

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2019 N°

SENIORS AU VOLANT :
Faut-il leur imposer une visite médicale obligatoire ?
Qu'en pense le médecin généraliste ?
Représentations, avis et pratique des médecins généralistes de la Loire.

THESE
présentée
à l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE
et soutenue publiquement le : **24 octobre 2019**
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
PAR :

CHARBONNIER ELENA
Née le 31/01/1992
A : Paris 18^{ème} arrondissement

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE DE : Médecine Générale

COMPOSITION DU JURY

Président :	Professeur Régis Gonthier	Faculté : Saint-Etienne
Assesseurs :	Professeur Jean-Claude Barthelemy	Faculté : Saint Etienne
	Docteur Hervé Bonnefond	Faculté Saint Etienne
	Docteur David Hupin	Faculté : Saint Etienne
Invitées :	Mme Catherine Gabaude	IFSTTAR Lyon
	Mme Nathalie Barth	Faculté : Saint Etienne

FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

Anatomie	M. le Pr Jean-Michel PRADES	PU-PH CE
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Pr. Michel PEOC'H	PU-PH 1C
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Dr Fabien FOREST	MCUPH 1C
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Christian AUBOYER	PU-PH CE
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Serge MOLLIEUX	PU-PH CE
Bactériologie – Virologie - Hygiène	M. le Pr. Bruno POZZETTO	PU-PH CE
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Pr Thomas BOURLET	PU-PH 1C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Florence GRATARD	MCU-PH HC
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Sylvie PILLET	MCU-PH 1C
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Dr Paul VERHOEVEN	MCUPH 2C
Bactériologie – Virologie – Hygiène(opt Hygiène)	M. le Pr Philippe BERTHELOT	PU-PH 1C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Pr Philippe GONZALO	PUPH 2C
Biochimie et biologie moléculaire	Mme Nadia BOUTAHAR	MCUPH 1C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Dr Yannick THOLANCE	MCUPH 2C
Biologie cellulaire	Mme le Pr Marie Héléne PROUST	PU-PH 1C
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Pr Claire BILLOTEY	PU-PH 2C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Dr Philippe RUSCH	MCU-PH HC
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Dr Nathalie PREVOT	MCU-PH HC
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	M. le Pr. Jean-Marie RODRIGUES	prof émérite
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	Mme le Pr Béatrice TROMBERT	PU-PH 2C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Radiothérapie)	M. le Pr. Nicolas MAGNE	PU-PH 2C
Cardiologie	M. le Pr. Karl ISAAZ	PU-PH CE
Cardiologie	M. le Pr Antoine DACOSTA	PU-PH 1C
Chirurgie digestive	M. le Pr Jack PORCHERON	PU-PH 1C
Chirurgie générale	M. le Pr Olivier TIFFET	PU-PH 1C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. François VARLET	PU-PH CE
Chirurgie Infantile	M. le Pr. Bruno DOHIN	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Frédéric FARIZON	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Rémi PHILIPPOT	PUPH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Jean Pierre FAVRE	PU-PH CE
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean Noël ALBERTINI	PU-PH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean François FUZELLIER	PU-PH 2C
Dermato - vénéréologie	M. le Pr. Frédéric CAMBAZARD	PU-PH CE
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	M. le Pr. Bruno ESTOUR	prof émérite
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	Mme. le Pr. Natacha GERMAIN	PU-PH 2C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	M le Pr Franck CHAUVIN	PU-PH CE
Gériatrie	M. le Pr. Régis GONTHIER	PU-PH CE
Gynécologie et Obstétrique	Mme le Pr Céline CHAULEUR	PUPH 2C
Gynécologie et Obstétrique	M. le Pr Pierre SEFFERT	Prof émérite
Gynécologie et Obstétrique	Mme le Dr Tiphaine BARJAT	MCUPH 2C
Hématologie	M. le Pr. Denis GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Pr Lydia CAMPOS GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Dr Emmanuelle TAVERNIER	MCUPH 1C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Jean Marc PHELIP	PU-PH 1C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Xavier ROBLIN	Pr Associé
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Mme le Pr Michèle COTTIER	PU-PH CE
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Melle Delphine BOUDARD	MCU-PH 1C
Histologie – Embryologie – Cytogénétique	M. le Dr Jean Philippe KLEIN	MCUPH 2C

Immunologie	M. le Pr Olivier GARRAUD	PU-PH 1C
Immunologie	M. Stéphane PAUL	PU-PH 2C
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	M. le Pr. Frédéric LUCHT	PU-PH CE
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	Mme le Pr Elisabeth BOTELHO NEVERS	PU-PH 2C
Médecine et santé au Travail	M. le Pr Luc FONTANA	PU-PH 1C
Médecine générale	M le Dr Paul FRAPPE	MCUMG 1C
Médecine générale	M. le Pr Christophe BOIS	PAMG
Médecine générale	Mme le Pr Josette VALLEE	PUMG
Médecine générale	M. le Dr Rodolphe CHARLES	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Xavier GOCKO	MCUMG
Médecine générale	M. le Dr Jean Noel BALLY	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Hervé BONNEFOND	MCAMG
Médecine interne	M. le Pr. Pascal CATHEBRAS	PU-PH 1C
Médecine Légale	M. le Dr Sébastien DUBAND	MCUPH 1C
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr. Vincent GAUTHERON	PU-PH CE
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr Pascal GIRAUX	PU-PH 2C
Médecine vasculaire	M. le Dr. Christian BOISSIER	MCU-PH HC
Médecine vasculaire	Mme le Pr Claire LE HELLO	PUPH 2C
Néphrologie	M. le Pr Eric ALAMARTINE	PU-PH CE
Néphrologie	M. le Pr Christophe MARIAT	PU-PH 1C
Neurochirurgie	M. le Pr Jacques BRUNON	Pr émérite
Neurologie	M. le Pr Jean Christophe ANTOINE	PU-PH CE2
Neurologie	M. le Pr. Bernard LAURENT	PU-PH CE
Neurologie	M. le Pr JP CAMDESSANCHE	PUPH 2C
Neurologie	M. le Pr Roland PEYRON	Pr associé
Nutrition	M. Le Pr Bogdan GALUSCA	PUPH 2C
Ophthalmologie	M. le Pr Philippe GAIN	PU-PH 1C
Ophthalmologie	M le Pr Gilles THURET	PU-PH 1C
ORL	M. le Dr Alexandre KARKAS	MCUPH 2C
Parasitologie et mycologie	M. le Pr Pierre FLORI	PU-PH 2C
Pédiatrie	M. le Pr. Jean Louis STEPHAN	PU-PH 1C
Pédiatrie	M. le Pr. Hugues PATURAL	PU-PH 1C
Pharmacologie fondamentale	M. le Dr Xavier DELAVENNE	MCUPH 1C
Pharmacologie clinique	M. le Pr Patrick MISMETTI	PU-PHCE1
Pharmacologie clinique	Mme Silvy LAPORTE	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr André GEYSSANT	Prof émérite
Physiologie	M. le Pr. Jean Claude BARTHELEMY	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude CHATARD	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr Frédéric ROCHE	PU-PH 1C
Physiologie	M. le Pr Léonard FEASSON	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr Pascal EDOUARD	MCUPH 1C
Physiologie	M. le Dr David HUPIN	MCUPH 2C
Pneumologie	M. le Pr. Jean-Michel VERGNON	PU-PH CE
Psychiatrie d'adultes	M. le Pr Jacques PELLET	Pr émérite
Psychiatrie d'adultes	M. le Pr Eric FAKRA	PUPH 2C
Psychiatrie d'adultes	Mme le Pr Catherine MASSOUBRE	PU-PH 1C
Psychiatrie d'Adultes	M. le Pr. François LANG	prof émérite
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Fabrice - Guy BARRAL	PU-PH CE
Radiologie et imagerie médicale	M le Pr Pierre CROISILLE	PUPH 2C
Radiologie et imagerie médicale	Mme le Pr Claire BOUTET	PUPH 2C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Dr Fabien SCHNEIDER	MCU-PH1C
Réanimation	M. le Pr. Fabrice ZENI	PU-PH CE
Réanimation	Mme le Dr Sophie RAGEY PERINEL	MCUPH 2C
Réanimation	M. le Dr Alain VIALON	Pr associé
Rhumatologie	M. le Pr Thierry THOMAS	PU PH1C
Rhumatologie	M. le Pr Hubert MAROTTE	PUPH 2C
Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale	M. le Pr. Pierre SEGUIN	prof émérite
Thérapeutique	M. le Pr. Hervé DECOUSUS	prof émérite
Thérapeutique	M. le Pr Bernard TARDY	PU-PH 1C
Thérapeutique	M. le Pr Laurent BERTOLETTI	PUPH 2C
Urologie	M. le Pr Nicolas MOTTET	PUPH 1C

Légende :

PU-PH :

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

MCU-PH :
1C 1ère classe
2C 2ème classe
CE Classe exceptionnelle
HC Hors classe
MCUMG
PUMG
MCAMG
PAMG

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Maître de Conférences des Universités de médecine générale
Professeur des Universités de médecine générale
Maître de conférences associé de Médecine générale
Professeur associé de médecine générale

Mise à jour : 31 janvier 2019

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Au président du jury :

Monsieur le **Professeur Régis Gonthier**

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le **Professeur Jean-claude BARTHELEMY**.

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le **Docteur Hervé BONNEFOND**

Je te suis très reconnaissante d'avoir dirigé cette thèse. Je te remercie également pour ton soutien très précieux et le partage de ton expérience tout au long de l'internat.

Monsieur le **Docteur David HUPIN**

Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance pour intégrer cette étude. Je vous suis reconnaissante pour votre écoute et votre disponibilité constante tout au long de cette étude.

Madame **Catherine GABAUDE**

Je vous remercie de me faire l'honneur de venir siéger au sein du jury et de m'apporter votre expérience sur ce sujet vaste et passionnant.

Madame **Nathalie BARTH**

Je te remercie pour ton aide et tes conseils très précieux tout au long de l'étude.

Merci à **tous les médecins généralistes de l'étude** qui m'ont accordé un peu de leur temps bien que ce fut en période hivernale.

A ma famille :

A mes parents et mes deux sœurs. Merci pour votre soutien et d'avoir cru en moi depuis toujours et de m'avoir encouragé à aller en médecine. Merci pour votre amour inconditionnel qui m'a permis d'aller toujours plus loin.

A ma troisième sœur, Marine, car un lien d'amitié comme celui-ci est si rare ! A ton écoute infailible qui m'a permis de me relever dans les moments difficiles. A tous ces moments inoubliables depuis notre tendre enfance et à ceux qui nous attendent.

A tous mes oncles et tantes, pour ces repas familiaux gargantuesques qui représentent ma madeleine de Proust. Merci aussi à ceux qui m'ont aidé à choisir cette profession si passionnante et à tenir le coup pendant les études.

A ma belle-famille, Dominique, Carole, Allison, Jérémy, Noam et Aaron, je vous considère comme mon autre famille d'adoption. Merci pour votre soutien durant toutes ces années.

A tous mes cousins et cousines, pour ces moments de partage inoubliables en Franche Comté et ailleurs.

A mes amis :

Caroline, Juliette, Jessica, Elie et Axel, pour vos amitiés toujours aussi fidèles depuis toutes ces années. Nous avons bien grandi mais nos chemins ne se séparent pas et cela me ravi.

A Najoua, ma parisienne. Je remercie notre séjour en colo de l'autre côté de l'Atlantique pour nous avoir permis de nous rencontrer.

A Sophie, Julie, Laura, Laure, Caroline, Pauline, Flavie, Cynthia, Amandine, Priyanka, Clément, Guillemette, Laure, Hélène, Marion, une page ne suffirait pas à dire à chacun d'entre vous à quel point je suis heureuse de vous avoir. A tous ces moments de fou rire qui ont égayé mon externat, ainsi qu'à votre soutien lors des périodes de doute.

A Fanny, Emma, Audrey, Blandine, Anaïs, Laurène, Marine, Alice, Margot, sans qui mon internat aurait été maussade. Merci de m'avoir soutenu et de m'avoir aidé à trouver mon chemin.

A tous mes camarades et collègues de Médiplus, pour votre soutien et ces beaux souvenirs de début de médecine: Jonathan et Karen, Damien, Hugo, Nicolas, Jules, Yann, Sarah, Loïc, Quentin, David, Lothaire, Alexandre, Anne Lise, Shoshana, Ilyes, Martin, Olivier, Stéphanie.

A mes Co-internes qui durant cet internat m'ont soutenu et ont été les rayons de soleil de mes journées et gardes: Maxime, Timothée, Laurène, Karim, Mamadou, Younes, Thomas, Delphine, Marie, Alexandre, Mathilde, Julie, Manal, Franck, Elisa et Loïc.

A mon groupe de GEP et à nos échanges conviviaux les mercredis matins qui vont me manquer: Marie, Sophie, Marc, Elodie, Sylvain, Aurélien, Betty et Florine.

A mes colocataires de la villa des internes pour ces soirées remplies de rire et de découverte de la culture Roannaise : Marie, Clara et Solène.

A mes chefs durant l'internat : Merci à vous de m'avoir donné les clés. Ce fut un plaisir d'avoir appris à vos côtés :

Médecine interne : A Jean-Baptiste, le Professeur Cathébras, Éloïse, Delphine et Isabelle pour m'avoir montré la voie.

Cardiologie : A Thierry, Serge, Karim, Florence, Patrick, Etienne, pour cette ambiance si chaleureuse.

Urgence : A Vincent, Ludo, Emel, Philippe, Aurélie, Olivier, Laure, Toufik, Olga, Didier et Irène, pour m'avoir donné confiance en moi, surtout dans les situations complexes.

Pédiatrie : A Claire Gay, Emmanuelle et Stéphanie pour votre bienveillance.

A mes praticiens niveau 1 : Julien, Christophe et Jean-pierre. A Claire, Sébastien, Anne, Sophie et Damien. Sans oublier Anaïs. Merci de m'avoir montré que je ne m'étais pas trompée de route.

A mes Praticiens niveau 2 : Marie et Romain, pour votre confiance. Merci de me permettre de commencer ma vie professionnelle de manière plus sereine.

Je n'oublie pas **toutes les équipes soignantes** pour cette entraide sans faille qui nous a permis de faire du beau travail ensemble et pour ces fous rire ! Je me souviens de beaux cadeaux, voire même quelques bizutages en fin de stage où 4 douches ont été nécessaires pour enlever l'odeur mais ce fut des moments inoubliables !

Et à tous ceux non mentionnés mais que je n'oublie pas non plus.

Enfin, à Léonard : Merci pour ton amour comme au premier jour et pour ces neuf ans de bonheur où tu m'as fait pousser des ailes. Je ne serais pas là sans toi. A notre vie en Ardèche qui nous réserve j'espère beaucoup de moments de bonheurs encore.

