural	5 ans	Cabinet + sous préfecture
10	Homme	63 ans	Semi-Rural	28 ans	Cabinet + sous préfecture
11	Homme	60 ans	Urbain	32 ans	Cabinet + sous préfecture
Moyennes	/	62,8 ans	/	24,7 ans	/

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée.

2. Résultats principaux

L'analyse des entretiens a permis d'identifier **5 grands messages clefs (figure 2)** :

- Un arrêt brutal de la conduite est synonyme pour les médecins d'une perte franche d'autonomie.
- La population âgée au volant, aux yeux des médecins interrogés n'est pas plus responsable d'accidents graves et mortels que le reste de la

population. Au contraire même, ils la définissent comme prudente. C'est une tranche d'âge qui est stigmatisée par le reste des Français.

- Dans la plupart des cas, l'arrêt de la conduite automobile chez la personne âgée est volontaire et s'accompagne parfois d'une intervention d'un tiers et/ou du médecin ce qui soulève la question du respect du secret médical.
- Une évaluation pluridisciplinaire dans certains cas compliqués est nécessaire.
- La majorité des médecins interrogés sont contre une consultation de contrôle obligatoire à un instant donné, en revanche ils sont plus en faveur d'une prévention à la conduite intégrée dans le suivi du patient, sous réserve d'une meilleure formation des généralistes quant à cette question.

L'arrêt brutal de la conduite est synonyme de perte d'autonomie.

La population âgée au volant n'est pas plus responsable d'accidents graves et/ou mortels que le reste de la population.

L'arrêt de la conduite est généralement volontaire, s'accompagne souvent d'un tiers et est peu évoquée en consultation.

Une évaluation pluridisciplinaire est nécessaire dans certains cas compliqués.

La majorité des médecins interrogés ne sont pas favorables à la mise en place d'une consultation obligatoire

Figure 2 : Principaux messages de l'étude.

a. L'arrêt de la conduite synonyme de perte d'autonomie.

Pour la plupart des médecins interrogés (7/10) sur ce que représente la poursuite de la conduite automobile chez la personne âgée, l'autonomie a été citée spontanément et pour les 3 autres après une relance sur le sujet. Dans les 10 cas le permis semble être crucial pour les personnes âgées en termes de vie sociale, d'interaction et de la réalisation des gestes de la vie quotidiennes (activité de loisirs, réalisation des courses et de suivi médical).

« Bah c'est leur autonomie, c'est leur autonomie !!! » (M2)

« C'est un enjeu majeur de société, parce que d'abord c'est l'autonomie » (M5)

« La conduite automobile est un facteur du maintien de cette autonomie » (M7)

« Dans un premier temps c'est vraiment un drame social d'interdire quelqu'un à conduire. Et en cascade c'est la porte ouverte vers une dégringolade, la perte d'autonomie la perte du lien social, la perte de tout. Ça débuche souvent sur l'institution » (M7)

Pour la majorité d'entre eux (7/10) en revanche cette perte d'autonomie est corrélée au fait d'habiter en ville ou en campagne. En effet, l'arrêt de la conduite chez une personne habitant en milieu rural semble d'avantage les préoccuper et avoir à leurs yeux plus d'impact.

« Maintenant il y a le côté perte d'autonomie, si on leur supprime la voiture en centre-ville ce n'est pas très grave, si on leur supprime la voiture à la campagne pour aller chez le médecin tout ça bah on les attache ». (M3)

« Une personne âgée isolée qui habite à la campagne si elle n'a pas un moyen de transport elle est paumée. En ville c'est plus facile » (M2)

Contrairement aux 3 autres pour lesquels une personne n'étant plus capable

de conduire, n'est plus capable de s'adapter notamment aux transports en commun.

« Quand on est plus capable de se déplacer en voiture on peut imaginer qu'on va aller à pieds ou en transport en commun mais c'est une lubie car c'est encore plus compliqué, il suffit de voir comment sont conçus les couloirs de métro, comment on monte dans un autobus donc si on est plus capable de conduire on est absolument plus capable de faire autre chose » (M5)

Cependant, sur les médecins interrogés, certains proposent des solutions pour pallier à cette perte d'autonomie. En effet, tous pensent que la perte d'autonomie est bien présente mais qu'elle peut être atténuée par un cadre familial solide. Pour les personnes isolées en dehors du contexte d'urgence, il est souvent possible de mettre en place des aides à domiciles pouvant contribuer à garder une autonomie.

« Faire une demande d'APA pour avoir des personnes qui vous conduise faire les courses, des choses comme ça. Ce qui revient moins cher. Payer une personne 2 fois par semaine pour aller faire les courses ou payer une voiture son entretien l'assurance il n'y a pas photo » (M7)

b. Une population vue comme moins accidentogène.

Sur la question de la sécurité routière chez les personnes âgées, l'ensemble des médecins interrogés se sont accordés à dire que les personnes âgées n'étaient pas responsables de la majorité des accidents graves et mortels.

« Concernant la sécurité routière ce n'est pas la tranche d'âge qui est la plus en péril. C'est souvent essentiellement lié à la vitesse et ce n'est pas ces personnes-là qui roulent vite » M7

« Non non ce n'est pas les personnes âgées qui provoquent le plus d'accident, du tout » M8

Et ceci le plus souvent car que les personnes âgées sont vues comme des personnes prudentes, se limitant elles-mêmes dans leurs trajets en fonction des horaires, de la météorologie, de la luminosité.

« Ils adaptent leurs trajets, ils sortent moins la nuit, ils sortent longtemps, ils sortent aux heures creuses » (M5)

« Parce qu'ils roulent lentement parce qu'ils ont souvent conscience d'une certaine vulnérabilité, parce qu'ils s'imposent des circuits bien connus et ils évitent des périodes compliquées : à la tombée de la nuit » (M7)

« Ils sont plus vigilants, ils font plus attention, ils font de plus petits trajets, ils roulent plus lentement » (M11)

Cependant, une nuance est faite notamment sur la fréquence des accidents non graves que la plupart des médecins jugent beaucoup plus fréquents dans cette catégorie de la population et qu'ils considèrent comme des « prodromes » à rechercher en consultation avant de discuter d'un éventuel arrêt de la conduite.

« Alors pas forcément des accidents graves mais de la taule froissée. Moi j'ai plein de personnes âgées à qui je dis qu'il faut arrêter de conduire en 6 mois ils se payent 3 ou 4 accidents mais de la taule froissée, pas des trucs très graves, ils vont se payer une bordure ou casser un carter, une jante » (M2)

« Si vous voulez on voit beaucoup d'accident matériels avec les personnes âgées elles accrochent leurs véhicules » (M4)

c. Un arrêt de la conduite accompagné mais rarement médicalisé.

L'ensemble des médecins sans exception s'accordent à dire que la proportion de personnes âgées vues en consultation, au cabinet ou en commission médicale en préfecture, dans le cadre d'une évaluation de la conduite automobile est infime comparé aux autres motifs de consultation.

« A la préfecture c'est que des gens qui ont fait des infractions et c'est alcool, cannabis donc ça concerne assez peu les gens au-dessus de 75 ans. La consultation ou la convocation de gens de plus de 75 c'est 1 sur 20 ou 1 sur 30 c'est ridicule pour l'instant. En cabinet c'est à peu près la même chose » (M3)

« En commission ça ne représente vraiment pas beaucoup, j'ai envie de dire même pas une sur 20 » (M4)

Ce qui les amène à penser que bien souvent la question de la conduite automobile se règle en privé et est peu médicalisée. En effet, la famille semble pour eux avoir un rôle préventif et interventionnel majeur sur le sujet avec un arrêt de la conduite qui à terme paraît être majoritairement bien accepté pour les 10 médecins interrogés.

« J'en ai eu mais ça doit être 1 ou 2 sur 10 ans d'exercice qui arrive en disant mes enfants ne veulent plus que je conduise Docteur, qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? » (M5)

« La semaine dernière j'ai supprimé le permis à un monsieur. Il m'a dit de toute façon je le savais que vous alliez le faire et il a accepté complètement. Il est venu avec son fils et il m'a dit de toute façon point c'est fini je me débrouillerai. Il a accepté de ne plus conduire » (M8)

« En grande majorité des cas quand il n'y a pas de

problème de santé c'est toujours par dénonciation de la famille des proches a la préfecture et c'est la préfecture qui envoie un courrier au titulaire du permis de conduire pour lui demander de venir passer une visite médecin agréé » (M11)

Cependant, l'ensemble des médecins interrogés ont souligné le fait que des personnes âgées refusant l'arrêt de la conduite automobile malgré les recommandations de leurs médecins traitants, de leurs familles ou encore des personnes isolées, existent. Il se pose alors la question de la dénonciation et du secret médical. Cette question divise.

En effet, 7 médecins sur 10 pensent qu'une dérogation au secret médical est nécessaire dans certains cas pour éviter une mise en danger du patient et d'autrui.

« Le médecin généraliste devrait avoir un moment une certaine information pour pouvoir mettre en alerte » (M1)

« Bah il est lié au secret médical ça c'est sur mais il est quand même, il y a quand même une grande part de sécurité de toute façon dans cette affaire la donc moi je pense qu'il faut effectivement peut être délier le médecin du secret médical mais uniquement pour ça. » (M10)

« Bah il faudrait une dérogation au secret médical au titre de la protection de tous quoi » (M11)

Contrairement aux 3 autres qui pensent que cela aurait un impact délétère sur la relation malade-médecin sur le court et long terme.

« Moi je suis médecin traitant et médecin agréé et j'imagine que si des patients avaient tendance à savoir que je pouvais dénoncer ou signaler ça ne serait absolument pas bon ils cacheraient des pathologies

éventuellement donc je crois que dans le système de confiance c'est vraiment pas la bonne solution » (M5)

d. Une évaluation pluridisciplinaire parfois nécessaire.