SOMMAIRE

Lexique des acronymes.....	11
RESUME.....	12
ABSTRACT.....	13
I) INTRODUCTION.....	15
II) MATERIELS ET METHODE	17
1. Caractéristiques de l'étude.....	17
2. Constitution de l'échantillon.....	18
3. Méthode de l'entretien.....	19
4. Recueil des données et analyse.....	19
III) RESULTATS ET DISCUSSIONS.....	20
1. La conduite automobile des personnes âgées : Représentations et stéréotypes associés des médecins généralistes.....	20
a) Une dangerosité des conducteurs âgés affichée, puis nuancée dans les discours.....	20
b) Le maintien de la conduite comme un vecteur d'autonomie.....	22
2. La conduite automobile : une consultation du médecin généraliste non systématique :	23
a) Un sujet abordé rarement par défaut de formation.....	23
b) Une consultation dédiée à la conduite difficile à initier.....	25
c) Un motif secondaire de consultation, souvent initié par un tiers.....	26
d) Une évaluation à la conduite le plus souvent intuitive.....	28
e) Une levée du secret médical souhaitée.....	30
3. Rendre les clés.....	31
a) Un rôle consultatif peu efficace.....	31
b) Les autres acteurs.....	32
c) Un sujet délicat.....	34
d) Les alternatives possibles.....	34
e) Une différence de prise en compte en fonction du lieu d'habitation.....	37
4. Concernant le projet de loi en cours.....	38
a) Un avis favorable pour la mise en place d'une visite systématique, mais avec certaines réserves.....	38
b) Une divergence sur l'organisation de cette visite.....	40
c) Si le médecin généraliste devait en être l'acteur.....	41
5. Forces et limites de l'étude.....	43
IV) CONCLUSION.....	44
V) BIBLIOGRAPHIE	45
VI) ANNEXES.....	49

LEXIQUE DES ACRONYMES

AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
COREQ:	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative
DU :	Diplôme Universitaire
FMC :	Formation Médicale Continue
IADL :	Instrumental Activities of Daily Living
IFOP :	Institut Français d'Opinion Publique
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques.
MMSE :	Mini Mental Status Examination
ONISR :	Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SAAQ :	Société d'Assurance Automobile du Québec

RESUME

Contexte : Le vieillissement de la population a conduit à un accroissement de personnes conductrices de plus de 70 ans. Le taux d'accidents de la route augmente pour cette tranche d'âge, ce qui interroge sur la durée de validité du permis de conduire. Une proposition de loi visant à instaurer une visite médicale d'aptitude obligatoire à la conduite de toutes les personnes âgées de 70 ans est discutée depuis 2017. Le nombre insuffisant de médecins agréés pour l'aptitude à la conduite laisse supposer une possible participation des médecins généralistes.

Objectif : L'objectif de la thèse est de recueillir les expériences de pratiques des médecins généralistes face aux conducteurs âgés ayant une réduction de leurs capacités fonctionnelles interférant sur leurs aptitudes à conduire et de connaître leur implication dans le processus d'arrêt ou de maintien de la conduite. L'objectif sous-jacent est d'identifier la place et le rôle des médecins généralistes dans cette prise de décision collective (personnes âgées, proches aidants, institutionnels, professionnels soignants...).

Méthode : Nous avons fait le choix d'entreprendre une analyse qualitative compréhensive à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes de la Loire.

Résultats : Les récits d'expériences mettent en évidence la prise de conscience générale des médecins généralistes du caractère dangereux de la conduite lié à l'avancée en âge, alors même que les seniors ne soient pas à l'heure actuelle les plus accidentogènes. Le sentiment de liberté et d'autonomie sociale relative à la conduite automobile est également souligné par les acteurs interrogés. Du point de vue de la formation universitaire sur la conduite automobile, les médecins généralistes apparaissent démunis face à cette problématique, allant jusqu'à occulter dans les consultations l'abord de la conduite avec leurs patients. Nous avons confirmé le rôle majeur joué par l'entourage familial dans le processus d'arrêt de la conduite. Enfin, en raison du lien de confiance établi dans la relation médecin-patient, les médecins généralistes interrogés ne semblent pas favorables à assurer eux-mêmes une visite médicale obligatoire s'ils sont parallèlement le médecin traitant du conducteur.

Conclusion : La poursuite de la conduite est le signe d'un vieillissement réussi. Le médecin généraliste apparaît comme un acteur incontournable pour évaluer l'aptitude à la conduite de la personne âgée. Or, il se place dans une ambivalence entre son rôle de bienveillance et son rôle de sanction, ce qui peut mettre en péril sa relation avec son patient. En ce sens, la relation de confiance médecin-patient est à prendre en compte dans tout nouveau projet de Loi sur la conduite.

Mots clés : *Sujet âgé ; Conduite automobile ; Médecin traitant ; Visite médicale, accidentologie, Médecine Générale*

ABSTRACT

Background: The aging of the population has led to an increase in conductive people over 70 years of age. The accident rate of the road is increasing for this age group, which questions the validity period of the driving license. A bill to introduce a mandatory medical check-up for all 70-year-olds has been under discussion since 2017. Insufficient number of licensed doctors for driving ability suggests possible physician involvement generalists.

Objectives: The aim of the thesis is to collect general practitioners' experiences of elderly drivers with a reduction in their functional abilities interfering with their driving skills and their involvement in the process of stopping or maintaining driving. The underlying objective is to identify the place and the role of general practitioners in this collective decision-making (elderly people, caregivers, institutional, healthcare professionals ...).

Methods: We made the choice to undertake a comprehensive qualitative analysis based on semi-directed individual interviews with 15 GPs from the Loire.

Results: The accounts of experiments highlight the general awareness of general practitioners of the dangerous nature of driving related to advancing age, even though seniors are not currently the most accidentogenic. The sense of freedom and social autonomy relating to driving autonomy is also emphasized by the actors interviewed. From the point of view of university training on driving, GPs appear to be helpless in the face of this problem, even going so far as to conceal the consultation of driving with their patients in consultations. We confirmed the major role played by the family circle in the process of stopping the driving. Finally, because of the relationship of trust established in the doctor-patient relationship, the general practitioners interviewed do not seem to be in favor of conducting a compulsory medical examination themselves if they are at the same time the driver's treating physician.

Conclusion: Continued driving is a sign of successful aging. The general practitioner appears as a key player in assessing the driving ability of the elderly person. However, he places himself in an ambivalence between his role of benevolence and his role of sanction, which can endanger his relationship with his patient. In this sense, the doctor-patient trust relationship must be taken into account in any new draft law on conduct.

Keywords: *Elderly; Car driving ; Doctor ; Medical visit, accidentology, General medicine*

« Le sage n'est pas celui qui sait beaucoup de choses, mais celui qui voit leur juste mesure. »

Platon

I) INTRODUCTION

L'instauration du permis de conduire B en France a moins de 100 ans puisqu'il date de 1922, (1). Ce document officiel est régi par des lois récentes mises en œuvre pour encadrer la sécurité routière. En effet, la mise en place des premières limitations de vitesse date de 1973 et le port de ceinture est obligatoire pour tous les passagers depuis 1990 (2). Les progrès de la médecine et l'avancée en âge de la population du baby-boom ont abouti au vieillissement de la population française, ce que confirme l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Les plus de 65 ans ont progressé de 20% et les plus de 75 ans de 10% en 20 ans. Le vieillissement de la population est donc inéluctable et sa prévention devient un enjeu important de santé publique (3).

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de conducteurs âgés augmente : 30% en 1960 à 80% aujourd'hui (4). Le vieillissement physiologique est responsable d'une réduction des fonctions sensorielles (vision, audition), cognitives (mémoire, fonctions exécutives et raisonnement) et motrices (Annexe 1). Ces différents déficits peuvent compromettre la qualité de la conduite automobile et donc compromettre la sécurité routière de tous les usagers (conducteurs, piétons). En effet, les rapports annuels de l'Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière (ONISR) mettent en évidence une augmentation de la mortalité chez les conducteurs âgés de plus de 65 ans : 28% en 2018 contre 19% en 2010 (5).

Face à l'augmentation des conducteurs de plus de 65 ans et à leurs implications dans les accidents de la route, certains pays au sein de l'Europe ont adapté leur législation sur la durée de validité du permis de conduire, l'ajustant en fonction de l'âge notamment (Annexe 2). Par exemple, les Pays-Bas, le Danemark et la Finlande ont imposé à partir de 70 ans un examen médical systématique avant le renouvellement du permis de conduire. D'autres pays comme l'Espagne et l'Italie imposent un examen médical initial tous les 10 ans, intervalle qui devient de plus en plus court avec l'avancée en âge (6). La Belgique adopte également ce schéma depuis 2014. Actuellement, la France fait partie des cinq pays de l'Europe avec l'Allemagne et la Pologne n'imposant pas de contrôle d'aptitude une fois le permis B délivré. Ce dernier a alors une validité illimitée ce qui pose les questions du maintien des aptitudes à la conduite des personnes âgées et du processus d'arrêt de la conduite ?

En France, il existe à ce jour un contrôle d'aptitude exigeant une visite médicale obligatoire mais uniquement pour les permis spécifiques type C et D, à renouveler tous les 5 ans (7). Ces visites médicales, assurées par des médecins agréés de la conduite automobile, sont également imposées en cas d'infraction au code de la route constatée par les forces de l'ordre ou à une dénonciation anonyme à la préfecture (8). Il est également possible que le conducteur consulte de son plein gré un médecin agréé, suite au diagnostic d'une pathologie listée dans la circulaire de l'arrêté du 21 décembre 2005

(9), issue du rapport Domont (10). Au final, les aptitudes à la conduite sont rarement contrôlées, bien souvent uniquement suite à une démarche volontaire de la personne. Les arrêts (temporaires ou non) de la conduite se font de façon implicite sous une forme de bienveillance collective, impliquant l'ensemble des acteurs (médecins généralistes, famille et aidants, personne âgée elle-même...), et ce, généralement suite à des incidents de santé et/ou de la route. Quelle est donc la place de chacun dans cette prise de décision pourtant de taille dans la vie des personnes âgées ? Particulièrement, quel est le rôle du médecin généraliste, du médecin traitant dans ce processus de maintien et/ou d'arrêt de la conduite ?

L'instauration d'une visite médicale d'aptitude systématique des personnes âgées est d'actualité. Les médias s'en emparent lors d'accidents graves et relancent régulièrement le débat. Le dernier en date impliquant une personne âgée de 92 ans (2018) a ouvert à nouveau la discussion (11). Un projet de loi visant à imposer une visite médicale chez les seniors a de nombreuses fois été proposé par les hautes institutions. La dernière proposition date du 3 octobre 2017 (12). Elle viserait à « *mettre en place une visite médicale de contrôle à la conduite systématique pour les conducteurs de 70 ans et plus* » (12). Cette visite serait constituée par « *un module d'évaluation de l'aptitude à conduire par un médecin de ville, à renouveler tous les 5 ans* » (12).

Il demeure une certaine ambiguïté autour de l'implication éventuelle du médecin généraliste dans ce contrôle des aptitudes, et de son statut en tant que « médecin de ville », soumis au secret médical vis-à-vis du médecin agréé. D'autre part, l'effectif actuel insuffisant de médecins agréés du permis de conduire pour y répondre pose question.

Afin de comprendre le positionnement des médecins généralistes sur la question, les attentes, il s'agit d'étudier les pratiques des médecins généralistes. Sont-ils confrontés à la problématique de la conduite automobile chez les seniors, que font-ils face à un conducteur âgé en perte d'autonomie ? Comment se représentent-ils la conduite des personnes âgées ? Quels sont leurs besoins, leurs envies, leurs avis sur la législation en cours de discussion ?

II) MATERIEL ET METHODES

1. Caractéristiques de l'étude

Nous avons choisi d'effectuer ce travail de recherche par une approche inductive et compréhensive sous la forme d'une étude qualitative, procurant une liberté d'expression aux médecins interrogés. Elle a été réalisée sous la forme d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés en cabinet dans le département de la Loire. Les entretiens ont été réalisés sur une période de 3 mois et demi (janvier-avril 2019).

Nous avons obtenu l'avis favorable du Comité d'Ethique du CHU de Saint-Etienne (IRBN042019/CHUSTE). Il n'y a pas de conflit d'intérêts en relation avec cette étude.

Au total, 15 entretiens ont été réalisés, d'une durée moyenne de 34 (\pm 6,7) (min : 20-max : 44) minutes. Les premiers contacts ont été effectués par téléphone pour 14 d'entre eux. Un seul participant a eu ce premier contact par e-mail.

L'échantillon était composé de 7 femmes et 8 hommes, 8 médecins urbains et 7 médecins ruraux.

L'âge moyen était de 50,5 (\pm 11,7) ans. Leur durée moyenne d'exercice, c'est à dire de pratique de la médecine en remplacement ou dans des structures autres qu'en cabinet libéral, était de 22.6 ans. Leur durée d'installation en cabinet libéral était par contre de 20,2 ans.

La définition retenue de la personne âgée était celle décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est-à-dire à partir de 65 ans (15).

Particularités des participants :

Deux participants étaient associés avec des médecins agréés du permis de conduire au sein de leur cabinet. Un participant faisait partie du Département de Médecine Générale de la Faculté de Saint-Etienne. Un participant était titulaire d'un DU (Diplôme Universitaire) de psychogériatrie.

Parmi les participants, 4 semblaient être moins concernés par les populations âgées de par la faible proportion au sein de leur patientèle.

Les médecins interrogés ont été anonymisés et répartis en fonction de leur lieu d'exercice et leur genre dans le tableau ci-dessous :

Participants n°	Age (années)	Sexe	Localisation	Temps (années)		Part des séniors dans la patientèle
				d'installation	d'exercice	
1	31	F	Urbain	3	4	15 %
2	31	F		2	4	30 %
3	59	F		29	32	30 %
4	45	F		17	17	15 %
5	59	H		32	32	25 %
6	60	H		31	33	25 %
7	59	H		32	32	30 %
8	62	H		33	33	40 %
9	31	F	Rural	1,5	1,5	30 %
10	61	F		14	34	30 %
11	51	F		20	20	30 %
12	52	H		25	25	20%
13	42	H		8	12	25 %
14	62	H		30	35	30 %
15	52	H		25	25	<10 %

Légende : H = Homme, F = Femme

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

2. Constitution de l'échantillon

La stratégie d'échantillonnage a été réalisée via la méthode « boule de neige » ; en demandant aux connaissances en premier, puis aux personnes retenues pour l'étude, de proposer le nom d'autres personnes correspondantes aux critères (installés en cabinet et n'étant pas médecin agréé de la conduite automobile en parallèle).

La caractéristique de l'échantillon était à variation maximale afin d'assurer un panel représentatif des médecins généralistes. En effet, les participants ont été répartis en fonction de plusieurs critères : variabilité de l'âge, le genre ainsi que de la localisation géographique du cabinet médical. Par rapport à cette dernière, les participants ont été séparés en deux classes afin d'identifier une différence de discours par rapport à l'accessibilité aux commerces nécessaires au quotidien :

- « Urbain » : c'est-à-dire que la majorité de leur patientèle étant domiciliée soit à proximité des commerces nécessaires au quotidien (pharmacies, épiceries, boulangeries...) et pouvait y accéder à pied, soit pouvait les rejoindre par les transports en commun (tramways, bus). Les participants classés « urbain » étaient donc installés au sein du centre-ville de Saint-Etienne ou dans son agglomération.

- « Rural » : la majorité de leur patientèle étant « isolée », donc domiciliée à distance des commerces nécessaires au quotidien et sans alternative de transports en commun. Les participants classés « rural » étaient donc installés en périphérie de Saint Etienne dans les communes rurales, voire semi-rurales.