Sur 9 des 10 médecins interrogés, lors de l'évaluation, une anamnèse et une évaluation clinique globale étaient systématiquement réalisées à la recherche des principales contre-indications à la conduite automobile avec des situations sur le plan médical plutôt simple à évaluer selon eux notamment en cas de présence d'une contre-indication franche à la conduite. Les troubles visuels et les troubles neurocognitifs sont les principales contre-indication à la poursuite de la conduite automobile pour 8 des 10 médecins interrogés. **(Figure 3)**

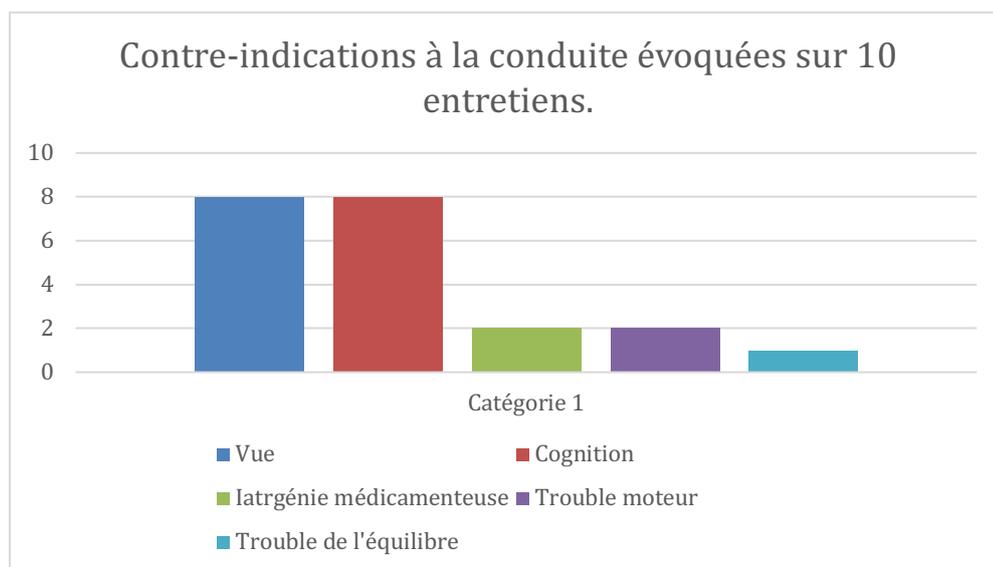


Figure 3 : Contre-indications principales à la conduite selon les médecins interrogés

Mais parfois des situations pouvant être jugées plus compliquées à évaluer et qui pour 9 médecins interrogés sur 10 nécessitent la réalisation de tests ou d'examens complémentaires.

« Souvent on les a les examens complémentaires, le médecin généraliste suit son patient régulièrement donc quand il a besoin d'examen complémentaires dans les

états de démence il y a au moins une IRM quelque fois une consultation de gériatrie, au niveau acuité visuelle c'est pareil il le sait si vous voulez » (M4)

« C'est l'impression clinique d'abord et puis l'évaluation après les tests de dépistage, le test de la MOCA » (M5)

Mais surtout, il faut dans certains cas une évaluation pluridisciplinaire englobant les différents acteurs de la profession médicale et paramédicale mais aussi les moniteurs d'auto-école.

« Impliquer peut-être des tests avec moniteur d'auto-école et qui ne soient pas des libéraux parce que c'est facile de convaincre un libéral, par 1000 façons. Mais pourquoi pas faire, ça pourrait être une bonne chose » (M7)

« Je peux appuyer ma décision sur des compte rendu de spécialistes ou un bilan neurologique ou l'avis d'un diabéto par exemple sur un diabète hyper mal équilibré ou l'avis d'un ophtalmo qui dit non vraiment entre le champs visuel l'acuité visuel c'est un danger public de conduire bon bah la vraiment. » (M9)

e. La consultation obligatoire, un sujet qui divise.

Finalement, sur la question d'un intérêt d'une visite obligatoire à un âge donné et pour tous, les avis des médecins interrogés sont partagés.

6 médecins sur 10 sont contre la mise en place d'une visite obligatoire à partir d'un âge donné pour tous.

« Non ça n'a pas de sens au plan de l'épidémiologie et surtout de la pertinence parce que si c'est pour faire une visite médicale complètement isolée ça n'a pas de sens,

ça doit être dans le cadre d'une évaluation globale d'une pathologie générale. Mais la visite systématique ça n'a fait aucune preuve d'efficacité la ou ça a été fait. » (M5)

« En tout cas c'est surtout l'incitation, il faut toujours inciter plutôt que de contraindre et si on contraint il va y avoir des passes droites, enfin pas des passes droits mais des entourloupes, des abus, des dérives » (M10)

Contrairement aux 4 autres qui y voient un intérêt :

« Je suis convaincu que ça serait utile » (M1)

« Ça aurait un intérêt pour sensibiliser des individus qui ne sont pas encore dans l'incapacité de conduire en toute sécurité, d'être vigilant, de prévoir » (M7)

Qu'ils soient en faveur ou non de la mise en place d'une consultation de contrôle obligatoire, l'ensemble des médecins ont fait remarquer qu'il y avait une nécessité de renforcer la place de la thématique de la conduite automobile chez les personnes âgées dans les pratiques médicales.

Discussion

1. Résultats principaux

Notre étude qualitative dans le cadre du projet FAMACO ayant pour but de rechercher les représentations, les attentes et l'avis des médecins agréés quant à la conduite chez les automobilistes seniors a mis en évidence plusieurs résultats principaux :

- Un arrêt de la conduite automobile est synonyme pour eux de perte d'autonomie et doit être le moins brutal possible.
- La population âgée n'est pas, à leurs yeux, plus accidentogène que le reste de la population.
- La personne âgée s'arrête souvent de conduire spontanément ou sur avis de la famille. C'est finalement un motif peu fréquent de consultation.
- L'évaluation peut parfois être complexe et nécessiterait une évaluation pluridisciplinaire.
- Une petite majorité des médecins est contre la mise en place d'une visite de contrôle obligatoire de l'aptitude à la conduite à un âge donné.

2. Comparaison avec la littérature.

a. Un arrêt de la conduite non sans conséquences.

Dans notre étude, les médecins agréés au permis de conduire soulignent les conséquences et les risques importants liés à un arrêt de la conduite automobile avec comme principale conséquence une perte globale d'autonomie.

La littérature met en avant effectivement qu'en cas d'arrêt de la conduite, une augmentation des symptômes dépressifs (17) (18), une diminution de la réalisation d'activités hors du foyer (19), un risque accru d'entrer en institution (20) ainsi qu'une augmentation du déclin cognitif chez les personnes ayant un espace de vie retreint (21).

b. Une population moins accidentogène.

Dans notre étude la population âgée est vue par les médecins comme moins accidentogène que le reste de la population et notamment les jeunes. Ceci est dû au fait d'une plus grande prudence liée à un sentiment de vulnérabilité du sujet âgé sur les routes.

Une étude de 2007 réalisée en Australie a en effet montré que les personnes âgées étaient plus prudentes (22).

De Raedt a montré dans son étude de 2000 que les patients adaptant leur conduite sont moins susceptibles d'avoir un accident (23).

Une étude réalisée en France sur les accidents corporels entre 1996 et 2005 renforce le fait que les personnes âgées sont moins dangereuses pour les autres (8).

Enfin le rapport final Cosera de 2018 confirme que la dangerosité des conducteurs des véhicules légers diminue avec l'âge (24).

Si on regarde les chiffres sur l'accidentalité routière de 2021 en comparaison à 2019 (la crise sanitaire et les confinements en 2020 rendent toute comparaison difficile) dans le rapport de l'ONISR de mai 2022 (6) : 2944 personnes sont mortes sur nos routes en 2021 soit le nombre de victime le plus faible depuis 1926 (2900 morts cette année-là malgré un parc automobile 50 fois moins important). Une diminution globale de la mortalité de 9% est observée par rapport à 2019 sauf pour les 65-75 ans avec une augmentation de 1% en comparaison avec 2019.

Cependant, pour comprendre la véritable évolution de chaque classe d'âge, il est utile de regarder le taux de mortalité rapportée à la population, exprimé en nombre de tués par millions d'habitant et là on remarque que la classe d'âge de 65 ans et plus, présente une mortalité plus faible que les 18-24 ans et ceci malgré une plus grande fragilité.

c. Un arrêt de la conduite souvent à l'initiative d'un tiers.

Une étude Australienne de 2007 a suggéré que les personnes âgées avaient une idée de leur durée de vie au volant (25).

Il semble cependant avoir peu d'arrêts spontanés de leurs parts (22) malgré le fait que l'âge (26), l'existence de troubles neurocognitifs (27), de troubles visuels (20) ou de troubles moteurs (28) sont des facteurs associés à l'arrêt de la conduite automobile.

L'intervention familiale qui a été mentionnée dans la totalité des entretiens semble donc avoir une place importante dans l'arrêt de la conduite automobile chez les séniors. C'est ce que retrouve le travail de thèse du Dr Allione qui met en évidence que 70% des conducteurs âgés estiment être influencés par leur conjoint (29). De même que le travail de thèse du Dr Roche mettant en évidence que l'avis de l'entourage reste important pour les conducteurs âgés (30).

Le médecin généraliste a plusieurs rôles à jouer dans la conduite automobile chez le sénior : un rôle d'information du patient des risques encourus en cas de conduite malgré une contre-indication médicale (somatique ou iatrogénique par exemple) (31). Mais aussi plus généralement un rôle de mis en confiance du patient dans la relation qu'ils entretiennent. En effet, dans cette même thèse du Dr Roche une grande part des usagers interrogés, étaient prêts à laisser de côté la conduite automobile par confiance envers leur médecin traitant (30).

De plus, l'arrêt de la conduite automobile chez les personnes âgées semble être plus facilement acceptée en cas d'arrêt non brutal associé à une supplémentation du moyen de locomotion comme les associations d'aide au déplacement, la présence de transport en commun ou encore la présence d'un proche (32) (33) (34).

Cependant dans le cadre d'un patient âgé n'étant plus capable de conduire,

refusant de consulter un médecin agréé et pour lequel aucune notification auprès de la préfecture ne serait faite par un tiers, le code de déontologie médical crée par l'ordre des médecins en 1947, interdit au médecin traitant de dénoncer. Il s'agirait d'une rupture au secret médical. En effet, les dérogations sont bien précises et une notification à la préfecture pour inaptitude à la conduite n'en fait pas partie. Par ailleurs l'article R.4127-105 interdit le cumul du rôle d'expert et de médecin traitant empêchant aussi celui-ci d'intervenir sous son étiquette de médecin agréé de la sécurité routière (35).

d. Une évaluation clinique globale et pluridisciplinaire.