3. Méthode de l'entretien

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'une grille d'entretien pré-établie (Annexe 3). Les principales thématiques évoquées sont : représentations relatives à la conduite du sujet âgé, connaissances acquises et souhaitées, expériences pratiques face aux conducteurs âgés et avis sur les politiques de sécurité routière. Les entretiens se sont tous déroulés dans le cabinet du médecin généraliste par un échange direct en face à face. Ils ont tous été enregistrés après accord du médecin, puis retranscrits sous couvert d'anonymat.

4. Recueil des données et analyse

L'ensemble des travaux a été effectué via le support Word® version 2012 (Microsoft, US). Les retranscriptions ont été exécutées via le mode verbatim, c'est-à-dire intégralement en conservant les fautes orales de syntaxes des participants afin de ne pas dénaturer leurs propos. Ensuite, un codage axial a regroupé l'ensemble des verbatim dans les thèmes. Puis une analyse thématique a été effectuée sous forme de tableau, permettant d'identifier les principales thématiques que nous avons traduites sous la forme d'un schéma heuristique (Annexe 4). Pour une critique objective de notre étude, une grille de lecture COREQ (Annexe 5) a servi de support.

III) RESULTATS ET DISCUSSION

1. La conduite automobile des personnes âgées : représentations et stéréotypes associés des médecins généralistes

a) Une dangerosité des conducteurs âgés affichée, puis nuancée dans les discours

La population retient une image de dangerosité des séniors au volant (11). Cette représentation se retrouve également parmi les médecins interrogés. En effet, la majorité (12/15) qualifiait en premier lieu la conduite automobile des personnes âgées comme dangereuse potentialisant le risque de survenue d'un accident :

*« Euh... dangerosité. Oui, c'est ça, dangerosité au volant, est-ce qu'ils sont capables là encore de conduire... »
(Praticien n°13)*

« Ah un accident. Voilà. Ou alors des conduites qui sont un peu... farfelues je dirais des fois. » (Praticien n°5)

Pourtant, les médecins généralistes rencontrés nuancent cette dangerosité et vont même évoquer dans leurs discours le contraire, s'accordant à dire que ce n'est pas une généralité (4/15) :

« Non, ce n'est pas systématique, mais... non, non, il y en a qui se débrouillent bien. » (Praticien n°5)

D'autres affirmaient (2/15) que les personnes âgées sont conscientes de leurs limites, réduisant naturellement leur trajet :

*« ils sont déjà conscients de ça et puis ils sont pas débiles[...] . D'ailleurs, quand vous voulez leur supprimer la conduite, ils disent « mais ça va me dépanner, je vais juste ici, le supermarché, cinq cents mètres quoi ! »
(Praticien n°3)*

« Dans ma tête, j'ai l'impression que les personnes âgées aussi font des moins longs trajets que les personnes plus jeunes. » (Praticien n°2) »

Ceci concorde avec la littérature (19–21), et également avec certains travaux de thèse (22–24). En effet, Ball et al. (21) ont démontré que les personnes âgées adaptaient leur conduite en fonction de leur aptitude, réduisant ainsi la conduite nocturne si présence de troubles visuels et évitant les carrefours dangereux pour les moins réactifs. Pour finir, ils réduisaient tous la distance parcourue sur une année, par stratégie d'adaptation au vieillissement.

Les récits rendent compte également du fait que ce n'est généralement pas les personnes âgées les plus dangereuses sur la route, et donc pas les plus responsables d'accidents (4/15). L'accidentologie des jeunes est soulignée en lien avec la consommation d'alcool et les excès de vitesse :

*« Après, il y a aussi des jeunes sur la route qui sont très dangereux, peut-être plus que les personnes âgées. »
(Praticien n°1)*

« J'ai pas les statistiques, mais je suis pas sûr que ça soit les plus responsables d'accidents. » (Praticien n°15)

« Les plus dangereux de la route, ce sont ceux qui font des excès de vitesse [...] pour moi, le plus gros problème, c'est pas là... c'est pas l'âge, c'est l'imprégnation alcoolique. » (Praticien n°11)

« Là, actuellement, les jeunes conduisent très vite et je pense que oui, ça crée un danger. » (Praticien n°14)

*« Il y a trente ans de ça, il n'y avait pas tant de voitures, les gens n'allaient pas aussi vite. On voit la personne âgée qui conduit tout doucement, on est derrière, on conduit tout doucement, il y a toujours un abruti pour doubler les deux voitures en même temps dans un virage. Voilà, pour moi, c'est l'autre qui est dangereux. »
(Praticien n°11)*

Comme le souligne ce praticien, le danger provient des autres usagers de la route qui adopteraient un comportement inapproprié face aux personnes âgées, rendant ainsi leur conduite périlleuse (3/15). Le Dr Carnoy, médecin agréé du permis de conduire l'a également constaté (18). C'est pourquoi il est possible aux personnes âgées de se procurer un macaron « S » comme « Sénior » depuis 2011, s'inscrivant sur le même principe du « A » pour les conducteurs novices. Ce macaron permet ainsi aux automobilistes séniors de se faire reconnaître des autres automobilistes, afin que ces derniers se montrent plus prudents et plus patients (18). Toutefois, cela demeure un sujet de discorde car perçu parfois comme « stigmatisant » (18).

Ces discours sont en adéquation avec les statistiques de l'ONISR (5). Les causes d'accidents mortels aujourd'hui sont en premier l'excès de vitesse et en second l'alcool, et elles représentent la part la plus faible chez les personnes âgées de plus de 75 ans. De plus, les patients âgés de plus de 65 ans représentaient en 2018 un peu plus d'un quart de la mortalité routière dont la majorité (60,5%) avait 75 ans ou plus. Cette tranche d'âge supérieur à 74 ans est en sur-risque d'accidents routiers car elle se situe en deuxième position après les 18-24 ans. Le travail de Lafont (17) démontre que la fragilité induite par l'âge entraîne un taux de mortalité routière ou d'accidents graves supérieur aux jeunes. Cette mortalité routière chez les séniors atteint son taux maximum lorsqu'ils sont piétons (5). En voiture, les types d'accidents les plus fréquents dans cette tranche d'âge sont les intersections ainsi que les manœuvres pour tourner à gauche connues pour être coûteuses en ressources cognitives et donc plus délicates pour eux (17).

Les médecins interrogés ont exprimé leur désarroi face à la législation actuelle n'interdisant pas l'achat d'une voiture sans permis malgré le retrait du permis de conduire, voitures décrites elles-mêmes comme dangereuses car non sécurisées (4/15) :

« Mais quand je vois le nombre de voiturettes qui circulent, donc des voitures sans permis avec des gens très âgés[...], je suis pas sûr que la mesure soit si performante que ça de retirer le permis. Parce que ces gens-là, ils ont pas de permis, clairement. » (Praticien n°8)

« on lui (un patient) a retiré le permis. C'est-à-dire qu'il a passé les tests psychométriques qui montrent qu'il est dans l'incapacité de conduire et ça n'a aucune importance, il peut s'acheter une voiture sans permis et continuer à être sur la route. » (Praticien n°11)

*« Je suis surpris à la campagne, sur les petites routes, de croiser des gens très âgés avec une espèce de voiturette qui à mon avis est plus dangereuse qu'une voiture normale. Il y a des freins qui sont médiocres, c'est des machins qui tiennent pas la route et qui sont capables de se retourner au moindre coup de volant. »
(Praticien n°8)*

Suite à ces propos, les médecins exprimaient un souhait de mise en place d'une législation portant sur l'utilisation des voitures sans permis (4/15) :

« que les voitures sans permis ne puissent pas être vendues à des gens qui ont eu un retrait de permis de conduire ou une interdiction de permis de conduire ». (Praticien n° 11)

En effet, il n'existe actuellement aucune procédure nécessaire, pour les personnes nées avant 1988, pour l'acquisition et l'utilisation d'une voiture sans permis, considérée comme un quadricycle à moteur léger d'après le Code de la Route (16). Une adaptation de législation apparaît donc nécessaire.

b) Le maintien de la conduite comme un vecteur d'autonomie

Les récits recueillis s'orientaient secondairement par une représentation du maintien de la conduite comme une forme d'indépendance et de liberté (pour 12), parfois même un moyen d'ouverture sociale (pour 5) :

« C'est une forme de liberté d'autonomie quand même, c'est surtout ça qui est important dans la conduite automobile. C'est de pouvoir aller où on veut, quand on veut, sans dépendre de qui que ce soit ou de quoi que ce soit. » (Praticien n°7)

« C'est un moyen de rester socialisé, de ne pas être dans l'isolement par rapport au reste de la population. » (Praticien n°6)

La conduite automobile était donc majoritairement perçue comme une condition nécessaire au maintien de l'autonomie (9/15). Les exemples cités pour l'illustrer étaient : faire les courses (pour 4), aller chez le médecin (pour 3), ainsi que pour le plaisir de conduire (pour 3) :

« Parce que c'est vrai, qu'après, on ampute quand même pas mal l'autonomie, donc des gens, si on leur enlève la voiture... quelqu'un qui est capable de conduire... C'est difficile de faire les courses, c'est difficile d'aller chez le médecin, c'est difficile de... de faire n'importe quoi. C'est pas évident, évident. » (Praticien n°12)

Cependant, les autres médecins avaient un avis plus nuancé (6/15) :

« Il y a plein plein de gens qui sont très autonomes en conduisant pas. » (Praticien n°4)

Selon leurs récits, la condition de l'autonomie résultait de plusieurs critères : le lieu d'habitation, la possibilité de se faire conduire par les proches ou le conjoint, les habitudes, les antécédents et l'âge.

Ainsi, les médecins interrogés qualifiaient la conduite automobile des seniors comme une forme de liberté sociale et un moyen d'autonomie non négligeable. Ce qui est en accord avec la littérature (14,22,25-27) qui souligne également la fierté que la conduite procure. L'atteinte à cette autonomie notamment en milieu rural était un des arguments de refus de la précédente loi en 2013 qui préconisait un contrôle médical à partir de 70 ans (28).

2. La conduite automobile : une consultation du médecin généraliste non systématique

a) Un sujet abordé rarement par défaut de formation

Les récits d'expérience rendent compte de la rareté d'une consultation orientée vers la conduite automobile chez les sujets âgés (10/15). En effet, ce sujet était abordé dans moins de dix consultations sur une année.

Certains soulignent le fait d'aborder le sujet de la conduite avec ces patients âgés au moins une fois dans l'année.

« Je vois des personnes âgées vraiment tous les jours et systématiquement, enfin, je leur demande souvent comme je vous disais, comment ils sont venus, etc... Comme ça, j'apprécie un peu leur autonomie des choses tout bêtement. » (Praticien n°14)

« Au moins une fois dans l'année pour des gens âgés, oui, savoir ce qu'ils sont devenus, ce qu'ils font, s'ils conduisent. » (Praticien n°3)

Certains suivent très peu de personnes âgées et ils ont rapporté ce chiffre sur l'ensemble de leur carrière (2/15) :

« Ça a pas été dix fois depuis vingt-cinq ans. » (Praticien n°15)

Au contraire, pour un tiers des intervenants, la consultation est systématique, fréquente et même quotidienne. On remarque que ces médecins sont sensibilisés à la question du maintien de la conduite soit par expérience personnelle, soit par une formation universitaire (DU de psychogériatrie). L'un d'entre eux connaît la spécificité du médecin agréé de la sécurité routière et souhaite demander l'agrément du permis de conduire. Deux autres avaient participé à une formation sur la conduite automobile proposée par l'association ADEPUL dans le cadre d'un travail de thèse (8), un avait reçu un prospectus de la part de la sécurité routière expliquant les pathologies impliquées (29). Pour finir, le dernier était membre du Département de Médecine générale (DMG) de Saint-Etienne et y avait été sensibilisé il y a longtemps par un film pédagogique lors des enseignements universitaires.

Le terrain témoigne que la problématique de la conduite automobile n'est pas une priorité pour les médecins généralistes. D'ailleurs certains en ont pris conscience pendant l'entretien, car ils n'y pensaient pas auparavant et évoquent la volonté de changer leurs habitudes (4/15) :

« Vous me faites toucher du doigt que je devrais peut-être poser la question plus souvent. » (Praticien n°8)

« Alors, je me suis dit que je ne l'abordais pas suffisamment quand on en a parlé au téléphone et que je ne pose pas la question systématiquement. » (Praticien n° 1)

Ce manque d'information est souligné également par Roche (22) ayant mis en évidence que la majorité des patients n'avait jamais reçu de conseils de la part de leur médecin traitant.

Ceci a été expliqué par un manque de formation initiale ou de sensibilisation lors de leur cursus universitaire ou de leurs formations médicales continues (FMC) sur le sujet, ce qui se répercutait sur leur pratique jugée incertaine (2/15) :

« Non j'en ai jamais vu passer (des formations), et pourtant j'en ai fait des formations. » (Praticien n°14)

« Pour l'instant, on tâtonne un peu, c'est vrai, je dois dire que je peux pas être comme pour une pathologie donnée, un diagnostic, un traitement. Bon, là, effectivement, on a un référentiel, on a une conduite à tenir, on a des recommandations, mais là, non, c'est un peu de l'improvisation au cas par cas. » (Praticien n°6)

Par ce manque de formation, les médecins découvraient leur méconnaissance vis-à-vis du rôle et du statut du médecin agréé, notamment face au secret médical, ainsi que les possibilités d'alertes anonymes (11/15) :

« Ah ils ne font pas que les routiers ? » (Praticien n°12)

« On peut pas prendre son téléphone et l'appeler ? D'accord. » (Praticien n°5)

« Euh, bah, déjà, je savais pas qu'on pouvait signaler en préfecture un...De manière anonyme, un patient. » (Praticien n°9)

L'existence de la circulaire regroupant toutes les contre-indications médicales relatives à la conduite a été découverte pendant les entretiens (12/15) et a été jugée très intéressante :

« Donc ça, c'est une législation qui est intéressante pour expliquer au patient que ma foi, oui, c'est comme ça, la loi, c'est la loi. » (Praticien n°14)

« C'est bon à savoir, oui. Très bien, j'essaierai un de ces jours. » (Praticien n°5)

Parmi ceux ayant connaissance de son existence, deux l'avaient consultée pour des pathologies comme l'épilepsie ou un accident vasculaire cérébral. Le dernier l'avait consultée avant de demander son agrément.

Ce manque de connaissance lié au déficit de formation se retrouve dans la littérature (8,14,22,23,25,30). A Saint-Etienne, il n'y a eu qu'une seule formation récente connue sur la conduite automobile lors d'une journée FMC organisée par l'ADEPUL (8). Cette formation sous forme de questions-réponses présentée par un médecin agréé consistait à éclairer les médecins généralistes sur les pathologies contre-indiquant la conduite automobile, le protocole de signalement à la préfecture ainsi que leurs responsabilités. L'absence de FMC prévue sur la conduite automobile et le nombre restreint de participants à la formation ADEPUL (35 au total) soulignent une carence dans les possibilités d'apprentissage malgré les actions d'information de la sécurité routière vis-à-vis des médecins (28).