Dans notre étude la plupart des médecins agréés ont déclaré faire une évaluation globale à l'aide d'une anamnèse et d'un examen clinique complet selon les appareils concernés. Leur principal but est de rechercher une des principales contre-indications à la conduite automobile.

Actuellement en France, il n'existe aucune évaluation standardisée, ni de test spécifique pour évaluer et dépister les patients susceptibles d'être dangereux sur nos routes.

Cependant la législation est bien présente, elle impose par exemple pour la vue, un champs visuel satisfaisant ainsi qu'une acuité binoculaire au moins égale à 5/10. Cela impliquera forcément l'utilisation de test en l'occurrence ophtalmologique ici tel que les échelles type Monoyer et Parinaud. (36)

L'American model association recommande dans le cadre de l'évaluation de la personne âgée de faire passer différents tests en fonction de l'appareil étudié : pour la vue l'EDTRS, pour l'évaluation de la cognition le test de l'horloge, le trail making test partie B (Annexe 4), le rapid pace Walk et le visual fields by confrontation testing et pour l'appareil locomoteur des tests manuels au niveau des différentes articulations. (37)

Gonthier R préconise de pratiquer différents tests afin de faire une évaluation de la cognition globale, avec pour chaque test un seuil fixé, indiquant une

possible dangerosité lors de la conduite. (38)

Le rapport Domont propose une évaluation en 2 niveaux, tout d'abord par un praticien général non sensibilisé puis par un praticien sensibilisé comme les médecins agrées avec une utilisation d'un test simple et reproductible comme le MMSE dont le seuil $< 24/30$ a été choisi dans le cadre de la détermination de l'aptitude médicale au Canada (39). (Annexe 5)

Il existe les simulateurs de conduite, mais ils sont peu disponibles et très onéreux. Une étude Australienne ainsi qu'une étude réalisée par Berstein et al ont montré qu'une évaluation de la dangerosité d'un conducteur sur route est plus efficace et sensible qu'un dépistage sur simulateur à faible cout (40)(41).

Brown et al. ont montré que le patient, ses proches ou le médecin traitant ne sont pas les plus qualifiés pour informer sur la dangerosité du patient au volant. Les spécialistes et notamment les neurologues semblent plus performants dans cette tâche (42).

Une thèse réalisée par Sophie Carbonnel en 2019 a mis en évidence que les médecins généralistes sont en échec face à cette situation. Dans l'hypothèse où ils doivent intervenir dans un processus de contrôle, ils ne souhaitent pas être les décideurs mais plutôt un « filtre » avec des outils et des recommandations claires sur leurs pratiques (43).

Ces différentes recommandations pourraient être le point de départ d'une évaluation globale standardisée pluridisciplinaire nécessaire dans certaines situations complexes.

Pour autant plusieurs études remettent en cause les contrôles d'aptitude à la conduite sur la base d'un examen clinique et paraclinique, qui n'apportent selon elles aucune amélioration en terme de sécurité routière. En effet, une étude australienne a comparé le taux d'accident des conducteurs entre Melbourne où il n'y a aucun contrôle obligatoire et Sydney où il y a une évaluation obligatoire régulière à partir de 80 ans. Il n'y avait pas de différence

statistique (45). Une autre étude réalisée par L Hakamies-Blomqvist et al. a montré que la présence d'un dépistage pouvait produire un transfert des personnes âgées sur un mode de déplacement plus risqué induisant un taux de mortalité plus élevé chez les usagers âgés de la route. (44).

Enfin le MMSE seul ne serait pas assez sensible pour évaluer les fonctions cognitives nécessaire à la conduite automobile. (38)

e. Une consultation obligatoire sans bénéfice.

La France est l'un des derniers pays d'Europe avec l'Allemagne, la Belgique et la Pologne qui ne pratique pas de visite de contrôle obligatoire concernant l'aptitude à la conduite automobile. Contrairement à La Finlande et au Danemark où le contrôle se fait tous les 5 ans à partir de 70 ans et à partir de 50 ans au Portugal ou en Italie. De même dans le monde où les Etats-Unis, le Canada et l'Australie ont fait de même (46).

Cependant c'est un sujet qui divise, car encore récemment le 3 octobre 2017, une proposition de loi concernant la mise en place d'une visite de contrôle obligatoire à partir de 70 ans a été faite par Mme Duby-Muller Virginie (47). Celle-ci n'a pas été votée.

Des études Danoises et Finlandaises ont montré qu'il n'existait aucune incidence positive sur le nombre d'accident en véhicule léger des seniors après la mise en place d'une consultation de contrôle obligatoire notamment cognitive (44)(48). En revanche, on pouvait observer une surmortalité chez les personnes âgées utilisant d'autres moyens de transport et notamment les piétons.

Une méta-analyse Danoise de 2015 a confirmé l'absence de bénéfice lié à la mise en place d'un contrôle de l'aptitude systématique (49).

Au vu de l'impact négatif sur la relation malade-médecin, l'apport nul en termes de sécurité routière et des conséquences liées à l'arrêt de la conduite chez le sujet âgé, 6 médecins sur 10 étaient contre cette idée sans pour

autant occulter le sujet.

La prévention et l'information des patients semblent être au cœur de leurs réflexions, ce qui paraît aussi être la ligne de conduite du gouvernement pour le moment avec une nouvelle campagne de prévention lancée auprès des médecins en avril 2022 intitulée « Docteur est-ce que c'est grave si je conduis ? » (50).

3. Limites et forces de l'étude

La méthode qualitative sous forme d'entretien avec des questions ouvertes laisse place à une liberté d'expression. Il s'agissait donc de la méthode la plus adaptée pour analyser et comprendre le ressenti et le vécu des médecins agréés de la sécurité routière.

L'échantillon a été réalisé à partir des listes préfectorales des médecins agréés de la sécurité routière trouvées sur les sites internet des préfets du Nord et du Pas de Calais. Le but était de le faire varier au maximum, cependant celui-ci n'était pas à variation maximale raisonnée, ceci étant dû à une difficulté considérable à obtenir des entretiens auprès des médecins concernés par impossibilité de les joindre, par défaut de réponse, par manque de temps. Ceci induisant un biais de sélection, en effet les médecins ayant répondu favorablement devaient être intéressés par le sujet.

La saturation a été atteinte au bout de 8 entretiens et confirmée par 2 entretiens cependant sur un échantillon quasiment exclusivement masculin avec une variance d'âge faible. Ce qui induit un biais de non réponse. En effet, des médecins agréés plus jeunes et/ou féminins auraient peut-être donné des réponses différentes de celles obtenues.

Un seul enquêteur a réalisé l'ensemble des entretiens, au calme, au cabinet des différents médecins sans interruption. Il s'agissait de sa première étude qualitative ainsi il peut exister un biais de subjectivité. Cependant afin de limiter ce biais, une formation à l'étude qualitative a été réalisée.

L'ensemble de la méthode de l'étude a été réalisée suivant la grille COREQ, de manière à pouvoir critiquer objectivement l'étude (Annexe 3).

4. Perspectives

Notre étude met en évidence plusieurs pistes d'amélioration quant à l'évaluation médicale de la conduite automobile chez la personne âgée.

Une visite de contrôle non obligatoire mais recommandée pourrait être mise en place pour l'ensemble de la population à partir d'un certain âge clef tel que 65 ans, dont l'unique thème serait la conduite automobile avec un double objectif de dépistage des situations à risque mais aussi de prévention. Cette consultation ne pourrait pas être réalisée par le médecin traitant. Cependant un lien médecin traitant-spécialiste semble indispensable.

Une amélioration de la formation des médecins généralistes concernant cette thématique par la création d'une formation médicale continue pourrait être bénéfique notamment dans la pratique quotidienne des médecins. Pour aborder la question avec les patients mais aussi savoir juger et gérer certaines situations à risques.

La création de centres pluridisciplinaires regroupant différentes spécialités tels que neurologues, gériatres, ophtalmologues, médecins agréés de la sécurité routière mais aussi moniteurs d'auto-école pourrait être une piste notamment dans l'évaluation des patients compliqués.

Pour lutter contre le risque de perte d'autonomie, un renforcement de l'accompagnement de la personne âgée arrétant de conduire devra être mis en place de manière à ce que celle-ci puisse rester le plus longtemps possible à domicile dans de bonnes conditions. Cela pourrait passer par la mise en place d'aides spécifiques à la personne âgée arrétant de conduire.

Une évolution de la législation semble nécessaire concernant le secret

médical dans les situations complexes de patients isolés refusant l'arrêt de la conduite et pour lesquels aucune notification par un tiers auprès de la préfecture n'est possible.

Enfin, la mise en place d'une campagne de prévention nationale sur la conduite automobile chez les séniors telle que « Manger-Bouger » permettrait de toucher un public large, de toucher les conducteurs, leurs familles et ainsi que de favoriser les échanges entre personnes âgées, famille et médecin.

Conclusion

La conduite automobile a une place importante dans la vie des personnes âgées en France qui sont de plus en plus nombreuses sur nos routes. Elle permet le maintien d'une autonomie, d'une indépendance et d'une ouverture sociale essentielles dans leurs vies.

Cependant avec l'âge, les capacités de conduite diminuent ce qui pose la question de la balance bénéfice-risque d'un maintien ou non de la conduite et des conséquences de celle-ci.

Notre étude a mis en avant le débat que suscitait cette thématique et ceci au sein même des médecins agréés interrogés où les avis divergent. Si tous s'accordent à dire que la population âgée est plus prudente, moins accidentogène, la question de la mise en place d'une consultation de contrôle obligatoire est clivante. Une très faible majorité semble contre. De plus la question du secret médical est importante et une nécessité de l'évolution de celle-ci leur semble nécessaire pour 7 d'entre eux.

L'ensemble des médecins interrogés étaient cependant d'accord sur la nécessité d'une évolution des pratiques chez les médecins concernant ce sujet avec notamment la formation, la prévention et la pluridisciplinarité de l'évaluation au cœur de leurs réflexions.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fabrigoule C, Lafont S. Conduite automobile, vieillissement cognitif et maladie d'Alzheimer. *Presse Médicale*. 1 oct 2015;44(10):1034-41.
2. Fournié P, Ponchel C, Ancele E, Arné JL. Conduite automobile et aptitude visuelle chez 100 patients âgés de plus de 60 ans. *J Fr Ophtalmol*. oct 2006;29(8):901-7.
3. Espérance de vie à divers âges | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
4. Population par sexe et groupe d'âges | Insee . Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2
5. Pappalardo M, Armoogum J, Hubert JP, Roux S, Paris-Est P, Jeannic TL, et al. La mobilité des Français Panorama issu de l'enquête nationale transports et déplacements 2008. *2010*;228.
6. Bilan 2021 de la sécurité routière | Observatoire national interministériel de la sécurité routière . Disponible sur: <https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/etat-de-l-insecurite-routiere/bilans-annuels-de-la-securite-routiere/bilan-2021-de-la-securite-routiere>
7. Quel est l'impact du vieillissement sur la conduite de véhicules ? – Visites médicales du permis de conduire. Disponible sur: <https://www.visite-medecale-permis-conduire.org/aptitude-a-la-conduite-des-vehicules/impact-vieillessement-conduite-vehicules>
8. Lafont S, Gabaude C, Paire-Ficout L, Fabrigoule C. Des conducteurs âgés moins dangereux pour les autres : Étude des accidents corporels en France entre 1996 et 2005. *Trav Hum*. 2010;73(1):75-92.
9. Gagnon S. Le vieillissement réussi et la conduite automobile : et si la relation était bidirectionnelle ? *Rev Neuropsychol*. 2010;2(2):98-105.
10. Pierre AJ. COMITE « AVANCEE EN AGE ». :132.
11. Rapport sur la sécurité routière 2021 : Maintenir la mobilité des personnes âgées - Dekra-Norisko.fr . Disponible sur: <https://www.dekra-norisko.fr/actualites/rapport-securite-routiere/securite-routiere-maintenir-la-mobilite-des-personnes-agees,id-3040?newsId=1325>
12. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0079 du 03/04/2022. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=8dD3wEzkeHMp59Q_y7Jrp2jXbwEqgi4p1G3fTjlpFU=
13. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ?La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie Société*. 2011;34 / 138(3):127-42.
14. Modalités d'agrément pour les médecins qui assurent les visites médicales du permis de conduire – Visites médicales du permis de conduire. Disponible sur: <https://www.visite-medecale-permis-conduire.org/mises-au-point/nouvelles-modalites-agrement-medecins-visites-medicales-permis-conduire>
15. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *Am J Eval*. 1 juin 2006;27(2):237-46.
16. Blais M. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes.
17. Marottoli RA, de Leon CFM null, Glass TA, Williams CS, Cooney LM, Berkman LF. Consequences of driving cessation: decreased out-of-home activity levels. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. nov 2000;55(6):S334-340.

18. Windsor TD, Anstey KJ, Butterworth P, Luszcz MA, Andrews GR. The role of perceived control in explaining depressive symptoms associated with driving cessation in a longitudinal study. *The Gerontologist*. avr 2007;47(2):215-23.
19. Marottoli RA, Mendes de Leon CF, Glass TA, Williams CS, Cooney LM, Berkman LF, et al. Driving cessation and increased depressive symptoms: prospective evidence from the New Haven EPESE. *Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*. *J Am Geriatr Soc*. févr 1997;45(2):202-6.
20. Freeman EE, Gange SJ, Muñoz B, West SK. Driving Status and Risk of Entry Into Long-Term Care in Older Adults. *Am J Public Health*. juill 2006;96(7):1254-9.
21. James BD, Boyle PA, Buchman AS, Barnes LL, Bennett DA. Life space and risk of Alzheimer disease, mild cognitive impairment, and cognitive decline in old age. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. nov 2011;19(11):961-9.
22. Unsworth CA, Wells Y, Browning C, Thomas SA, Kendig H. To continue, modify or relinquish driving: findings from a longitudinal study of healthy ageing. *Gerontology*. 2007;53(6):423-31.
23. De Raedt R, Ponjaert-Kristoffersen I. Can strategic and tactical compensation reduce crash risk in older drivers? *Age Ageing*. nov 2000;29(6):517-21.
24. Lafont S. Rapport final Cosera 2018 : La conduite des séniors : responsabilité et adaptation. 2018 juill.
25. Anstey KJ, Li X, Hosking DE, Eramudugolla R. The epidemiology of driving in later life: Sociodemographic, health and functional characteristics, predictors of incident cessation, and driving expectations. *Accid Anal Prev*. oct 2017;107:110-6.
26. Lafont S, Laumon B, Helmer C, Dartigues JF, Fabrigoule C. Driving cessation and self-reported car crashes in older drivers: the impact of cognitive impairment and dementia in a population-based study. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. sept 2008;21(3):171-82.
27. Marottoli RA, Ostfeld AM, Merrill SS, Perlman GD, Foley DJ, Cooney LM. Driving cessation and changes in mileage driven among elderly individuals. *J Gerontol*. sept 1993;48(5):S255-260.
28. Ackerman ML, Edwards JD, Ross LA, Ball KK, Lunsman M. Examination of Cognitive and Instrumental Functional Performance as Indicators for Driving Cessation Risk Across 3 Years. *The Gerontologist*. 1 déc 2008;48(6):802-10.
29. Allione E. Conduite automobile des sujets âgés : recherche de facteurs de risque d'accident, rôle du médecin traitant [Thèse]. [Faculté de médecine]: D'aix-Marseille; 2010.
30. Roche R. Automobilistes âgés : sont-ils prêts à rendre les clefs ? [Thèse]. [Nice]: Sophia-Antipolis; 2018.
31. Caquant A. Iatrogénie médicamenteuse et conduite automobile chez la personne âgée. Evaluation du niveau d'information des patients âgés et de leur risque iatrogénique sur la conduite automobile. Lille; 2013.
32. Scott T, Liddle J, Mitchell G, Beattie E, Pachana N. Implementation and evaluation of a driving cessation intervention to improve community mobility and wellbeing outcomes for people living with dementia: study protocol of the « CarFreeMe » for people with dementia program. *BMC Geriatr*. 4 mars 2019;19(1):66.
33. Scott TL, Liddle J, Pachana NA, Beattie E, Mitchell GK. Managing the transition to non-driving in patients with dementia in primary care settings: facilitators and barriers reported by primary care physicians. *Int Psychogeriatr*. déc 2020;32(12):1419-28.
34. Pigeon C, Blais E, Grondin R, Bolduc-Rouleau E, Fontaine-Page L, Lanoie N, et al. Vivre sans ma voiture : une intervention pour soutenir les Canadiens-francophones âgés. *Can J Aging Rev Can Vieil*. janv 2020;39(4):614-625 pp.
35. Ordre des médecins. Code de déontologie médicale. 2021.
36. Vue et conduite . Disponible sur: <https://www.snof.org/public/informer/vue-et-conduite>

37. American medical association. Physician's guide to assessing and counseling older drivers.
38. Gonthier R, Fabrigoule C, Domont A. Useful assessment for identifying unsafe driving. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 avr 2005;3:27-42.
39. Domont PA, Celton HC. RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL RELATIF AUX CONTRE-INDICATIONS MEDICALES A LA CONDUITE AUTOMOBILE. :97.
40. Comparison of a Virtual Older Driver Assessment with an On-Road Driving Test - PubMed. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27770585/>
41. Bernstein JPK, Calamia M, De Vito A, Cherry KE, Keller JN. Multimethod assessment of driving in older adults using a novel driving simulator. *Appl Neuropsychol Adult*. août 2022;29(4):452-61.
42. Brown LB, Ott BR, Papandonatos GD, Sui Y, Ready RE, Morris JC. Prediction of on-road driving performance in patients with early Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. janv 2005;53(1):94-8.
43. Carbonnel S. Approche des médecins généralistes dans la conduite automobile des personnes âgées en région PACA. 9 oct 2019;57.
44. Hakamies-Blomqvist L, Johansson K, Lundberg C. Medical screening of older drivers as a traffic safety measure--a comparative Finnish-Swedish evaluation study. *J Am Geriatr Soc*. juin 1996;44(6):650-3.
45. Langford J, Fitzharris M, Koppel S, Newstead S. Effectiveness of mandatory license testing for older drivers in reducing crash risk among urban older Australian drivers. *Traffic Inj Prev*. déc 2004;5(4):326-35.
46. Burlaud A. Législation et conduite automobile du sujet âgé. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 août 2010;10.
47. Nationale A. Proposition de loi n° 255 visant à mettre en place une visite médicale de contrôle à la conduite systématique pour les conducteurs de soixante-dix ans et plus [Internet]. Assemblée nationale.. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b0255_proposition-loi
48. Siren A, Meng A. Cognitive screening of older drivers does not produce safety benefits. *Accid Anal Prev*. mars 2012;45:634-8.
49. Siren A, Hausteijn S. Driving licences and medical screening in old age: Review of literature and European licensing policies. *J Transp Health*. 1 mars 2015;2(1):68-78.
50. Docteur c'est grave si je conduis.

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Axe 1 : Profil du médecin	Profil du médecin :	Homme/femme
		Âge Exercice urbain/rural Temps d'exercice en tant que médecin agréé : en cabinet libéral ? En préfecture ? Part dans l'exercice total Participation à des mesures de santé publique ? Interventions auprès d'autres professionnels ?

	THEME	QUESTIONS OUVERTES	RELANCES	REponses ATTENDUES
Axe 2 : Représentations de la conduite automobile chez les séniors, du point de vue du médecin agréé pour le permis de conduire	Représentation de la conduite	Que représente, selon vous, la poursuite de la conduite automobile pour les personnes âgées ?	Pensez-vous que conduire est aujourd'hui nécessaire à maintenir une autonomie ?	Favorise l'autonomie Variable selon de l'environnement social
	Facteurs entravant la poursuite de la conduite chez la personne âgée	Quels sont, selon vous, les freins limitant la poursuite de la conduite automobile chez les personnes âgées ?	Notamment sur le plan physiologique ? Sur le plan psychologique ? Sur le plan environnemental et sociétal ?	Asthénie, diminution physiologique des capacités physiques et des réflexes Difficultés à se mouvoir de manière générale Difficultés à se retourner Autodépréciation (se sentir trop vieux) Se sentir dangereux Stress lié à la route Milieu urbain, sécurité routière, code de la route Pression des proches Prix des assurances
	Solutions proposées	Qu'est ce qui permettrait de maintenir la conduite des personnes âgées ?	- Que pensez-vous notamment des nouvelles technologies ?	GPS, boîtes automatiques Contrôle médical ? Contrôle policier ?