Une demande de formation est alors ressortie des récits (11/15), notamment sur la circulaire relative au permis de conduire, la législation autour du médecin agréé et du médecin généraliste ainsi que la conduite à tenir. Certains ont également affirmé qu'une sensibilisation à la conduite automobile des personnes âgées aurait un impact positif sur leur pratique (2/15) :

« C'est vrai qu'il y a peut-être des choses qu'on verrait un peu plus facilement donc du coup on abordera le sujet beaucoup plus rapidement en tout cas. » (Praticien n°5)

« Pour connaître le parcours exact, correct. Voilà, j'ai mon patient, je pense qu'il devrait pas conduire, voilà, qu'est-ce que je fais ? Qu'est-ce que la famille peut faire, etc... » (Praticien n°2)

Par contre, les autres médecins (4/15) ne souhaitant ni formation, ni information, l'expliquaient par la rareté du sujet de la conduite en consultation et préféraient donc suivre des formations qu'ils jugeaient plus utiles dans leur pratique :

« Mais pour l'utiliser quand ? Si j'en ai pas une utilisation fréquente, je ne vais pas aller me former pour des trucs que je fais tous les ans ou deux fois par an alors qu'il y a des tas de domaines dans lesquels je suis pas très compétent tous les jours et pour lesquels ça serait certainement plus important de me former. » (Praticien n°7)

Ces résultats sont en miroir avec l'étude des Dr Durand et Blanc menée en 2010 (14) où les médecins généralistes étaient majoritairement en demande de sensibilisation car ils se sentaient démunis, ne sachant ni comment dépister, ni à qui s'adresser, bien qu'ils affirmaient devoir faire des choix au sein de leurs formations jugées larges. Leurs demandes principales étaient de connaître les pathologies contre-indiquées pour la conduite automobile, ainsi que la démarche à suivre en cas de situations complexes. Il semblerait que la formation de l'ADEPUL ait répondu aux attentes des médecins car les deux médecins de l'étude ayant participé à cette formation avaient acquis ces connaissances.

b) Une consultation dédiée à la conduite difficile à initier

Les récits ont mis en évidence une absence de consultation dédiée à la conduite automobile (15/15). En effet, la conduite automobile était considérée comme un aspect au sein d'une évaluation globale d'autonomie du patient et ne pouvait donc être évaluée seule (3/15) :

« Ça va faire partie d'un tout, mais pas spécialement orienté, non, non. » (Praticien n°3)
« Parce qu'en général, quand il y a ça, il y a aussi d'autres choses. Donc c'est l'occasion de parler de la conduite automobile, mais on parle aussi des aides à domicile, de la nutrition, de comment ils font leurs courses, comment ils se nourrissent, comment ils font leurs soins corporels, comment ils prennent leurs médicaments. Parce qu'en général, tout est lié, c'est pas seulement la conduite automobile. » (Praticien n°11)

Les récits des médecins ont mis en évidence une crainte d'une mauvaise réceptivité des patients envers cette consultation par un désintérêt entraînant un absentéisme (pour 2), ou par une peur de retrait du permis (pour 2) :

« Ouais. Si on leur dit « venez sur une consultation pour que l'on puisse voir votre aptitude et comment vous faites », je pense qu'en fait ils vont dire « je vous vois déjà tous les trois mois et c'est déjà bien suffisant » ou en plus quand il y a des problèmes, revenir de façon dédiée pour ça, non. J'ai des patients à qui je propose de revenir pour un dépistage de la bronchite chronique et qui ne reviennent pas pour le dépistage en lui-même. Donc en gros, si on ne le prévoit pas sur une consultation de renouvellement d'ordonnance, ils ne reviennent pas pour ça et je pense qu'ils ne reviendront pas forcément. » (Praticien n°1)

« Je ne pense pas que ça soit très judicieux... (...) bah si on leur dit « allez monsieur machin, on va se revoir pour voir si vous pouvez toujours conduire », ben vous pensez bien qu'ils ne viendront pas. Ils savent ce qu'ils risquent (rire). » (Praticien n°12)

Les médecins généralistes de l'étude du Dr Durand (14) déclaraient également ne pas pouvoir faire de consultation dédiée pour ces mêmes raisons. Ils reconnaissaient néanmoins l'impossibilité de gérer d'autres motifs pendant une évaluation de la conduite, jugée chronophage. Gonthier et al. (37) ont confirmé la possibilité de faire une évaluation de qualité en 20 à 30 minutes.

c) Un motif secondaire de consultation, souvent initié par un tiers

Les récits d'expérience ont fait ressortir que c'était l'entourage, plus particulièrement la famille qui était à l'origine de la demande (14/15).

*« C'est souvent les familles qui m'en parlent (...) Ils me disent « mais vous savez qu'il conduit encore ? »
(Praticien n°8)*

« La plupart du temps c'est les enfants qui nous en parlent quand même. » (Praticien n°14)

Certains (3/15) déclaraient même que l'entourage était le mieux placé pour détecter la diminution des capacités à conduire des patients car il les voyait au quotidien :

« Parce qu'il y a des patients qui font illusion parfois dans nos cabinets, sur une consultation de dix minutes, un quart d'heure, ils répondent à peu près aux ordres, aux questions simples, etc... » (Praticien n°6)

« Moi, je les vois pas conduire les gens ». (Praticien n°3)

« C'est comme les troubles cognitifs, souvent, nous, on passe à travers. On passe à travers et c'est les familles qui disent « il perd la boule, l'autre jour il est pas rentré », et là, c'est un peu la même chose, le même principe. » (Praticien n°7)

Cependant, les proches mettaient parfois le médecin en porte à faux vis-à-vis du secret médical (2/15) :

*« Et les enfants sont pas simples. Parce qu'à la fois, ils vous disent, 'arrêtez-le', mais eux ne vont pas le dire en face. » « Ah oui, moi, j'en ai plusieurs, 'dites à mon père de ne plus conduire', bah oui, je vais lui dire, mais bon... [...], si tout le monde se retranche 'dites pas que j'ai dit, dites pas que j'ai appelé', vous savez, c'est comme 'mon mari boit, mais dites-lui pas que c'est moi qui vous l'ai dit', bah... donc on fait comment ? »
(Praticien n°3)*

L'entourage détient donc une place cruciale dans la constatation de la diminution des capacités à la conduite du patient comme le recensent de nombreux travaux de thèse (14,22–24,30). Au Québec, les institutions l'ont compris et ont élaboré un guide destiné aux proches (31). Ce guide leur explique comment repérer les signes de difficultés à la conduite, puis comment aborder le sujet avec le patient. Le guide explique aussi la procédure d'alerte en cas de danger. Il souligne aussi que les aînés n'accordent aucune crédibilité aux membres de leur famille critiquant leur façon de conduire. Ces éléments laissent supposer que les familles ont recours au médecin traitant lorsqu'ils se sentent impuissants.

Après l'entourage, les médecins interrogés affirmaient être les seconds à aborder le sujet, le plus souvent après avoir constaté une contre-indication éventuelle à la conduite (13/15) :

« Non, c'est quand je m'aperçois qu'il y a quelque chose. » (Praticien n°10)

La première contre-indication qui alertait les médecins interrogés sur la conduite était les troubles cognitifs pour la totalité des participants dont la moitié (7/15) jugeaient cette atteinte comme étant la plus « grave » :

« Oui, mais je pense que ceux qui n'ont pas de troubles cognitifs arrivent à renoncer plus à leur voiture. C'est plus facile, enfin, à mon avis. » (Praticien n°3)

« Les motifs les plus... ceux qui nous motivent le plus, c'est les problèmes de troubles cognitifs. Bah c'est le plus aigu et le plus sévère. » (Praticien n°8)

« Il y a des handicaps qui pour moi, c'est rédhibitoire. Une personne qui n'a pas toute sa tête, c'est formellement interdit, parce que c'est hyper dangereux. » (Praticien n°14)

Les troubles cognitifs étaient également considérés comme les plus difficiles pour faire prendre conscience au patient de la dangerosité, principalement liée à l'anosognosie. Lafont (17) explique que les personnes atteintes de troubles cognitifs et particulièrement la maladie d'Alzheimer, présentent des difficultés à évaluer leurs troubles et par conséquent, changent peu leurs habitudes de conduite par rapport aux autres personnes âgées. Les études concernant la conduite automobile et la démence sont nombreuses dans la littérature et se contredisent (14,17,19,32–35). Elles n'ont pas démontré formellement que la démence était un facteur de risque d'accident. En effet, Mietkiewicz et al. (35) ont mentionné que la maladie d'Alzheimer multipliait par cinq le risque d'accidents et que 50% des patients atteints auront au moins un accident avant d'arrêter de conduire. Par contre, d'autres études (17,33) ont affirmé que des interférences entraient en jeu, ne permettant pas de démontrer formellement que la démence était un facteur de risque d'accident (17,32,35). Par exemple, la personnalité de l'individu pouvait être responsable d'une confiance accrue en sa capacité de conduire. Cet élément était d'autant plus vrai chez les hommes. De plus, il a été constaté que les personnes en phase pré-déméntielle cessaient de conduire à un âge plus jeune que celles qui ne présentaient pas de pathologie du système nerveux central (33).

Toutefois une nuance a été proposée vis-à-vis des troubles cognitifs débutants, permettant la conduite automobile encore possible avec une aide (pour 1) :

« les personnes Alzheimer débutantes, quand elles ont un aidant à côté, le conjoint notamment qui fait copilote, elles sont très peu dangereuses. » (Praticien n°11)

En effet, la littérature (32) a montré que plus de 50% de patients déments à un stade léger conservaient des aptitudes suffisantes pour permettre la conduite dans certaines conditions (diurne, avec un copilote, limitée aux environnements familiaux, etc...).

Les autres pathologies qui compromettaient la conduite étaient moins mentionnées car considérées moins graves, comme le démontre le graphique ci-dessous :

« j'ai surtout tendance à y penser pour les personnes qui ont des troubles cognitifs. Ça, ça va arriver facilement, mais après, pour le reste, c'est vrai que... je l'évoque pas souvent. » (Praticien n°2)
« Bah les troubles sensoriels, en général, les gens s'arrêtent très vite de conduire tout seuls. Ça nous pose pas de problème. C'est eux-mêmes qui s'arrêtent. » (Praticien n°11)

Après les troubles cognitifs, les troubles sensoriels étaient les plus évoqués, principalement pour les troubles visuels (pour 11) par rapport aux troubles auditifs (pour 8) jugés moins handicapants à la conduite :

« C'est peut-être moins crucial à mon avis que les problèmes de vue. [...] Si, si, c'est effectivement fréquent, mais c'est moins un motif d'arrêt de conduite automobile. » (Praticien n°8)

Ensuite, les médicaments étaient mis en cause par la moitié des médecins interrogés puisqu'ils pouvaient altérer la vigilance tels que les psychotropes ou les anxiolytiques.

Vaillant (36) a constaté également que peu de médecins abordaient les risques des médicaments. Son étude l'expliquait par un manque de formation touchant à la fois les médecins et les pharmaciens.

Pour finir, 6 médecins interrogés ont fait part d'une démarche volontaire de consultation à la conduite par le patient mais rare. Il s'agissait dans ce cas de patients qui se rendaient compte de leur limite, abordant le sujet soit pour signaler au médecin qu'ils avaient arrêté de conduire, soit pour leur demander leur avis.

« Dans les cas où les gens m'en parlent spontanément d'eux-mêmes, je leur dis qu'effectivement, [...] Ça arrive pas super souvent, mais il y a un ou deux cas qui me reviennent à l'esprit quand même. » (Praticien n°4)

d) Une évaluation à la conduite le plus souvent intuitive

Les moyens mis en place par les médecins interrogés afin d'évaluer la capacité à conduire s'inscrivaient donc parmi d'autres motifs de consultations et reposaient principalement sur l'appréciation générale du déplacement du patient dans le cabinet ainsi que la discussion (13/15) :

« C'est vrai que si elle est un peu perdue, si... si on voit que les capacités supérieures sont un peu altérées, et quand on les voit marcher simplement, l'équilibre qu'ils ont, s'ils ont une canne, je veux dire s'ils sont bien équilibrés ou pas. (...) si on est obligé de crier pour se faire entendre, c'est une appréciation globale des capacités. » (Praticien n°14)

« Bah on les connaît nos patients, c'est-à-dire qu'on les évalue, bien sûr. On voit un peu quand ils viennent en consultation leur façon de marcher, leur façon de se déshabiller, de monter sur la table... » (Praticien n°6)

Certains d'entre eux (4/15) ne procédaient à aucun autre examen :

« L'instinct (rire). Après, les gens, on les connaît, donc on sait quand ils vont moins bien, qu'ils sont un peu perdus, qui... on le voit en fait quand ils sont perdus. » (Praticien n°12)

D'autres médecins procédaient initialement à un examen clinique complet pendant une consultation liée à l'autonomie incluant les examens cardiovasculaires, neurologiques et ostéo-articulaires. Les médecins interrogés (10/15) se servaient de tests s'ils jugeaient nécessaires pour évaluer les troubles cognitifs : MMSE (pour 5) en premier, test de l'horloge (pour 4), 5 mots de Dubois (pour 2). Parfois, ils envoyaient leurs patients en consultation mémoire (3/15). Les autres tests réalisés étaient le test de vision de loin par l'échelle de Monoyer (pour 4), une audiométrie réalisée en cabinet ou chez l'ORL (pour 3) puis le up and go test (pour 1). A noter qu'en moyenne, chacun d'entre eux ne réalisait pas plus de deux tests, jugés suffisants :

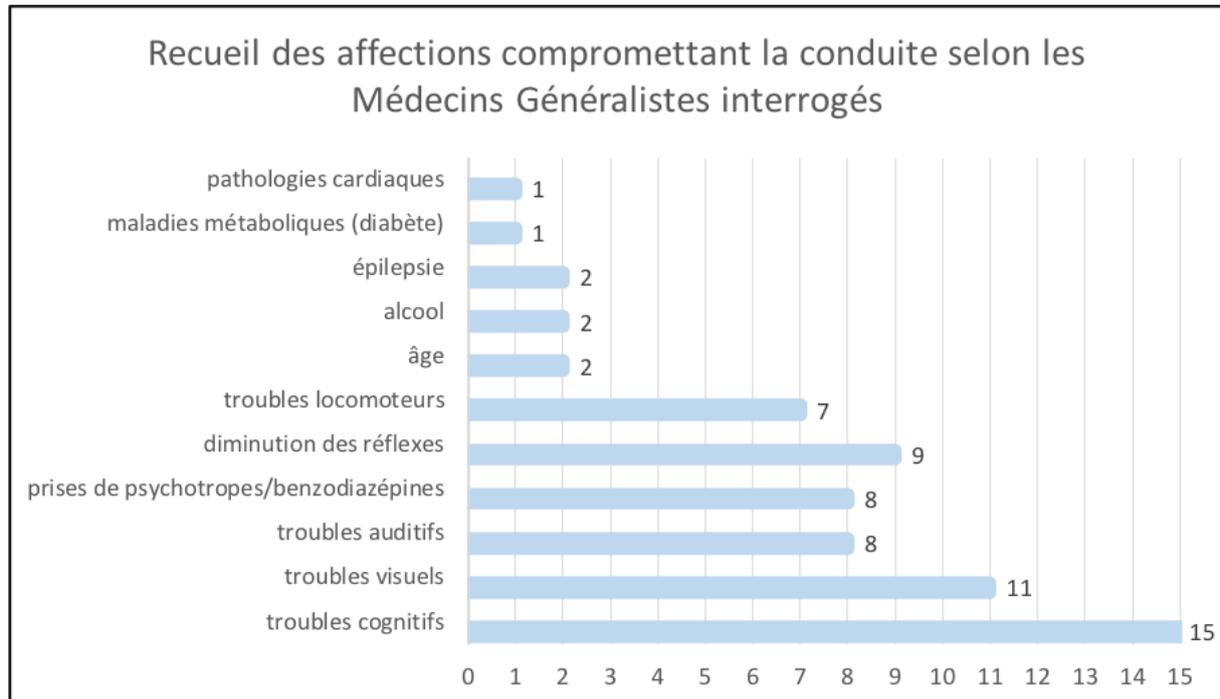
« Pas besoin de lui faire dix mille tests pour savoir... » (Praticien n°14)