	THEME	QUESTIONS OUVERTES	RELANCES	REPOSES ATTENDUES
Axe 3 : Situation actuelle de la surveillance de l' aptitude à conduire chez les patients âgés	Séniors : accidentogènes ou davantage en danger ?	Quel est votre opinion concernant la sécurité actuelle de la conduite chez les personnes âgées ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous que les personnes âgées soient davantage accidentogènes que le reste de la population ? - A l'inverse, pensez-vous que les personnes âgées soient davantage en danger sur la route que le reste de la population ? 	<p>Légère augmentation du risque après 75 ans qui reste inférieur à celle des adultes jeunes en accidents par kilomètre parcouru</p> <p>Surmortalité des personnes âgées sur la route</p>
		Que pensez-vous du système de contrôle actuel de l'aptitude à conduire chez les personnes âgées ?	<ul style="list-style-type: none"> - Cela vous semble-t-il être une problématique importante de nos jours en termes de sécurité routière ? 	<p>Probablement peu adapté, contrôle très peu encadrés</p> <p>Probablement peu d'intérêt actuellement mais va possiblement le devenir avec le vieillissement de la situation</p>
		Pensez-vous qu'il faille renforcer la surveillance de l'aptitude à conduire des séniors ?	<ul style="list-style-type: none"> - Faudrait-il renforcer l'impact des médecins généralistes sur cette question ? - Sous quelle forme ? 	<p>Créer une relation simplifiée médecin généraliste / médecin agréé</p> <p>Formations / DPC</p>
		Pensez-vous que cela reste possible en respectant le secret médical ?	<ul style="list-style-type: none"> - L'introduction d'une dérogation au secret médical en cas de danger potentiel sur la route serait-elle justifiée ? 	

	THEME	QUESTIONS OUVERTES	RELANCES	REponses ATTENDUES
Axe 4 : L' activité réelle des médecins agréés pour le permis de conduire auprès des patients âgés	Le contexte de cette activité	Actuellement, que représentent, dans votre activité de médecin agréé pour le permis de conduire, les consultations d'expertise d'aptitude à la conduite chez les patients âgés ?	<ul style="list-style-type: none"> - S'agit-il d'une situation fréquente ? - De qui vient l'initiative de ces consultations ? - Comment se déroulent ces consultations ? - Ces consultations débouchent-elles régulièrement sur des suspensions du permis de conduire ? - Permettent-elles de prendre en compte le contexte structurel du sujet ? Son environnement, ses conditions de vie, ses interactions sociales... 	<p>Peu fréquente</p> <p>Initiative de la famille / médecin traitant</p> <p>Consultation difficile à aborder</p> <p>Recueil des antécédents, examen physique, vue</p>
	Le contenu de la consultation	De manière concrète, pouvez-vous me dire quels sont les éléments qui vont, en dehors des contre-indications médicales absolues à la conduite, vous orienter pour confirmer ou infirmer l'aptitude à la conduite des séniors ?	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisez-vous des outils objectifs, tels des échelles ou des scores validés scientifiquement pour vous aider dans votre décision ? 	<p>Trail making Task</p> <p>Wechsler</p> <p>MOCA / MMS</p>
	Ressenti du médecin agréé	D'un point de vue personnel, comment ressentez-vous ces consultations d'évaluation d'aptitude à la conduite ?	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qui vous a motivé à vous spécialiser en tant que médecin agréé pour le permis de conduire ? - Dans le cas d'une situation qui vous pousse à prononcer une inaptitude à la conduite, quelle est la réaction des usagers, et en particulier des sujets âgés ? - Votre spécialisation influe-t-elle votre pratique en médecine générale ? 	<p>Apporter un bénéfice en termes de sécurité routière</p> <p>Incompréhension, punition</p> <p>Meilleure sensibilisation à la problématique de la conduite automobile</p>

	THEME	QUESTIONS OUVERTES	RELANCES	REPONSES ATTENDUES
Axe 5 : Propositions des médecins agréés du permis de conduire concernant la conduite des séniors	Intérêt pour les personnes âgées ?	Quel est votre avis concernant la mise en place d'une visite d'aptitude à la conduite obligatoire pour les séniors ?	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce pertinent à l'échelle de la société ? Et à l'échelle des personnes âgées ? - Y voyez-vous une alternative « pertinente » ? 	<p>Pour/contre /indécis</p> <p>Volonté davantage politique que sécuritaire ?</p> <p>Intérêt possiblement surévalué en termes de sécurité routière ?</p>
	Quelle attitude adopter ?	Que serait, selon vous, la bonne pratique à adopter concernant le contrôle de l'aptitude à conduire chez les personnes âgées ?	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'attendez-vous des forces de l'ordre dans ce contexte ? - Quel rôle pourrait jouer les auto-écoles ? La famille ? L'administration ? 	<p>Prévention</p> <p>Contrôle</p>
	Cadre de la visite obligatoire	Dans le cas où une consultation obligatoire d'aptitude à la conduite était instaurée pour les personnes âgées, quelles en seraient pour vous les modalités les plus pertinentes ?	<ul style="list-style-type: none"> - A quel âge ? à quelle fréquence - Qui devrait la réaliser ? - Qui devrait la financer ? - Dispose-t-on des moyens techniques et humains d'assumer la mise en place d'un tel dispositif ? 	<p>MG / Médecin agréé</p> <p>Financement personnel ou par la société ? (Sécurité Sociale)</p>

Annexe 2 : Retranscription d'un entretien

Entretien Dr XXX (Le 12/07/2021).

Dans un 1^{er} temps j'aimerais que vous vous présentiez, depuis quand vous exercez ici ? quel âge vous avez ? depuis quand vous êtes médecins agréés de la sécurité routière ? Votre rôle là-dedans ? Si vous travaillez en préfecture ou en cabinet ou les 2 ? Ce qui vous a donné envie de faire ça ?

« D'accord donc moi je suis médecin généraliste, je suis installé depuis 1988 je vais avoir 60 ans cette année, je me suis toujours intéressé à la sécurité routière par différents aspects, à la fois les aspects de secours d'urgence ect ect et après j'ai découvert tout ce système d'aptitude à la conduite qu'on abordait à l'époque uniquement sur l'aspect effectivement aptitude à la conduite pour interdire la conduite aux gens qui avaient des pathologies et on a vu une évolution à partir des années 2000 ou on s'est dit bah finalement on est plus dans l'interdiction pure et simple mais plutôt dans la prévention tout au long de la vie et la promotion des aptitudes récentes. Donc ça, ça a été vraiment une nouvelle philosophie à partir de 2002 puisqu'en 2002 il y a eu le grand chantier présidentiel de Jacques Chirac sur la sécurité routière et là il y a eu une mobilisation de l'ensemble de la profession médicale et c'est là qu'on était réécrit tous les arrêtés sur l'aptitude médicale à la conduite. Moi j'ai fait ma formation dans les années 2010 et donc ça doit faire 12-13 ans maintenant que j'exerce à la fois en cabinet pour l'aptitude à la conduite, en commission médicale primaire et en commission d'appel ».

Que représente pour vous la poursuite de la conduite automobile chez les personnes âgées ?

« C'est un enjeu majeur de société, parce que d'abord c'est l'autonomie quand on est plus capable de se déplacer en voiture on peut imaginer qu'on va aller à pieds ou en transport en commun mais c'est une lubie car c'est encore plus compliqué, il suffit de voir comment sont conçus les couloirs de métro, comment on monte dans un autobus donc si on est plus capable de conduire on est absolument plus capable de faire autre chose et en plus on est dans une génération, la génération des seniors actuels, c'est une génération qui est viscéralement attaché à sa voiture parce que ça a été dans les années d'après-guerre, ils ont découvert ça, ça a été la liberté, ça a été l'autonomie donc le maintien de la capacité de conduire c'est vraiment quelque chose qui doit se prévoir tout au long de la vie et donc c'est vraiment la préservation, le traitement de toutes les pathologies. Moi j'ai l'habitude de dire que tout ce qui est bon pour la conduite est bon pour la santé et ce qui est bon pour la santé est bon pour la conduite donc finalement on est dans un cercle complètement vertueux. Et avec l'idée aussi c'est de dire on va interdire aux vieux de conduire comme ça il n'y aura plus d'accident mais quand on regarde les statistiques de la sécurité routière les vieux au volant ce n'est pas le vrai problème même si il y a une petite cassure après 75 ans et il ne faut pas oublier que quasiment la moitié des vieux tués sur la route ne sont pas des conducteurs automobiles mais sont soit piétons soit 2 roues. Donc finalement ce n'est pas forcément une bonne idée de vouloir exclure les vieux du dispositif de conduite ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut pas faire des choses quand il y a un problème mais ça c'est autre chose »

Est-ce que vous pensez que c'est variable en fonction de l'environnement de la personne ? C'est à dire est-ce que vous pensez la poursuite de la conduite automobile enfin l'arrêt de la conduite automobile aurait plus d'impact chez une PA qui vit en ville plutôt qu'à la campagne ou inversement ?

« C'est malheureusement presque la même chose enfin on est isolé sauf si on la a chance d'habiter au pied d'un métro avec l'accès par ascenseur ou autre mais autrement on est quasiment dans la même situation et quand on écoute que ce soit à la campagne ou à la ville les gens ont besoins de conduire pour aller chez le médecin, pour aller chez le coiffeur, pour aller au club pour avoir une vie sociale pour aller voir leurs amis. Donc c'est vraiment un problème qui est la même chose. Pour moi il n'y a pas de vraie différence. Et au contraire enfin on a toujours l'habitude de dire c'est mieux à la campagne ou autre mais finalement le conseil astucieux c'est de dire aux gens aller plutôt près d'un centre où on a toutes les choses si on peut tout faire a pieds ma fois ça va pas trop mal. Parce qu'il faut différencier dans l'aptitude a la conduite c'est l'aptitude physique et ça en général les vieux c'est un petit peu plus compliqué et après il y a l'aptitude psychologique, intellectuelle et la c'est autre chose. Le principal problème qui nous pose souci ce sont les démences débutantes, c'est ça le problème. »

Du coup vous avez un tout petit peu anticipé la question d'après mais ce n'est pas grave, c'est parfait. Quels sont selon vous les freins limitant la poursuite de la conduite automobile chez les personnes âgées ?