« Bah ouais, enfin, je fais pas des tests très évolués, mais bon, déjà faire un MMS, ça vous donne une petite idée. » (Praticien n°8)

Toutefois, la pertinence de ces tests dans l'évaluation de la capacité à conduire était discutée (2/15) :

« Après, il faut prouver que tous ces éléments-là, tous ces... comment dire... tous ces scores sont pertinents pour... valider ou invalider la conduite automobile. Je pense pas que ça a été fait. [...] C'est pas toujours clair qu'il (le patient) soit inapte. » (Praticien n°8)

« À mon avis, le MMS est un très mauvais indicateur, c'est celui qui est reconnu, mais c'est un très mauvais indicateur. Parce que savoir le jour et la date, le jour et la date, quand on est une personne âgée à la retraite, moi, je serais la première à ne rien savoir. » (Praticien n°11)



Ces résultats étaient similaires à ceux de Durand en 2010 (14). Actuellement, il n'existe pas de consensus car les études n'ont pas réussi à établir une corrélation certaine entre les résultats de tests et la dangerosité au volant (17,22,24,25,30,32,33). Il existe néanmoins quelques évidences de contre-indications à la conduite comme les pathologies entraînant une baisse d'acuité visuelle importante ainsi que les troubles cognitifs sévères avec un MMSE < 17. D'ailleurs, Domont (10) conseille d'utiliser le MMSE (Mini Mental Status Examination (MMSE) afin d'évaluer le statut cognitif du patient ([Annexe 6](#)). Les médecins peuvent tout de même s'aider du travail de Gonthier et al. (37) proposant un protocole d'examen combinant une évaluation clinique incluant des bilans sensoriels, neurologiques, musculaires notamment par le up and go test, et l'évaluation cognitive incluant les 4 IADL4 (Instrumental Activities of Daily Living) ([Annexe 7](#)), les 5 mots de Dubois ([Annexe 8](#)) avec une épreuve interférente et le Trail Making test B ([Annexe 9](#)). Aucun des médecins de l'étude n'a mentionné le Trail Making Test. Pourtant son intérêt est démontré dans les dépistages d'aptitude à la conduite (17).

e) Une levée du secret médical souhaitée

Le médecin agréé détient un statut de non continuité de soin. Le médecin généraliste ne peut donc obliger le patient à se soumettre à la visite médicale du médecin agréé. Il a toutefois la possibilité de remettre un courrier au patient qui décidera ou non de le porter à la connaissance du médecin agréé (8).

Cette application du secret médical vis-à-vis- du médecin agréé n'était pas considérée comme une bonne chose de la part des médecins interrogés (13/15). La première raison (11/15) était la perte d'informations nécessaires au médecin agréé dépendant alors du bon vouloir du patient :

« C'est jamais bien marrant de se retrouver face à un patient dont on sait rien, qui a du mal à nous expliquer juste avec son ordonnance. » (Praticien n°9)

La deuxième raison évoquée était le temps de consultation limité pour le médecin agréé jouant en sa défaveur (2/15) :

« Parce que s'il est obligé de refaire tout l'interrogatoire, se rendre compte par lui-même qu'il a des troubles...il n'aura jamais le temps. » (Praticien n°12)
« le médecin qui est agréé, c'est un médecin qui expédie, enfin, qui va vite, qui prend pas beaucoup le temps, donc je pense qu'il aura pas le temps de se rendre compte de la situation. » (Praticien n°13)

Les récits soulignent pour l'ensemble des médecins le souhait de lever le secret médical, permettant ainsi une communication libre avec le médecin agréé :

« C'est quand même pas plus mal de pouvoir l'adresser, lui dire : ce patient, j'ai des doutes sur sa capacité à conduire, est-ce que tu peux me dire ce que tu en penses. » (Praticien n°4)

La levée du secret médical s'applique au Québec (30), pour les médecins qui ont alors la possibilité d'alerter les autorités requises en cas de suspicion de conduite dangereuse. En France, une divulgation d'informations au médecin agréé par un autre médecin est une violation du secret médical d'après le Code de la Santé Publique et est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (39). Le médecin généraliste ne dispose donc d'aucun moyen pour obliger un patient à consulter le médecin agréé. D'un autre côté, il risque la même peine s'il est jugé responsable d'avoir exposé directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessure d'après l'article 223-1 du Code Pénal (40). Une évolution de la loi est donc nécessaire.

Toutefois, les récits ont mis en évidence une crainte de dérive en cas d'application de la levée du secret médical (3/15) :

« Si le secret médical est dévoilé, alors les assurances et compagnie, vous allez voir ce que ça va donner après. » (Praticien n°3)
« C'est compliqué, parce que là, on ouvre la boîte de Pandore. Ça me paraît risqué, faire des décrets et des lois en matière de secret médical qui autorise à... qui délivre le médecin du secret médical, ça me paraît extrêmement risqué. » (Praticien n°8)

Cette méfiance des médecins généralistes se retrouvait déjà en 2003 (38) en réaction au rapport Domont (10) lorsque celui-ci a proposé une dérogation partielle du secret médical sous forme de

déclaration obligatoire du médecin à l'autorité préfectorale en cas de refus du patient à se soumettre à une visite médicale d'aptitude à la conduite.

3. Rendre les clés

a) Un rôle consultatif peu efficace

Les médecins interrogés se sentaient responsables de la conduite automobile de leurs patients (15/15), car ils déclaraient être en première ligne pour le dépistage. Ils décrivaient un rôle de conseil nécessitant parfois une forte insistance au fil des consultations (4/15) :

- « Oui, je pense, oui. Parce que c'est le premier, je pense, qui peut alerter, avec la famille, c'est le premier qui peut être conscient des difficultés que peut avoir la personne, donc oui, je pense qu'il a une part à jouer. »
(Praticien n°8)*
- « On va dire que quand ils veulent des avis ils viennent nous voir, et qu'on... je pense que l'on a vraiment un poids à jouer en donnant notre avis sur leur capacité de conduite. » (Praticien n°1)*
- « C'est essayer... voilà, essayer de les piquer un petit peu pour qu'ils finissent par réagir un jour ou l'autre. »
(Praticien n°12)*

Le Conseil de l'Ordre des Médecins (42) explique que le rôle du médecin généraliste est d'inciter le patient à réaliser le contrôle d'aptitude en lui indiquant où il peut se procurer la liste des médecins agréés. Le médecin a également un rôle d'information d'après la Loi Kouchner (28) en expliquant au patient les sanctions qu'il encourt s'il ne se soumet pas de son propre chef à cet examen alors qu'il a été informé de l'obligation de le faire (2 ans d'emprisonnement et 4 500 euros d'amende). Dans la continuité, la compagnie d'assurance du patient risque de ne pas couvrir l'utilisateur en cas d'accident, estimant qu'il y a eu une fausse déclaration. Dans tous les cas, le médecin doit attester des échanges et leurs dates dans le dossier médical à chaque fois qu'il en a informé le patient (8,42).

Cependant, les déclarations ont mis en évidence que les médecins doutaient de leur légitimité, se sentant peu efficaces, parfois même démunis (5/15) :

- « j'ai pas forcément le pouvoir de les empêcher de conduire. » (Praticien n°2)*
- « Je pense qu'on peut donner des conseils quoi, en disant... « je trouve que c'est pas très prudent que vous conduisiez » ou autre, mais... de là à donner des directives, je pense pas qu'on soit bien placé. » (Praticien n°12)*
- « On peut donner notre avis quoi, je pense que oui, mais après, est-ce que c'est suivi de fait ? C'est comme le fumeur ça, le fumeur, on lui dit « il faut arrêter de fumer », trois mois après, il fume encore. » (Praticien n°12)*
- « Tu peux leur dire « écoutez, vous allez finir en tôle, vous allez faire sauter vos points, ça va vous coûter une fortune, vous risquez de tuer quelqu'un ». Mais on peut que leur conseiller. » (Praticien n°7)*

D'ailleurs, moins de la moitié (5/15) a indiqué avoir été à l'origine de la prise de conscience de leur patient quant à la nécessité d'arrêter de conduire. Cependant, ce fait demeure très rare :

- « Quelquefois ils m'ont dit « j'ai réfléchi par rapport à ce que vous m'avez dit », mais c'est rare. » (Praticien n°10)*

Le reste savait que leurs patients conduisaient toujours malgré leurs conseils (4/15) ou n'avaient pas eu de retour (6/15).

Pourtant, la littérature prouve le contraire (22,31,41). En effet les patients sont attentifs aux conseils de leur médecin traitant et sont même plus réceptifs que lorsque l'information vient de leur entourage (31). Une étude canadienne (41) a démontré que les mises en garde des médecins généralistes à propos la conduite automobile avait réduit d'environ 45% le taux annuel de collisions pour 1000 patients.

Aucun des médecins interrogés n'a débranché la batterie, confisqué les clés ou appelé la préfecture en anonyme. Certains y sont même réfractaires (2/15) ayant l'impression de trahir leur patient :

« C'est toujours délicat d'aller faire ces démarches-là par rapport au patient qui nous fait confiance et qu'on a un peu l'impression de le trahir. » (Praticien n°1)

« On est habitué à donner la vérité au patient, on n'a pas l'habitude de dénoncer qui que ce soit. Donc moi, ça me choque un peu. Voilà. » (Praticien n°7)

b) Les autres acteurs

Les médecins de l'étude déclaraient (12/15) initialement dialoguer avec le patient afin de le raisonner et de lui faire comprendre les enjeux de l'arrêt. Parfois, le moyen pour y parvenir était d'évoquer le danger pour 3 d'entre eux, vis-à-vis de la sécurité des autres usagers de la route :

« Parce qu'à la limite eux(...) ils s'en foutent à partir d'un certain âge (rires). Mais voilà, leur faire comprendre qu'ils peuvent être un danger pour des enfants ou pour d'autres personnes. » (Praticien n°1)

« Ils sont pas très contents, mais quand on parle de sécurité et de sécurité des gens qui traversent la rue, ou des piétons, ou des autres automobilistes, ils comprennent assez bien quand même. » (Praticien n°8)

Ensuite, ils se permettaient de solliciter l'entourage si le patient n'était pas réceptif, voire s'il présentait des troubles cognitifs :

« si la personne a des capacités cognitives normales, je lui explique tout simplement. Si ses capacités sont altérées, je vois avec l'entourage comme je vous ai expliqué tout à l'heure, je fais téléphoner. Je leur dis de cacher les clés ou de... parce que c'est pas facile. » (Praticien n°14)

Cette étude nous montre que le médecin traitant tient une place prioritaire dans le processus d'arrêt de la conduite automobile chez ses patients âgés. En cas de difficulté, il peut également s'allier avec l'entourage. Ces résultats sont en adéquation avec la littérature (14,22,25,27,31). L'étude de Roche (22) a mis en avant que bien que la plupart des patients préféreraient recevoir le conseil d'arrêter la conduite par leurs proches, d'autres préféreraient que cet arrêt soit proposé par leur médecin. Cela suppose que l'alliance médecin-famille est nécessaire pour aboutir à la remise des clés de voiture par le patient.

Deux des médecins reconnaissaient la difficulté pour les familles de retirer les clés à leurs proches :

« Mais après, c'est la guerre à la maison avec les enfants, les petits-enfants, ça, c'est sûr. » (Praticien n°14)
Flottes (25) le précise dans son travail de thèse en mettant en évidence que la conduite automobile était un sujet tabou et souvent source de conflit au sein des familles.

D'ailleurs, certains se sont confiés à titre personnel sur leur vécu vis-à-vis d'un membre de leur famille, eux-mêmes s'étant senti démunis (3/15) :

« Quand je reviens pour ma mère, elle a déclenché un Alzheimer qui a plongé [...] J'ai pris les clés, ça a été...(silence). Parce qu'il y a que moi qui m'en occupais [...]c'était chaud et il y avait pas de personne sur qui s'appuyer » (Praticien n°15)

Les récits ont mis en évidence que les médecins généralistes qui sollicitaient un avis spécialiste étaient peu nombreux : neurologue (pour 4), ophtalmologue (pour 1), ORL (pour 2) et consultation mémoire (pour 2). La raison principale étant que les spécialistes n'abordaient pas la question :

« Je trouve d'ailleurs que c'est assez mal organisé, [...] ils font des séjours en MPR. Donc il me semble que ça serait logique qu'il y ait un test avant la sortie et on leur dit oui ou non plutôt que de laisser traîner les affaires. Parce qu'une fois que les gens sont rentrés, qu'ils ont repris de conduire, c'est compliqué. » (Praticien 8)

« Les ophtalmologues, [...] ils sont tellement surbookés que je pense pas qu'ils prennent le temps de discuter avec les gens. » (Praticien n°15)

Les études des Dr Durand et Menant (14,23) confirment cet état de fait ; cela s'expliquent également par le manque de formation des médecins spécialistes encore plus marqué que chez les médecins généralistes.

Quelques participants (4/15) avaient conseillé au patient ou à la famille de consulter la commission du permis de conduire. Deux d'entre eux étaient associés à un médecin généraliste aussi médecin agréé :

« On a la chance, [...], d'avoir un de nos confrères dans le cabinet médical qui fait les visites de permis de conduire. Donc on l'a adressé. » (Praticien n°11)

Dans un cas, la simple menace de consulter le médecin agréé a abouti à l'arrêt de conduite :

« J'en ai menacé certains de les envoyer, du coup, ils ont arrêté de conduire. » (Praticien n°8)

le Dr Menant (23) constatait via le récit des médecins agréés que peu de patients leur étaient adressés par le médecin traitant et que la consultation du permis de conduire représentait le dernier recours. La démarche de consulter le médecin agréé du permis de conduire paraît donc difficile, comme le démontre le Dr Bernard (8). Dans son étude, les médecins généralistes exprimaient clairement leurs gênes pour guider les patients en cas de contre-indications médicales absolues ou une inaptitude à la conduite.