« Alors c'est quand même essentiellement, alors dans l'expérience ce qu'on voit c'est que la plupart des gens arrêtent de conduire spontanément. Il y a quelques, les anosognosiques qui disent moi docteur j'ai 85 ans je conduis mieux maintenant que quand j'avais 40 ans ca il y en a quelques un des fanfarons mais c'est quand même marginal. La plupart des gens arrêtent la conduite spontanément parfois par excès moi je vois ça dans mes patients. C'est toujours un évènement de vie qui déclenche ça, une hospitalisation, un veuvage, une maladie un petit peu prolongée. Ca va être intéressant de voir ce qu'il va se passer et ce qu'il se passe actuellement après le déconfinement, il y a plein de vieux qui ont arrêté de conduire, est ce qu'ils vont reprendre ou pas par ce que j'entendais quand on a 80 ans quand on a arrêté 6 mois c'est un petit peu compliqué et on ne reprend pas. Donc souvent c'est à cause de ça et après il y a des problèmes de pathologies débutantes notamment des problèmes de pathologies de démences ça c'est quand même la principale cause pour laquelle nous on est amené a faire une recommandation en tant que médecin traitant et en tant que médecin agréé quand on rencontre ce genre de patient. »

Qu'est ce qui permettrait finalement de maintenir la conduite automobile chez les personnes âgées ?

« Ah bah c'est la prévention tout au long de la vie enfin c'est prévoir les pathologies tout de suite anticiper. Alors heureusement l'arrêt de la conduite c'est très rarement urgent sauf si on découvre un type qui a une démence mais on passe pas en général de 30 de MMS a 15 en 3 jours de temps donc on a le temps d'anticiper et de prévoir des choses mais autrement il y a très très rarement une urgence pour arrêter la conduite automobile donc il faut prévoir anticiper les choses et quand on découvre des pathologies qui vont permettre c'est déjà de préparer le sujet d'anticiper, les choses, de proposer des alternatives même si on sait que c'est jamais la même chose mais le drame c'est plus psychologique on a beau explique avec des arguments rationnels que maintenir une voiture pour aller une fois par semaine au supermarché ça coute beaucoup plus cher et ça serait plus pratique avec un taxi mais ce n'est pas la même chose, voilà. »

Quelle est votre opinion concernant la sécurité actuelle de la conduite chez la personne âgée (bon vous l'aviez déjà un petit peu évoqué tout a l'heure) ?

« Oui quand on regarde les éléments épidémiologiques on n'a pas d'arguments majeur alors forcément on a une augmentation du nombre d'accident chez le vieux car il y a de plus en plus de personne âgée donc ça c'est quand même quelque chose qui est intéressant a regarder. Et ça va poser un problème dans la société qui vienne car il y aura de plus en plus de personnes vieillissantes. Les personnes âgées sont les premières victimes des accidents dans lesquels elles sont impliquées... En général les personnes consomment peu d'alcool, roulent lentement donc finalement ça énerve tout le monde on a l'impression que c'est très insécure mais finalement quand on sait que les principaux facteurs d'accident grave c'est alcool et vitesse, eux n'ont pas beaucoup d'accident. Et comme ils adaptent leurs trajets, ils sortent moins la nuit, ils sortent longtemps, ils sortent aux heures creuses et bien finalement »

Le contrôle actuel de l'aptitude a conduire chez la personne âgée, vous en pensez quoi ?

« Pour l'instant il n'y a pas de contrôle de l'aptitude à conduire car ça a été défini dans un arrêté qui a été remis a jours une multitude de fois et on aborde absolument pas dans cet arrêté le vieillissement. Alors ce que l'on sait c'est qu'il y a quand même des pathologies plus fréquente ave l'âge a 85 ans qu'a 60 ans donc il n'y a pas de contrôle organisé de l'aptitude médicale à la conduite chez les séniors en France. Ce qu'on l'on sait aussi c'est que dans les pays ou ca a été fait ça n'a pas montré de preuve d'efficacité, aucune donc pour l'instant on a vraiment pas d'élément pour promouvoir ça. SI on devait promouvoir quelque chose c'est plus une... l'aptitude médicale est un des petits éléments mais ce n'est pas le plus pertinent quand on voit qqun en consultation il y a 2 situations chez la personne âgée avec des trouble cognitifs, soit on a une sensation cliniquement avec les premiers tests que tout est normal et il n'y a pas lieu d'aller plus loin, soit on a une démence avérée et a ce moment-là on peut prononcer une inaptitude immédiatement et sans difficulté. Ce qui est un petit peu limite c'est situation ou cliniquement on ne sent pas bien s'il y a un vieillissement physiologique ou si il y a un déficit.

Vous pensez qu'il faudrait la renforcer la surveillance de l'aptitude a conduire chez les personnes âgées ?

« Pour les raisons que je vous ai dit au plan épidémiologique non parce que les problèmes majeurs des accidents ce sont les 18-25 ans et ce n'est pas les personnes âgées ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut rien faire mais la visite médicale n'est probablement pas la bonne réponse a apporter c'est plus une évaluation globale avec quand on a un doute la mise en situation sur route »

Enfinement il y a quand même cette relation MT/ M agréé de la sécurité routière, est-ce que pour vous ça serait pertinent d'introduire une dérogation au SM pour le MT ?

« Surement pas ça romprait la confiance, moi je suis médecin traitant et médecin agréé et j'imagine que si des patients avaient tendance a savoir que je pouvais dénoncer ou signaler ca ne serait absolument pas bon ils cacheraient des pathologies éventuellement donc je crois que dans le système de confiance c'est vraiment pas la bonne solution d'autant que la famille à la possibilité, enfin la famille ou l'entourage, de signaler au préfet si vraiment il y a un problème donc a ce moment la ça aboutit chez le médecin agréé. Après les relations entre MT et médecin agréé il n'y en a théoriquement pas parce que on n'a pas la possibilité de communiquer. Quand on est médecin agréé on est quasiment dans une mission d'expertise donc on n'a pas la possibilité de communiquer au MT sauf si le patient est d'accord et dans l'autre sens c'est le secret professionnel. Ce qui arrive parfois quand même, moi j'ai parfois

des collègues qui m'envoient des gens en disant : j'ai repéré un truc, est ce que tu pourrais l'examiner et c'est faire intervenir un tiers mais a ce moment on est plus dans le cadre d'un vrai médecin agréé qui transmet a la préfecture mais plus dans un cadre de consultant et c'est probablement la ou il y aurait un intérêt a reconnaître les médecins agréés comme des médecins consultants où on adresserait quand on a un doute sur la conduite. Alors ça c'est un peu off quand même mais ça nécessiterait un effort de formation des médecins agréés par ce que la formation initiale est de 9h et on est pas forcément armé pour être très pertinent sur l'ensemble des sujets mais on pourrait imaginer quand même que ça évolue dans ce sens-là. Moi j'en vois un certain nombre comme ça ».

Actuellement que représente dans votre activité de médecin agréé pour les permis de conduire les consultations d'expertise d'aptitude à la conduite chez les personnes âgées ?

« Oh c'est complètement marginal, on en voit de temps en temps un parce qu'il a eu un AVC et au centre d'AVC on lui a dit qu'il fallait, donc la on est plus dans le cadre du vieillissement mais plus dans le cadre d'une pathologie donc quand on les voit en général c'est par un autre biais soit parce qu'ils ont eu une pose d'un défibrillateur, soit parce qu'il ont de temps en temps fait une infraction mais c'est rare parce qu'ils sont en général respectueux du code de la route mais c'est marginal, c'est moins de 5% à mon avis ».

Généralement ça vient de qui ces consultations ? C'est a l'initiative de qui ?

Alors ça peut être des signalements comme je vous ai dit tout a l'heure, en général on sait car souvent c'est un membre de la famille qui amène la personne et en off cette personne nous dit c'est moi qui ait écrit au préfet ça arrive de temps en temps. Après il y a quelquefois les MT qui envoient mais plus dans un cadre de consultant. C'est exceptionnellement à l'initiative de la personne. Alors j'en ai eu mais ça doit être 1 ou 2 sur 10 ans d'exercice qui arrive en disant mes enfants ne veulent plus que je conduise Docteur, qu'est ce qu'il faut que je fasse. »

Est ce que ces consultations ça débouche régulièrement sur une arrêt de la conduite ?

« Pas forcément immédiatement, la plupart du temps soit il y a un vrai motif et à ce moment on arrête la conduite ça arrive mais la plupart du temps on se pose sur une dynamique de limiter la conduite car on sent qu'il y a une fatigabilité alors il y a toujours une évaluation on ne fait pas ça comme ça au doigt mouillé. Moi dès que j'ai un doute je demande cette évaluation, et si on sent qu'il y a une capacité a conduire et bien si il y a quand même une inquiétude de la famille ou de l'entourage c'est qu'il se passe quand même quelque chose et qu'on est dans un processus débutant et moi j'introduis souvent en limitant le périmètre de circulation, la conduite de nuit ce qui permet de préparer psychologiquement et la contrairement à ce qu'on imagine en général ça se passe bien car les gens imaginaient qu'ils allaient venir et qu'ils allaient repartir sans permis et puis finalement comme ils ont une aptitude pour un an, deux ans et on en revoie mais souvent on sait par la bande qu'ils ont arrêté de conduire spontanément. Ca se passe doucement en faisant comme ça ».

Est-ce que de manière concrète vous pourriez me dire quels sont les éléments qui vont, en dehors des contres indications médicales absolues à la conduite, vous vous orienter confirmer ou infirmer une aptitude à conduire chez une personne âgée ?

« Pour l'instant on a un texte notamment pour la démence qui dit en cas de démence avérée sauf que la démence avérée moi je ne sais pas ce que sait enfin on a pas une vraie définition de la démence donc non on a vraiment cet arrêté qui fait que et puis après c'est l'impression

clinique d'abord et puis l'évaluation après les tests de dépistage, le test de la MOCA ou si il faut aller plus loin j'envoie dans un centre de conduite c'est vraiment ça qui permet de déclencher le processus. »

Et vous les vivez comment ces consultations ?

« C'est toujours très lourd parce quand on doit annoncer à quelqu'un, par ce que quand on comment on ne sait jamais si on ne va devoir lui dire d'arrêter de conduire mais ça c'est assez épouvantable. Moi j'ai déjà eu des gens et tous mes confrères disent la même chose qui disent docteur si vous m'interdisez de conduire je me flingue. Donc c'est vraiment du très très lourd.

Est ce que votre activité de MG ça influe sur votre activité de médecin agréé de la sécurité routière ?

« Oh bah oui parce qu'on est d'abord médecin généraliste donc on a les conséquences on sait ce que sait quand on a un patient qui ne peut plus sortir plus bouger. Parce qu'en tant que médecin agréé on pourrait de temps en temps avoir la tentation d'être une censure et d'avoir le principe de précaution en disant bah je me mouille pas j'interdis la conduite et tout ira bien. Non c'est tellement lourd d'interdire la conduite que c'est vraiment qqchse de majeur et on sait que pour la santé globale il faut préserver l'autonomie tant que c'est possible en sécurité il ne faut pas non plus faire du n'importe quoi. Mais on arrive à interdire la conduite dans un certain nombre de cas mais faut pas prendre le principe de précaution faut être sûr de son coup moi je dis quand on fait ça. »

Quel est votre avis concernant la mise en place d'une visite d'aptitude obligatoire à la conduite automobile chez les seniors ?

« Non ça n'a pas de sens non ça n'a pas de sens au plan de l'épidémiologie et surtout de la pertinence parce que si c'est pour faire une visite médicale complètement isolée ça n'a pas de sens, ça doit être dans le cadre d'une évaluation globale d'une pathologie générale. Mais la visite systématique ça n'a fait aucune preuve d'efficacité la ou ça a été fait. »

Est-ce que vous avez imaginé un schéma, une bonne pratique à adopter pour justement contrôler cette aptitude à conduire chez les personnes âgées ?

« La bonne pratique moi je pense, ça doit vraiment passer par le MT et les équipes de soins habituelles autour du patient sauf que dans nos formations ce n'est en général pas qqchse que l'on a appris donc on n'est pas très attentif en général à ça dans notre pratique quotidienne. Mais c'est vraiment là où il y a l'effort à faire. Comme on pose la question est ce que vous fumez, est ce que vous buvez, on devrait poser la question comment vous vous déplacez quand vous vous déplacez, est ce que vous conduisez, est ce que vous avez des difficultés à conduire, si oui lesquelles comment vous pensez que peut vous aider, est ce que vous avez des accidents notamment chez les personnes âgées parce que c'est ça le repère en général ça commence heureusement rarement par un accident grave ou il y a toujours des petits signes avant, la personne qui avait toujours 50% de bonus qui commence à perdre son bonus parce qu'elle a des accrochages à répétitions, la personne qui avait ses 12 points depuis toujours qui perd des points parce que par hasard elle a pris des sens interdits, donc il y a vraiment toujours des signes d'appels. La porte du garage qui commence à avoir des coups, enfin ça c'est vraiment les repères et en tant que Mt si on pose ces questions on a les éléments et ça permet de mettre en place cette prévention. Donc je crois vraiment que c'est l'équipe de soins autour du patient qui devrait être formée et sensibilisée mais c'est ni dans notre culture ni dans notre

formation hélas ».

Donc pour vous tout passera par le MT ?

« Pour moi c'est là où ça doit passer dans le dispositif. »

Imaginons qu'il y ait une consultation obligatoire d'aptitude à la conduite qui était instaurée chez ces personnes, pour vous quelles en seraient les modalités pertinentes ?

« Ah bah ça doit toujours passer par le multi-disciplinaire on peut pas en une consultation sauf les cas complètement évident, on ne peut pas se prononcer. Il y a aptitude évident inaptitude évidente et tous les cas intermédiaires finalement et ce n'est pas forcément du médical qui permet de conclure car la conduite est un acte complexe. Il y a la vue la perception, la réaction il y a le physique donc l'évaluation est trop complexe dans ce cadre-là pour pouvoir être faite par une personne. Ce n'est pas une consultation d'un quart d'heure qui permet de trancher. »

Donc par une seule, sur une seule consultation mais vous l'imaginerez comment, avec qui, sur combien de temps ?

« Ah bah c'est des évaluations multi-disciplinaire avec l'équipe soignante habituelle, les centres de la mémoire parce qu'ils sont très forts sur le déficit cognitif et c'est probablement ce qui est en train de se profiler avec des réflexions avec la sécurité routière ou on pourrait avoir des centres un petit peu expert comme on a des centres pour l'évaluation du sommeil. On pourrait imaginer que là aussi dans l'évaluation gériatrique globale car pour l'instant ce n'est pas proposé sauf exception l'évaluation de la capacité de conduire. On pourrait imaginer que ça devienne un des items comme on fait la prévention des chutes, la prévention de la iatrogénie, on pourrait introduire aussi la prévention de l'inaptitude à la conduite.

Donc cette consultation vous m'avez dit multidisciplinaire, sur finalement plusieurs temps, mais qui en serait à l'initiative ?

« Le médecin traitant et si ce n'est pas fait et que ça nous arrive en tant que médecin agréé, à ce moment le médecin agréé qui déclenche le processus. Mais en générale si ça nous arrive c'est qu'on est sur une situation un petit peu déjà bien évoluée. Moi je crois vraiment que c'est la prévention parce que la plupart du temps enfin c'est tout bête mais opérer une cataracte ça permet parfois de rendre la capacité de conduire enfin tout simplement c'est bête comme chou mais c'est vraiment des conditions minimales. Traiter un glaucome précocement ça permet d'éviter d'avoir des choses. J'ai parlé des démences je n'ai pas parlé des DMLA mais là en général ils s'arrêtent assez spontanément de conduire parce qu'ils sont très très gênés enfin sauf exception on en voit qui persistent. On a vraiment quelques fois des interventions très ponctuelles qui permettent de rendre une capacité à conduire. C'est la prévention c'est essentiel.

Et vous pensez qu'on dispose des moyens techniques et humain pour mettre en place ça ?

« C'est un petit peu compliqué enfin on connaît les délais mais encore une fois on n'est pas dans l'urgence donc si on anticipe les choses oui. Si demain une personne de 90 ans arrive et a besoin d'une évaluation urgente non car on est dans un processus qui va prendre 6 mois à peu près le temps d'avoir les rendez-vous et de lancer la chose. Donc c'est vraiment l'anticipation tout au long de la vie la prévention au long des consultations. Ce qui est bon pour la santé est bon pour la conduite. »

Donc une consultation obligatoire a un âge donné pour vous ça n'a pas de sens ?

« Ah non ça n'a pas de sens clairement ça n'a pas de sens »

Annexe 3 : Grille COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
1	Enquêteur	Quel auteur a mené les entretiens individuels ?	Despres Maxence
2	Titre académique	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Médecin généraliste remplaçant non thésé
3	Activité	Quel était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5	Expérience et formation	Quel était l'expérience ou la formation du chercheur	Première expérience en recherche qualitative

Relation avec les participants

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteurs et participants se connaissaient ils avant le commencement de l'étude ?	Aucune relation antérieure sauf pour un participant (maitre de stage SASPAS)
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savait les participants au sujet du chercheur ?	Présentation rapide avant chaque entretien lors de la présentation du projet
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt

Domaine 2 : Conception de l'étude.

Cadre théorique

Numéro	Item	Guides questions/description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Approche inductive généralisée et compréhensive

Sélection des participants

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	A partir de la liste des médecins agréés établie par la préfecture du NPDC
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	Aucun abandon. 1 refus par manque de temps. 25 non réponse.

Contexte

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet des médecins interrogés
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Descriptions de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Présenté dans le tableau 1

Recueil des données

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui (cf annexe 1) Testé lors du premier entretien. Testé au préalable lors d'une autre thèse traitant le même sujet dans une région différente.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio sur smartphone après consentement.
20	Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Non
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Juin 2021-Mars 2022 soit 10 mois
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation obtenu à 8 entretiens.

23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
----	-----------------------------	--	-----

Domaine 3 : Analyse et résultats.

Analyse des données.

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
24	Nombre de personne codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	L'enquêteur et le Dr Fabre
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou à partir des données ?	Identifiés à l'avance et adaptés dans un second temps aux données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft word 2019
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction.

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
29	Citations présentés	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes et résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 4 : Trail Making Test

Trails B Test

Une fois que l'examineur est raisonnablement confiant que tous les efforts possibles ont été fait pour aider le participant à comprendre, passez à la partie B. Dites: « **Sur la page se trouvent des chiffres et des lettres. Reliez-les de la même manière que dans l'exemple. Commencez ici (pointez sur 1) et tracez une ligne de 1 à A (en pointant vers chaque chiffre et lettre tout en donnant les instructions), de A à 2, de 2 à B, de B à 3, de 3 à C, et ainsi de suite, dans cet ordre jusqu'à vous atteignez la fin (pointez sur le cercle marqué fin). Rappelez-vous que vous avez d'abord une lettre puis un chiffre, puis une lettre puis un chiffre, et ainsi de suite. Ne sautez pas d'étape, passez d'un cercle à l'autre dans le bon ordre. Tracez vos lignes aussi vite que vous le pouvez. Commencez ici (pointez). Prêts, Partez!** ». La partie B peut être clôturée après 300 secondes.

Quand une erreur est commise, l'examineur dit: « *Non* », attire leur attention sur le cercle précédent en le pointant, et leur demande où ils doivent aller à partir de là, comme expliqué dans la partie A.

Si le patient ne répond pas correctement, l'examineur lui demande: « *où devez-vous aller maintenant, à un chiffre ou à une lettre ?* ». Si le participant répond correctement, l'examineur lui demande: « *Quel chiffre (ou lettre) ?* ». Si le participant répond encore correctement à cette question, le test se poursuit. Si par contre le participant ne répond pas correctement, l'examineur lui dit : « *Non* », puis pose de nouveau la question. Une fois que le participant a répondu correctement à la première question, l'examineur continue en demandant : « *Quel chiffre (ou lettre) ?* ». Le participant doit comprendre à quel cercle il doit aller avant de continuer.