Pour finir, le patient était parfois lui-même à l'initiative de l'arrêt de la conduite, bien que cette situation soit rare (3/15) :

« Ah oui, oui, il y a des gens qui renoncent d'eux-mêmes, oui, bien sûr. Parce qu'ils arrivent pas bien à se garer, parce qu'il y a plus de circulation ... » (Praticien n°3)

c) Un sujet délicat

Le sujet de la conduite automobile est apparu à travers les récits comme conflictuel par une réaction hostile des patients. Ces derniers exprimaient principalement de la colère ou du déni (14/15). Un médecin a même déclaré que deux de ses patients avaient changé de médecin traitant à la suite de son conseil d'arrêt de la conduite :

« Ils ne sont pas contents. C'est 'moi, je suis capable de conduire'. » Ils sont plutôt dans le déni, ou 'oh, si vous m'enlevez la voiture, je ne peux plus aller voir mes copains, je ne peux plus aller voir mes enfants, je ne peux plus aller faire mes courses, je suis isolé'. » (Praticien n°1)

« Oui, le plus souvent, ils aiment pas bien quand on leur dit ça, « vous pouvez plus prendre la voiture, parce que... », mais ils se disent qu'est-ce que je vais faire et qu'est-ce que je vais devenir en gros. » (Praticien n°5).

« Parce que quand je leur ai dit que c'était dangereux, ils se sont acheté une voiture sans permis et ils ont changé de médecin. » (Praticien n°11)

Cela se retrouve dans la littérature (14,22) dans laquelle les patients, bien que présentant des affections pouvant compromettre la conduite, déclaraient ne pas avoir de problèmes de conduite. Si on leur disait de ne plus conduire, ils acceptaient l'arrêt de la conduite en général comme une « fatalité », évoquant un deuil. Ainsi, les stratégies d'autorégulation de la conduite, bien que souvent positives, servent principalement à repousser l'arrêt de la conduite (26). De plus, la littérature (31) montre que les aînés craignent souvent de s'imposer aux autres ou de leur être redevables.

Les médecins interrogés comprenaient néanmoins ces réactions (7/15) :

« C'est quand même tout de suite très agressif, parce que c'est leur indépendance. » (Praticien n°10)

Ces réactions illustrent bien la représentation de la conduite automobile dans notre société (35,43). En effet, il ressort de la littérature que « l'automobile s'est constituée en symbole, voire en fétiche de l'indépendance » et que « la capacité à conduire reste dans l'imaginaire de chacun un gage de puissance et d'autonomie » (35).

d) Les alternatives possibles

Les récits ont mis en évidence que peu de médecins connaissaient l'existence du permis restrictif (3/15). Après des explications données, quasiment la totalité (14/15) y était favorable, l'identifiant comme un bon compromis :

« Bah c'est peut-être un bon compromis. C'est un compromis entre le risque de tuer un enfant qui traverse, et puis le risque d'enfermement de la personne qui perd son autonomie. Pourquoi pas ? » (Praticien n°2)

Un seul médecin ne voyait pas de compromis possible :

« Non, je pense pas. Soit on les interdits de conduire, soit... pas c'est pas possible. » (Praticien n°12)

Mais, certains médecins (4/15) mettaient des réserves sur la mise en pratique du permis restrictif :

« Que c'est une bonne chose, mais c'est difficile après, je pense, de le contrôler surtout ça. » (Praticien n°15)

« Bah après, dans l'idée, oui, les limiter pour les sorties scolaires, pour l'autoroute ou des trucs comme ça, pourquoi pas, oui. Après, je sais pas si c'est bien entendu et bien compris par des patients. » (Praticien n°13),

« Putain, mais là, c'est vachement compliqué. C'est comme l'ouverture de la pêche, tu dois pêcher une demi-heure avant le lever du soleil jusqu'à une demi-heure après le coucher du soleil. » (Praticien n°7)

Cette solution semblait notamment difficilement applicable pour les troubles cognitifs.

« Chez les personnes âgées, quand on envisage... qu'ils ne conduisent plus, c'est souvent, la plupart du temps, lié à des problèmes cognitifs, donc des troubles de mémoire. Donc je vois pas très bien comment on va faire mémoriser à quelqu'un qui n'a pas le droit de prendre une voie rapide ou... ça me paraît difficile. » (Praticien n°8)

Les autres alternatives évoquées ont reçu des avis plus partagés. La plupart des participants (10/15) étaient favorables à la mise en place de leçons de remise à niveau en auto-école :

« Des formations, etc., donc pourquoi de temps en temps il n'y aurait pas une remise à niveau. Surtout pour les panneaux ! » (Praticien n°7)

« Parce que ça a évolué aussi en plus en cinquante ans qu'ils doivent avoir le permis, ça a changé quoi un petit peu. » (Praticien n°5)

Cependant un des médecins imaginait ses patients mal prendre cette remise à niveau :

« Je pense qu'il y a des personnes âgées qui le prendraient mal quand... voilà, des gens qui ont conduit pendant soixante-dix ans et que là, on leur dit « allez, on va te réévaluer. » (Praticien n°2)

Certains évoquaient les capacités d'apprentissage diminuées des personnes âgées ainsi que leur peur de se faire juger, voire dénoncer par les moniteurs d'auto-école auprès de la préfecture.

« J'y crois pas trop, parce que les capacités d'apprentissage, à ces âges-là paraissent très limitées. Donc je pense que ça rassure faussement. Ça rassure les personnes, ça rassure la famille, mais je suis pas sûr que ça soit très performant. » (Praticien n°8)

« Parce qu'ils vont avoir l'appréhension d'être jugés si manifestement ils sont pas bons. Le moniteur d'auto-école va peut-être lui, sans trop d'états d'âme, les dénoncer à l'administration pour leur dire que ce patient, que ce conducteur n'est plus en état de conduire, etc... » (Praticien n°6)

Par rapport aux voitures autonomes, les avis étaient partagés entre une sécurité supplémentaire par les gadgets (9/15) et des dispositifs inadaptés à cette génération et complexes à prendre en main (6/15).

« Si, ça peut faire un petit complément. Les voitures qui sonnent quand on s'attrape trop près d'un mur ou quelque chose comme ça, ça peut être un complément, effectivement. » (Praticien n°12)

« Ouais, alors, c'est marrant, parce que je vois pas ça conduit par une personne âgée, parce que comme il y a un peu d'électronique, j'ai peur qu'ils comprennent pas. » (Praticien n°2)

La difficulté de prise en main, d'autant plus importante que la personne était âgée, a été abordée (3/15) :

« Les nouveaux gens âgés, mais là, les petits vieux, pour l'instant, ils savent pas. Ils ont des petites voitures, enfin ils ont pas des grosses. Ils passent leurs vitesses, ils ont gardé les trucs anciens. Mais bien sûr que ça pourrait être un moyen, mais je pense, les gens plus jeunes qui vont vieillir. » (Praticien n°3)

Certains (4/15) assuraient que les voitures autonomes ne pouvaient être une solution pour tout le monde et que cela dépendait de leur état :

« Mais honnêtement, si la personne est inapte à conduire, je pense pas que ça soit une boîte automatique ou... qui change quelque chose. » (Praticien n°9)

Toutefois, tous s'accordaient à dire que les voitures complètement autonomes seraient l'avenir :

« La voiture sans chauffeur bientôt, vous allez pouvoir conduire sans avoir à tenir le volant ou a... oui, je pense que ça sera des aides intéressantes, oui, pour les patients. » (praticien n°6)

« Mais autonome... oui, carrément, autonome, sans conducteur, les nouvelles générations ? Oui, bah oui, ça pourrait être une solution. » (Praticien n°10)

Quelques praticiens ont évoqué les transports en commun (pour 3) et les trains (pour 3) comme solutions alternatives. Par contre, une praticienne les décrivait inadaptés aux personnes âgées :

« Je peux vous dire que les transports en commun, même en plein centre-ville, même à Lyon, c'est pas du tout adapté pour des personnes âgées. [...] j'ai une dame de 93 ans qui m'a dit qu'elle pouvait plus sortir de chez elle, enfin elle était obligée de prendre sa voiture pour sortir de chez elle et aller voir ses petits-enfants, parce qu'il n'y avait plus de porteurs dans les gares. Donc elle peut pas prendre le train, parce qu'elle peut pas porter sa valise. » (Praticien n°11)

L'avis de cette praticienne concordait avec les résultats de l'étude de Roche (22) ayant mis en avant que la plupart des personnes âgées n'empruntaient pas les transports en commun ni le train par peur du monde et peur de tomber. Les avis sur la limitation aux trajets habituels étaient discordants :

certaines médecins assuraient que cela sécurisait la conduite (5/15) :

« Alors, quand elles (les personnes âgées) font par exemple toujours le même parcours, elles arrivent à peu près à se débrouiller, quand après il faut chercher à droite, à gauche le chemin, » (Praticien n°5)
« C'est effectivement de garder la voiture que pour les petits trajets, sur les endroits qu'ils connaissent bien et de pas s'aventurer dans un endroit qu'ils connaissent pas, où ils sont obligés de chercher les panneaux, et à ce moment-là, ils perdent leur attention » « Praticien n°11),

Au contraire, d'autres médecins déclaraient que les trajets habituels représentaient un sur-risque accidentogène (2/15) :

« Ils ont un petit peu cette habitude, alors, il faut qu'ils fassent attention, parce qu'avec les habitudes, on laisse passer des choses » (Praticien n°5)
« Je vais devoir leur rappeler que la majorité des accidents, c'est sur un parcours qu'on connaît, parce que justement, on est trop confiant » (Praticien n°10)

Cependant, les études (23–25,31) précisait que les trajets connus des personnes âgées étaient des facteurs de conduite sécurisée et que c'était souvent en cas de perturbations des conditions habituelles de conduite que survenaient les accidents.

Enfin, d'autres solutions alternatives ont été proposées : navettes pour personnes âgées (pour 3), copilote par les conjoints (pour 1), covoiturage par la famille dont les conjoints (pour 1) ou par les aides ménagères (pour 2), stationnement facilité par la possession de la carte handicapée (pour 1), taxis mais onéreux (pour 1), voire même déménagement en ville à proximité des commerces (pour 1) :

« Même des fois, ça arrive, on leur dit « si ça va pas mieux, vous seriez mieux dans un appartement en ville. Vous pourriez aller à pied chercher le pain et tout ça. » (Praticien n°5)

Quelques médecins interrogés (3/15) ont évoqué le problème générationnel où les femmes n'ont pas appris à conduire, devenant alors un problème lorsque le conjoint n'est plus en état de conduire :

« Je vois ici, il y a quand même... euh... des hommes qui ne peuvent plus conduire et dont les femmes ne conduisent pas. Avant, c'est vrai que les femmes ne conduisaient pas aussi... autant que les... que les hommes... que les femmes d'aujourd'hui et c'est vrai que ça peut être un problème, surtout quand c'est un peu isolé. » (Praticien n°13)

Pour conclure, la moitié des médecins interrogés (6/15) ont émis des réserves sur la capacité au changement des personnes âgées, attachées à leurs habitudes :

« Je sais pas, c'est une tranche d'âge qui n'est pas bien à même de changer des habitudes, des façons de conduire qui sont installées depuis plus de cinquante ans » (Praticien n°4)

« La conduite automobile pour ces personnes-là, qui se déplacent peu à pied parfois, ou en vélo, ou avec d'autres moyens de transport, en milieu semi-rural, l'automobile reste un élément essentiel très important de leur vie sociale et leur vie. » (Praticien n°6)

Les changements d'habitudes sont également évoqués dans la littérature (14,23,27). Au cours des entretiens, les médecins généralistes étaient enthousiastes face à la solution du permis restreint. Ce dispositif est encore méconnu car introduit en France depuis 2014. Cependant, le plus souvent, ce permis restreint est incompatible avec certaines déficiences comme les démences.

Certains médecins généralistes vont également dans ce sens en constatant que le permis restrictif ne peut pas être généralisé. Pourtant ce dispositif présent dans d'autres pays depuis plus longtemps a prouvé son efficacité avec une diminution significative du taux d'accidents mortels des personnes âgées. Quelques médecins de l'étude s'interrogeaient sur le contrôle de ces restrictions pour les usagers. Au Québec (44), un non-respect des conditions autorisées sur le permis restreint est considéré comme une conduite sans permis et induit pour le conducteur une amende allant de 300\$ à 600\$.

e) Une différence de prise en compte en fonction du lieu d'habitation

Les médecins interrogés en majorité (10/15) ont déclaré être plus indulgents sur l'interruption de la conduite face à un patient isolé. La majorité était en milieu urbain (6/15) dont 5 d'entre eux pensaient que c'était d'autant plus difficile à la campagne. Ils déclaraient également que l'emplacement en milieu urbain leur permettait d'aborder les changements d'habitudes plus facilement :

« Je pense des gens qui habitent au centre de Firminy, qui est l'agglomération la plus importante, ils peuvent tout à fait marcher pour aller faire leurs courses, ils sont en plein centre, ils sont en prise directe avec les commerces et tout, ça. Ça peut être un élément pour les décider plus facilement à ne plus prendre leur voiture. » (Praticien n°6)

Les médecins ruraux étaient moins nombreux à le penser (4/15) car évoquaient une solution à tout :

« Finalement les gens trouvent toujours une solution. Ils n'ont pas d'excuse. » (Praticien n°12)

En effet, certains d'entre eux ont expliqué qu'il existait déjà un système de transport solidaire sous forme de navettes dédiées aux personnes âgées au sein de leur commune (2/15) :

« Alors, transport solidaire, c'est... normalement sous condition de ressources, donc c'est pour les gens qui sont non imposables. Le Secours Catholique qui a fait ça au départ. C'est des bénévoles qui sont de permanence, ils sont deux chaque semaine pour assurer les transports des personnes qui peuvent pas se déplacer, donc particulièrement les personnes âgées pour les emmener à leur consultation médicale, chez le coiffeur, faire des courses. » (Praticien n°11)

Enfin, les autres médecins déclaraient que le lieu d'habitation ne changeait en rien leur façon de procéder (5/15) :

« Parce que soit on est capable de conduire soit on n'est pas capable. Je veux dire, c'est pas parce qu'on habite à la campagne que... si t'es aveugle, t'es aveugle » (Praticien n°7)

Les médecins et les proches prenaient également en considération le lieu d'habitation dans les études (14,22,23). Toutefois, aucune différence dans la littérature n'a été retrouvée entre les médecins issus du milieu rural moins indulgents sur l'arrêt de conduire que les médecins urbains par rapport au lieu d'habitation.

4. Concernant le projet de loi en cours

a) Un avis favorable pour la mise en place d'une visite systématique, mais avec certaines réserves

Le projet de Loi du 3 octobre 2017 (12) s'argumente par rapport à l'augmentation de la population vieillissante et des accidents qui en découlent. Cela a été très médiatisé comme le confirme le discours des médecins interrogés car ils en avaient été informés via les médias tels que les journaux télévisés et radiophoniques, la presse écrite et internet (11/15). L'ensemble des médecins interrogés se déclaraient favorables à l'instauration de cette loi, permettant ainsi de renforcer le contrôle :

« Je pense que c'est toujours un verrou en plus. Enfin, un verrou, une sécurité en plus pour évaluer les choses. » (Praticien n°9)

« Comme pour les voitures, les contrôles techniques des voitures, faire un contrôle technique des gens. » (Praticien n°11)

Certains y voient une solution pour s'affranchir d'un conflit avec leurs patients (3/15) :

« Nous, ça nous dégage quelque part un petit peu du conflit que ça peut nous présenter avec nos patient. » (Praticien n°7)

Toutefois, les médecins interrogés ont émis des réserves par crainte d'une stigmatisation des personnes âgées (8/15) ou d'une évaluation non objective voire médiocre (4/15).