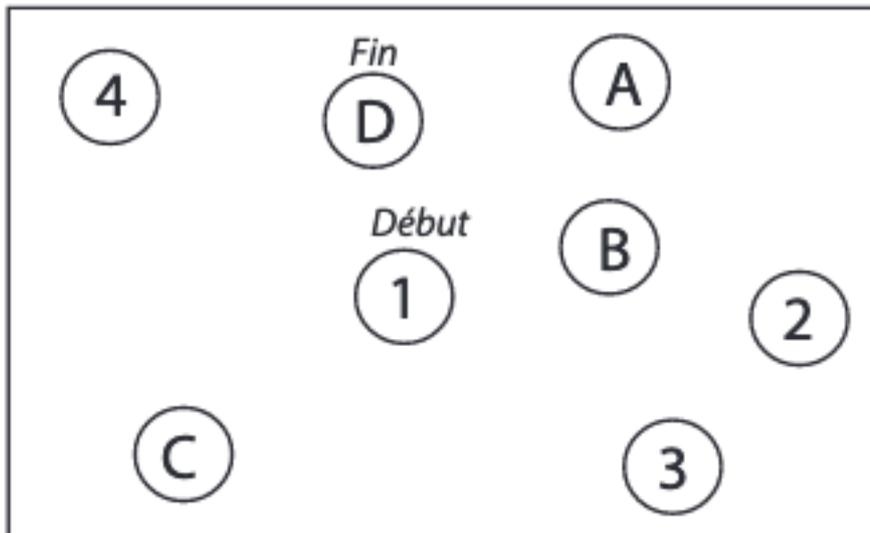
L'examineur n'arrête pas le chronomètre lorsqu'une erreur est commise. Par conséquent, les erreurs doivent être traitées rapidement afin d'éviter d'ajouter du temps supplémentaire à la performance du participant.

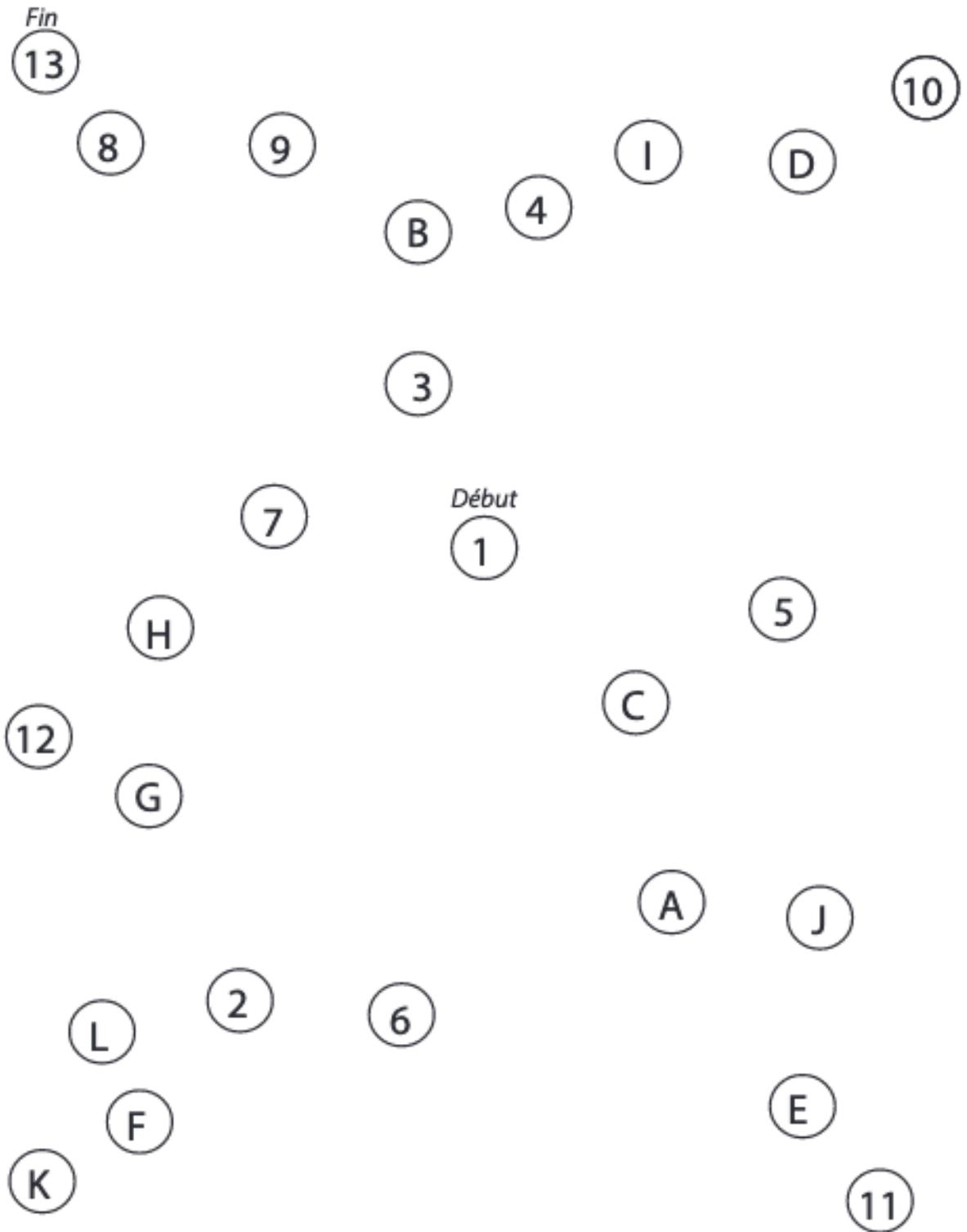
Note: le temps de réalisation du test en secondes doit être enregistré séparément pour les parties A et B. Le score maximum pour la partie A est de 100", 101" indiquant que le test n'a pas été achevé. Le score maximum pour la partie B est de 300", 301" indiquant que le test n'a pas été achevé.

Trail Making Test

Partie B

EXEMPLE B





Annexe 5 : MMSE

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)	Etiquette du patient
Date :	
Évalué(e) par :	
Niveau socio-culturel	

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

☞ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| | !Ooui! | | !Ooui! |
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !___! | 4. Quel jour du mois ? | !___! |
| 2. en quelle saison ? | !___! | 5. Quel jour de la semaine ? | !___! |
| 3. en quel mois ? | !___! | | |
- ☞ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
- | | |
|--|-------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | !___! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | !___! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | !___! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | !___! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | !___! |

APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 11. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 12. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

- ☞ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?
- | | | |
|--|--------|-------|
| | 14. 93 | !___! |
| | 15. 86 | !___! |
| | 16. 79 | !___! |
| | 17. 72 | !___! |
| | 18. 65 | !___! |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

☞ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

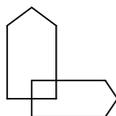
- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

LANGAGE

- | | | |
|--|--------------------|-------|
| 22. quel est le nom de cet objet? | Montrer un crayon. | !___! |
| 23. Quel est le nom de cet objet | Montrer une montre | !___! |
| 24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | | !___! |
- ☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :
- | | |
|---|-------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | !___! |
| 26. Pliez-la en deux. | !___! |
| 27. et jetez-la par terre ». | !___! |
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
- | | |
|---------------------------------|-------|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | !___! |
|---------------------------------|-------|
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :
- | | |
|---|-------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | !___! |
|---|-------|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
- | | |
|---|-------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | !___! |
|---|-------|



SCORE TOTAL (0 à 30) !___!

AUTEUR : Nom : Despres Prénom : Maxence

Date de soutenance : 5 janvier 2023

Titre de la thèse : Évaluation des représentations, des attentes et de l'intérêt d'un contrôle obligatoire de l'aptitude à la conduite automobile chez les personnes âgées auprès des médecins généralistes agréés de la sécurité routière dans le Nord-Pas-de-Calais. Étude Qualitative.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Aged, Ederly, Automobile driving, Automobile driver examination.

Contexte : La France est l'un des derniers pays d'Europe n'imposant pas de contrôle obligatoire de l'aptitude médicale à la conduite automobile à sa population âgée. Bien que les chiffres de l'INSERR montre qu'il ne s'agit pas de la population la plus dangereuse sur nos routes, le sujet âgé au volant est stigmatisé et considéré comme dangereux par le reste de la population. Un contrôle peut cependant se faire et devrait même être réalisé dans certaines situations médicale. Aujourd'hui celui-ci est réalisé par des médecins agréés de la sécurité routière qui sont les seuls à pouvoir le faire.

Objectif : Recueillir l'expérience, les représentations, les attentes et l'avis qu'ont les médecins agréés de la sécurité routière concernant la problématique de la personne âgée au volant et la mise en place d'un contrôle médical obligatoire.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés auprès des médecins agréés de la sécurité routière dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Résultats : L'ensemble des médecins interrogés (10/10) se sont accordés à dire qu'un arrêt de la conduite chez une personne âgée est synonyme d'une perte d'autonomie. Les 10 médecins ont aussi déclaré que la personne âgée n'est pas plus responsable d'accidents graves sur les routes car elle est prudente. Les consultations de personne âgée représentent une part très faible de leur activité et la question d'un arrêt de la conduite est souvent réglée avec la famille et le médecin traitant. Si tous estiment qu'un renforcement des pratiques concernant cette thématique est nécessaire, 6 médecins sur 10 sont contre la mise en place d'une consultation médicale obligatoire à un âge donné. Enfin beaucoup estime que seules certaines situations sont compliquées à évaluer et nécessiteraient une évaluation pluridisciplinaire ainsi qu'une amélioration de la législation prévue à cet effet.

Conclusion : Les résultats de notre étude qualitative vont dans le sens des chiffres de la sécurité routière et de la littérature existante. Comme les médecins interrogés ont pu l'exprimer, il semble d'un contrôle médical obligatoire ait une balance bénéfice risque défavorable. Cependant une évolution des pratiques et de la législation semble nécessaire

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Puisieux François

Asseseurs : Madame le Docteur Ponchant Maurice

Directeur de thèse : Madame le Docteur Fabre Marie-Anne

Contact de l'auteur : Appartement 3, 97 rue Saint Sébastien 59800 Lille