« Après, j'aurais mes petits vieux qui vont dire 'mais pourquoi on teste pas non plus chez les petits jeunes avec le chichon, le machin et le truc ?' » (Praticien n°3)

« Il faudra la nuancer pour éviter que des personnes âgées se retrouvent privées de permis alors qu'ils l'auraient jamais été au préalable, sur des motifs qui sont pas toujours... voilà. » (Praticien n°6)

« Eh bien ça risque de faire visites médicales à la chaîne, « bonjour madame, comment allez-vous ? », on met un tampon et au revoir. » (Praticien n°11)

C'est ce que défend la Loi du 3 octobre 2017 précisant qu'il ne s'agit pas de stigmatiser les personnes âgées mais « d'instaurer un contrôle rapide et bienveillant avec l'âge, pour garantir leur propre sécurité et celle des autres conducteurs » (12). Ce risque de stigmatisation se retrouve dans la

littérature (14,22,45). Cet élément s'intégrait également dans les raisons de refus du dernier projet de loi refusé en 2013 (28).

Les personnes âgées interrogées dans l'étude de Roche (22) ont également émis des réserves semblables. En effet, elles déclaraient être d'accord pour laisser les clés mais à condition que cela se fasse dans un cadre légal avec possibilités d'adaptation.

Certains médecins interrogés émettaient un doute sur la mise en application car jugée impopulaire (2/15) :

« En France, il y a un mot qui est désagréable aux yeux, aux oreilles de tout le monde, c'est 'imposer'. Voilà, on aura des gilets... bleus à pois jaunes dans la rue, peut-être. » (Praticien n°5)
« C'est typiquement le genre de décision qui va être très impopulaire. La majorité des français est retraitée, (...) donc celui qui va pondre cette loi... voilà, il peut faire une croix sur sa réélection. » (Praticien n°8)

Pourtant le sondage mené par l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) en 2013 (45) a stipulé que 77% de la population interrogée étaient favorables à la mise en place d'une visite médicale d'aptitude chez les seniors. Des travaux de thèse vont également dans ce sens (22,25,27).

Enfin, d'autres médecins interrogés craignaient l'impact sur leur pratique notamment sur leur nombre de visites à domicile risquant d'augmenter en cas de retrait de permis (2/15) :

« Je compte déjà une petite dizaine de patients où je suis obligé d'aller les voir à domicile ... on peut pas aller voir toutes les personnes âgées en visite à domicile. » (Praticien n°9)
« Même moi, je serais obligé de faire des visites à domicile que je fais pas. Et vous savez bien que ça prend du temps. » (Praticien n°10)

Quelques médecins ont alors suggéré une généralisation de cette loi à tout âge afin de pallier ce risque de discrimination liée à l'âge (4/15) :

« Il faut s'y attaquer dès l'âge de 18 ans et pour toute la population. Et pas forcément stigmatiser une partie de la population, parce qu'évidemment, dans les gros titres, c'est toujours le papy de 85 ans qui a pris l'autoroute à l'envers et qui a tué une famille. On est d'accord que ça devrait pas arriver, mais le nombre de jeunes bourrés qui ont aussi pris l'autoroute à l'envers. » (Praticien n°14)

Au sein des discussions de la loi refusée en 2013 (28), quelques médecins proposaient alors une généralisation à tout âge de cette visite médicale comme c'est déjà le cas dans certains pays d'Europe telle la Belgique (6). Cela se justifie face à une évolution du code de la route depuis 50 ans alors qu'aucune remise à niveau n'est requise pour les personnes titulaires du permis (1). Pourtant, la population déclare être favorable à une révision régulière du code de la route quel que soit l'âge (45).

b) Une divergence sur l'organisation de cette visite

Les médecins interrogés préconisaient une fréquence tous les 5 ans à partir de 70 ans, soit en accord avec le projet de loi actuel (12/15). Les autres médecins préconisaient cette visite à tout âge dont un proposait une récurrence de 5 ans et les deux autres, de 10 ans.

Les avis sur l'organisation de cette visite médicale d'aptitude à la conduite étaient divers : pour la moitié des participants (7/15), ces visites médicales devraient être assurées par le médecin agréé :

« Ce sont eux les spécialistes. » (Praticien n°12)

D'autres imaginaient une évaluation mixte par une collaboration conjointe entre le médecin agréé procédant à l'évaluation médicale et le moniteur d'auto-école jugeant le comportement automobiliste (4/15) ou alors une évaluation sur le terrain exclusivement par le moniteur d'auto-école (2/15) :

« Idéalement, il faudrait faire conduire les gens. Que ça soit fait en situation. Des gens dont c'est le métier ... je pense qu'il faut voir comment se conduisent les gens en situation. Je suis même pas sûr que les médecins agréés soient les mieux placés, je crois qu'il faut mettre la personne, je sais pas, à partir de 75 ans, dans une bagnole avec un... un examinateur, et on voit comment ça se passe. » (Praticien n°8)

« Quand on vous demande si vous êtes capable de... je sais pas moi, de faire du vélo, c'est pas le certificat médical qui vous donne si vous êtes capable de faire du vélo, c'est de voir si vous tenez en équilibre sur le vélo. » (Praticien n°11)

Les autres moyens d'évaluation d'aptitude à la conduite, notamment l'évaluation pratique au volant, ont fait l'objet de plusieurs études. A l'heure actuelle, les auto-écoles proposent des leçons de remise à niveau pour tout âge et peuvent également être sollicitées par le médecin agréé pour faire une évaluation de conduite (46). Toutefois, la littérature (24) démontre que cette méthode d'évaluation seule ne permet pas à l'heure actuelle d'obtenir une exploration suffisamment complète de l'ensemble des situations de la route. Ainsi certaines situations accidentogènes sont difficilement reproductibles et ne sont testées que les situations standards d'un trafic normal non perturbé. Or c'est souvent en cas de modifications des conditions habituelles de conduite que surviennent les accidents.

C'est pourquoi d'autres études (17) ont expérimenté la conduite via un simulateur de conduite enregistrant un crash. Ce test s'est avéré peu fiable car l'échec augmentait la probabilité de démences, mais ne prédisait en rien un risque accidentogène (24). De plus ces tests s'avèrent être très onéreux et chronophages donc non compatibles dans une consultation de dépistage de médecine générale.

Les autres (2/15) imaginaient une visite médicale pluridisciplinaire associant au moins deux médecins de spécialités différentes : neurologue, ophtalmologue, médecins agréés...

Enfin, lorsque certains médecins (3/15) suggéraient que le médecin traitant assure un rôle, ils précisaient que ce dernier devait avoir un rôle uniquement de dépistage.

« Ah pour l'interdire, peut-être qu'il faudrait quelqu'un d'autre, non, pour l'interdire. Quelqu'un d'extérieur. Moi, je voyais plutôt en dépistage et si ça remplissait pas un certain critère, dans ces cas-là, on prendra l'avis du médecin-conseil, du médecin agréé. (...) Après, il y a des médecins experts pour interdire, mais pour dépister, ça me paraît bien que ce soit nous. » (Praticien n°13)

La question financière autour de cette visite n'a pas été explorée. Toutefois, un médecin l'a évoquée spontanément, suggérant que la rémunération soit assurée par le patient lui-même :

« Moi, je pense c'est le patient. Je ne vois pas pourquoi ça serait l'État. » (Praticien n°3)

La question financière se retrouve également dans la thèse de Durand (14) dans laquelle les médecins généralistes s'interrogeaient déjà sur le type de rémunération de ces visites médicales en 2010. Dans cette étude, la majorité des médecins généralistes imaginait cette visite assurée par les médecins agréés tous les 5 ans. Les médecins agréés eux-mêmes pensent cela aussi (23).

c) Si le médecin généraliste devait en être l'acteur

Dans l'hypothèse où cette visite devait être assurée par les médecins généralistes, la majorité des médecins interrogés déclarait ne pas y être favorable en tant que médecin traitant (10/15).

La raison principale était le risque de non objectivité via le lien de confiance (9/15).

« Bah parce que, peut-être qu'il peut y avoir un biais qu'on connaît bien, qu'on est en empathie avec lui et que du coup, on va peut-être pas forcément être objectif dans un sens ou dans l'autre. » (Praticien n°2)
« Et puis en plus, nous, comme on connaît nos patients, on va avoir peut-être tendance à être un peu dans l'affectif et se dire que ça m'embête. » (Praticien n°9)

La deuxième raison était le manque de temps souvent associé à une surcharge de travail (7/15).

« Les médecins généralistes sont juste un peu plus nombreux que les médecins agréés pour la conduite automobile et ils travaillent pas beaucoup, tout le monde le sait, donc ils auraient bien le temps de faire ça en plus. Mais peut-être de, 3h à 5h du matin, c'est réalisable. » (Praticien n°5)
« J'exigerai du temps, mais du temps, je l'ai pas. Clairement. » (Praticien n°8)
« À un moment, il faut arrêter de nous en demander de plus en plus. Et je me demande si c'est pas le rôle de l'État, à un moment, de trouver un moyen d'explorer la capacité à conduire des gens. » (Praticien n°8)
« Parce qu'on n'arrive pas à tout faire, c'est surtout ça le problème. Notre souci à nous, en tant que généraliste, c'est ça en fait. » (Praticien n°5)

La peur de la responsabilité et des représailles sur le plan légal était également évoquée (2/15) :

« Parce que, je veux dire, la responsabilité, après... on accorde l'autorisation de conduire à notre patient parce qu'on considère qu'il est encore en capacité de le faire. Et puis, il va aller créer un accident mortel, les assurances, tout ça, elles vont remonter où ? Elles vont remonter sur le généraliste qui a donné l'autorisation. On va être dans des situations intenable, on va être sans arrêt sur la sellette. » (Praticien n°6)

Enfin, le rôle du médecin traitant était qualifié de soutien auprès de son patient, allant à l'encontre du rôle répressif au sein de ces visites (3/15) :

« Quelque part, on est là pour protéger un peu nos patients, on n'est pas là pour les priver d'autonomie, etc., donc moi, j'aimerais bien que quelqu'un prenne ma décision à ma place. » (Praticien n°7)
« Parce qu'on peut pas être à la fois le soignant et le décideur. » (Praticien n°3)

Ces résultats sont conformes avec la littérature mettant en avant le conflit d'intérêt autour du médecin traitant, devant être bienveillant et agissant dans l'intérêt du patient (14,30,38). En Suisse, c'est à lui de signer le certificat d'aptitude à la conduite car il est celui qui connaît le mieux le patient (38). Par

contre, sa relation étroite avec patient fait qu'il a souvent du mal à refuser de signer le certificat d'aptitude. En France, les patients n'imaginent pas une visite médicale d'aptitude à la conduite réalisée par une autre personne que leur propre médecin traitant car c'est la personne qui les connaît le mieux (22).

Il existe cependant un risque de rupture de la relation médecin-patient mis en évidence dans la littérature. En effet, Reidelmeier (41) a démontré que les avertissements des médecins à leur patient à propos de leur conduite étaient associés à une diminution du nombre de consultations ultérieures, suggérant que les patients consultaient moins leur médecin traitant par perte de confiance.

Par contre, les médecins généralistes (12/15) se déclaraient favorables pour réaliser ces visites en tant que médecin « extérieur » à la patientèle afin d'être dans une situation plus neutre, et ce même si certains évoquent le fait de ne pas pouvoir procéder à une évaluation sans connaître les personnes :

« Mais je pense que quelqu'un d'extérieur, ça serait peut-être plus intéressant, (...) peut-être avoir un avis plus objectif ou extérieur et peut-être avoir moins de relationnel proche... » (Praticien n°1)
« Je vais surtout pas donner une aptitude à la conduite de quelqu'un que je ne connais pas. Pour moi, c'est complètement idiot. » (Praticien n°11)

Cependant, il existe un risque de dissimulation des informations par le patient comme c'est actuellement le cas envers les médecins agréés (23). Ces derniers sont donc parfois amenés à prendre des décisions en se basant sur des éléments cliniques et sur le bon vouloir du patient (23).

Dans l'hypothèse de la mise en place de ces visites médicales assurées par les médecins généralistes, une consultation dédiée semble privilégiée par les acteurs à l'unanimité:

« Après, je pense qu'il faut que ça soit sur une consultation dédiée, il faut pas que ça soit en même temps que le renouvellement d'ordonnance, que le patient nous amène en plus son certificat pour la conduite. » (Praticien n°9)
« Ça serait quand même bien que ça soit une consultation qui soit dédiée à ça et que ça soit pas une consultation lors d'un renouvellement d'ordonnance ou « allo, docteur, vous pouvez me signer ça. » (Praticien n°14)

Néanmoins, ils l'envisagent sous réserve d'une compensation financière sur les arguments d'une consultation longue (pour 11) et d'une consultation classée de spécialiste comme le médecin agréé (pour 3).

« Eh bien, une rémunération je dirais adéquate, parce que je pense que ça sera pas en quinze minutes qu'on pourra faire un test de vue correcte. Un test de vue, un test de marche... » (Praticien n°15)
« Bah forcément, la consultation sera plus longue hein. Si vous faites... vous testez les yeux, les oreilles... les fonctions cognitives et... c'est forcément un peu plus long. Ah bah, comme les médecins agréés, ils sont indemnisés un petit peu plus, je sais plus combien c'est, mais. » (Praticien n°3)

Une demande de formation adéquate était également sollicitée (11/15) ou le cas échéant avoir une trame d'un protocole précis car déclarant maîtriser les tests de base (1/15):

« Je pense qu'il faudrait une formation, parce que sinon, je serais bien incapable de dire si le patient, enfin, sauf si vraiment il y a une pathologie évidente qui fait qu'il est inapte. » (Praticien n°9)

« Un médecin, c'est un médecin, il est capable de faire un examen cognitif, un examen neurologique, un examen visuel, auditif de son patient (...). » (Praticien n°14)

Des résultats similaires ont été retrouvés dans l'étude du Dr Durand (14) selon laquelle, déjà en 2010, les médecins généralistes souhaitaient en contrepartie une rémunération et une formation adéquate pour exercer ces visites jugées spécifiques et requérant du temps.

5. Forces et limites de l'étude

Le choix de l'étude sous la forme qualitative était le plus adapté pour décrire, analyser et comprendre l'avis et les expériences des médecins généralistes, leur laissant une grande liberté de parole. Les 15 entretiens ont été riches en contenu. De plus, la répartition équitable au niveau du genre, de l'âge et du lieu d'exercice rural/urbain a permis d'élaborer un échantillon représentatif au sein du département de la Loire. Les entretiens ont tous eu lieu dans le cabinet du médecin généraliste, laissant l'enquêtrice et le médecin seuls, ce qui a favorisé la confidentialité. Les entretiens et l'analyse ont été réalisés par une seule et même personne, ce qui a permis d'homogénéiser les entretiens.

Aucun des participants n'a semblé être dérangé par l'enregistrement via le dictaphone posé sur la table entre l'enquêtrice et l'interrogé.

Les entretiens ont eu lieu pendant la période hivernale, soit une période où les médecins généralistes sont habituellement surchargés en travail à cause des épidémies. Pourtant, le recrutement des médecins a été effectué sans difficulté avec un faible taux de refus (3) par manque de temps ainsi que de non réponse (7). La problématique de la conduite automobile intéressait fortement les médecins interrogés, qu'ils aient ou non une part importante de personnes âgées au sein de leur patientèle. La saturation des données, c'est-à-dire, lorsqu'il n'y a plus de nouvelles données lors des entretiens, est survenue au onzième entretien et renforcée avec 4 entretiens supplémentaires.

IV) CONCLUSION

Le désir d'indépendance et d'autonomie des personnes âgées se manifeste, entre autres, par la volonté de conduire le plus longtemps possible et constitue un signe de vieillissement réussi.

Cette étude qualitative a mis en évidence, d'après les expériences de pratiques, un avis favorable pour effectuer une visite médicale d'aptitude à la conduite des conducteurs âgés dans le cadre de leurs exercices. Ils ont émis cependant une restriction : ne pas être le médecin traitant de l'utilisateur évalué. En effet, être le médecin traitant risque de mettre en conflit le rôle de bienveillance vis-à-vis d'un patient et le rôle d'évaluateur sanctionnant assujéti à la loi. Le secret médical auquel le médecin généraliste est soumis gêne le dialogue avec le médecin agréé. Le médecin traitant ne peut pas actuellement signaler un patient dont la conduite est risquée, néanmoins il peut être responsable sur le plan pénal d'un risque mortel ou de blessure en cas d'accident de la route. En ce sens, une évolution législative semble nécessaire.

D'autre part, cette étude met en évidence un manque important de connaissance et de formation du médecin généraliste au sujet de la conduite automobile, tant dans le dépistage des inaptitudes de son patient que sur la législation qui l'encadre. Cette méconnaissance engendre une pratique hétérogène en consultation de Médecine Générale. Il apparaît nécessaire de sensibiliser et de former les médecins généralistes afin qu'ils suivent un même protocole de dépistage et de prise en charge en cas de vulnérabilité.

Une étude sur le type et la mise en place de transports alternatifs adaptés aux personnes âgées en cas de promulgation de la nouvelle législation semblerait intéressante. Cette étude permettrait d'étudier des solutions adaptées permettant de mieux accompagner cette population vieillissante dans l'objectif de favoriser la « liberté » et l'autonomie de la personne.

V) BIBLIOGRAPHIE

1. Historique du permis de conduire - LegiPermis [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legipermis.com/legislation/historique-permis-conduire.html>
2. INSEE. Évolution de la population – Bilan démographique 2018 [Internet]. 2019 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
3. INSEE. Pyramide des âges: projections de population 2070 [Internet]. 2019 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2524484>
4. Bigot R., Croutte P., Müller J. Evolution des conditions de vie et des aspirations des séniors en France depuis 30 ans. CREDOC-Cahier de recherche. CREDOC-Cahier de recherche. Décembre 2013;
5. Observatoire national interministériel de la sécurité routière. Bilan 2018 de la sécurité routière | [Internet]. 2019 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.onisr.securite-routiere.interieur.gouv.fr/contenus/etat-de-l-insecurite-routiere/bilans-annuels-de-la-securite-routiere/bilan-2018-de-la-securite-routiere>
6. Service des affaires européennes. LE CONTROLE DE L'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE DES CONDUCTEURS DE VEHICULES AUTOMOBILES [Internet]. 1999 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/lc/lc51/lc51.html#toc0>
7. Permis de conduire [Internet]. [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N530>
8. Bernard R, Charles R, Bonnefond H. Aptitude à la conduite automobile : la responsabilité du généraliste. Médecine. 1 déc 2017;13(10):454-61.
9. Perben D., Bertrand X. Arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.
10. Domont A. Rapport du groupe de travail relatif aux contre-indications médicales à la conduite automobile. Comité Interministériel de Sécurité Routière; 2003 mars p. 97.
11. LCI info. Retour du débat sur un âge limite au volant : quelles législations dans nos pays voisins ? [Internet]. LCI. 2018 [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <https://www.lci.fr/social/retour-du-debat-sur-un-age-limite-au-volant-queelles-legislations-dans-nos-pays-voisins-2103416.html>
12. Duby-Muller V. Proposition de loi visant à mettre en place une visite médicale de contrôle à la conduite systématique pour les conducteurs de soixante-dix ans et plus [Internet]. oct 3, 2017. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/propositions/pion0255.asp>
13. Zaghdoudi S., Bismuth S., Voisin T. Evaluation du conseil de l'arrêt de la conduite chez les patients atteints de troubles cognitifs par les médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. [Thèse d'exercice]. Toulouse; 2017.

14. Durand C, Blanc P. L'évaluation de la conduite automobile des patients de 75 ans et plus: connaissances, pratiques et attentes des medecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Tours]: Francois-Rabelais; 2010.
15. OMS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. 2016 [cité 2 août 2019]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
16. Code de la route - Article R211-2. Code de la route 2014.
17. Lafont S. Les recherches sur le vieillissement et la conduite automobile : une approche pluridisciplinaire. [Habilitation à diriger des recherches]. Claude Bernard Lyon 1; 2017.
18. Renard G. SIGNAL SENIOR - Le disque de prévention pour nos aînés [Internet]. 2011 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <http://www.signalsenior.com>
19. Henriksson P, Levin L, Willstrand T, Peters B. Challenging situations, self-reported driving habits and capacity among older drivers (70+) in Sweden. A questionnaire study. 2014 [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:715195/FULLTEXT01.pdf>
20. Marin-Lamellet C, Paire-Ficout L, Lafont S, Amieva H, Laurent B, Thomas-Antérion C, et al. Mise en place d'un outil d'évaluation des déficits attentionnels affectant les capacités de conduite au cours du vieillissement normal et pathologique : l'étude SÉROVIE. Recherche-Transports-Sécurité. 2003 ; 81.
21. Ball K, Owsley C, Stalvey B, Roenker DL, Sloane ME, Graves M. Driving avoidance and functional impairment in older drivers. *Accid Anal Prev* 30 313-322. 1998;
22. Roche R. Automobilistes âgés: sont-ils prêts à rendre les clés? Vécu et opinion des conducteurs âgés sur leur conduite et sa limitation. Quel rôle donnent-ils à leurs médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. Nice - Sophia Antopolis; 2018.
23. Menant N. Conduite Automobile et Sujet Âgé : un virage vers une visite médicale obligatoire ? Représentations, avis et attentes des médecins agréés permis de conduire. Étude qualitative. [Thèse d'exercice]. Saint-Etienne; 2019.
24. DURIEUX S., Béné M-C, Braun M. La conduite automobile chez les personnes âgées. [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Henri poincaré; 2010.
25. Flottes A. Vécu, attitudes et représentations des proches de personnes conduisant ou ayant conduit après l'âge de quatre-vingts ans [Thèse d'exercice]. Lyon Sud; 2015.
26. Flottes A., Dupraz C. Enquête d'opinion auprès de la population sénior: Aptitude à la conduite automobile et rôle du médecin généraliste [Internet] [Mémoire d'initiation à la recherche]. Lyon Sud; 2014 [cité 14 août 2019]. Disponible sur: http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/FLOTTES_Audrey.pdf
27. De Lentaingne de Logivière X. Contrôle d'aptitude médicale à la conduite des conducteurs de véhicules légers non professionnels au sein de l'Union Européenne et rôle du médecin généraliste en son sein [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2013.
28. Détraigne Y. Proposition de loi visant à instituer une évaluation médicale à la conduite pour les conducteurs de 70 ans et plus [Internet]. juin, 2013. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/112-637/112-637_mono.html#toc68

29. Direction générale de la santé, Sécurité routière. Pour une conduite adaptée à sa santé. Médecins: quel est votre rôle? 2012.
30. Vannet P., Lesourd B. Comment apprécier au mieux l'inaptitude à la conduite automobile du sujet âgé suspect de troubles cognitifs. Clermont Ferrand; 2013.
31. Fondation CAA - Québec. Guide pratique: comment aider un aîné au volant pour des déplacements sécuritaires [Internet]. 2011 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: https://www.caaquebec.com/fileadmin/documents/PDF/Sur_la_route/Securite_routiere/Fondation/Guide_pratique_Comment_aider_un_aîne_au_volant.pdf
32. Sanchez S., Novela JL. La conduite, le vieillissement et la maladie d'Alzheimer: état des connaissances. Rev Gériatrie. janv 2012;37:701-6.
33. Lafont S, MARIE-DIT-ASSE L, Helmer C, Laumon B, Berr C, Rouaud JM, et al. Arrêt de la conduite automobile dans la pré-démence et dans la démence. In: RFMASA 2016, 13ème Réunion francophone sur la Maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés [Internet]. LYON, France; 2016 [cité 20 sept 2018]. p. 12 p. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01342491>
34. Peccoul M, Rodolphes C. DECLIN COGNITIF ET CONDUITE AUTOMOBILE. Enquête et établissement d'un référentiel de pratique pour la médecine générale. [Saint Etienne]: Saint ETIENNE; 2010.
35. Mietkiewicz M-C, Ostrowski M. Maladie d'Alzheimer et conduite automobile Quel éclairage apportent les guides destinés aux proches ? Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2015;13(3):328-34.
36. Vaillant E. Les médicaments et la conduite automobile [Thèse de pharmacie]. Grenoble; 2009.
37. Gonthier R, Fabrigoule C, Domont A. Bilan utile pour l'aptitude à la conduite du sujet âgé. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2005;3(1):27-42.
38. Chabrol A. Aptitude médicale à la conduite: le dilemme français. Bull Inf Ordre Natl Médecins. Juin 2011;17:22-6.
39. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
40. Code pénal - Article 226-13. Code pénal 2000.
41. Redelmeier DA, Yarnell CJ, Thiruchelvam D, Tibshirani RJ. Physicians' warnings for unfit drivers and the risk of trauma from road crashes. N Engl J Med. 27 sept 2012;367(13):1228-36.
42. Mourgues JM, Bissonier C. Que faire devant un patient inapte à la conduite. Médecins. Le bulletin de l'ordre national des médecins. 2017;50:25.
43. Drulhe M, Pervanchon M. « Viellir et conduire: usages et représentations ». Les enjeux de la mobilité et la sécurité routière au cours de la vieillesse. 2002 oct p. 93.
44. SAAQ. Permis restreint lié à l'accumulation de points d'inaptitude [Internet]. SAAQ. [cité 17 août 2019]. Disponible sur: <https://saaq.gouv.qc.ca/permis-de-conduire/permis-restreint-points-inaptitude/>
45. IFOP. Sondage: Les Français au volant [Internet]. 2013 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2645-1-study_file.pdf

46. Association prévention routière. Le médecin et son patient conducteur [Internet]. 2018 avril [cité 19 août 2019] p. 40-1. Disponible sur: <https://www.preventionroutiere.asso.fr/wp-content/uploads/2018/04/brochure-MACSF-APR-avril-2018.pdf>
47. Gonthier R, Bertrand JC. Personnes âgées et conduite automobile. Rev Prat Médecine Générale. 1995;(312):28-35.

VI) ANNEXES

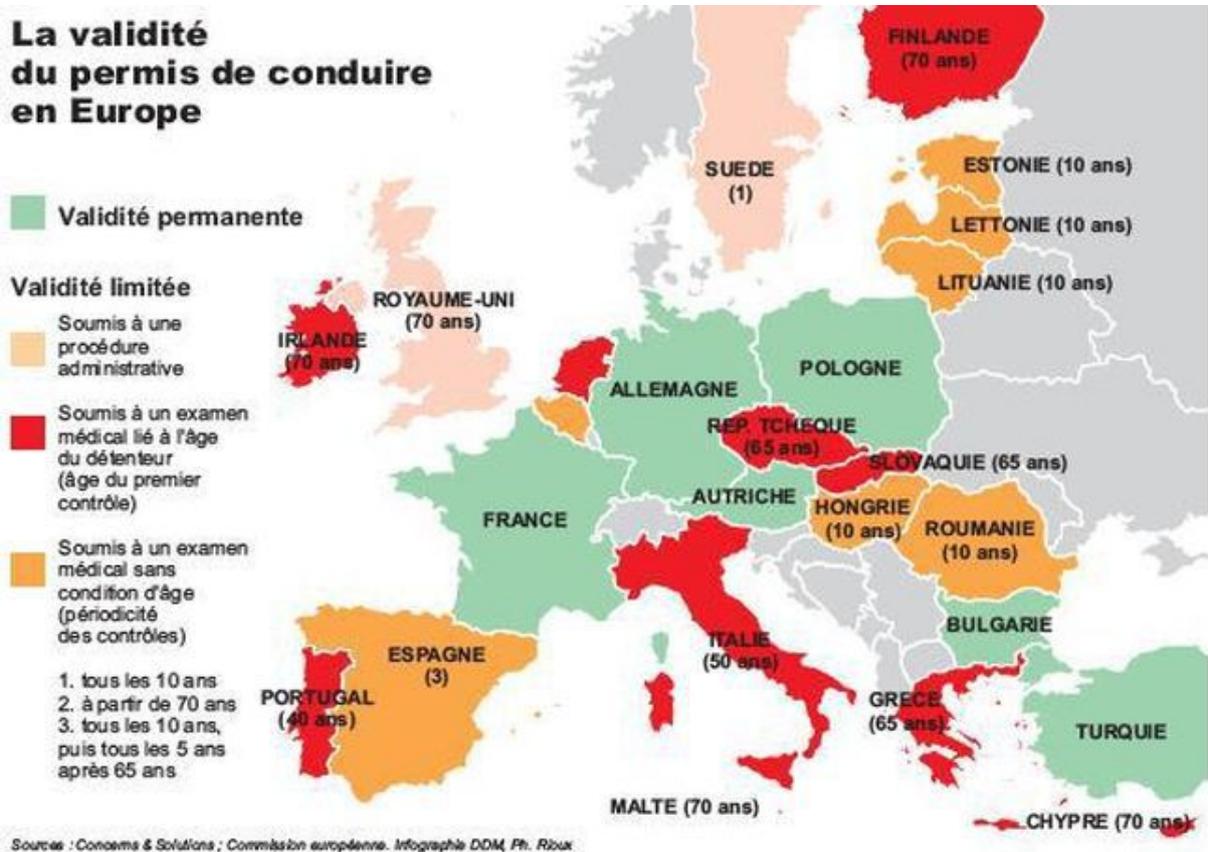
Annexe 1 : Facteurs susceptibles de modifier l'aptitude à la conduite des personnes âgées.

FACTEURS SUSCEPTIBLES DE MODIFIER L'APTITUDE A LA CONDUITE DES PERSONNES AGEES
Modifications de la vue avec l'âge : <ul style="list-style-type: none">- Réduction progressive du champ visuel.- Baisse de l'acuité visuelle dynamique.- Baisse de la résistance à l'éblouissement.- Augmentation du temps d'adaptation à l'éblouissement.- Baisse de l'acuité visuelle nocturne.- Augmentation du temps d'adaptation au noir.
Autres changements liés à l'avance en âge : <ul style="list-style-type: none">- Baisse de l'acuité auditive.- Changement des muscles squelettiques (baisse en force, souplesse, coordination et dextérité).
Déficiences chroniques courantes : <ul style="list-style-type: none">- Cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge, rétinopathie diabétique, maladies de la cornée.- Presbycusis.- Maladies articulaires.- Démence, accident vasculaire cérébral, syndrome extrapyramidal.- Autres maladies chroniques.- Effets secondaires des médicaments.
Facteurs liés au comportement : <ul style="list-style-type: none">- Connaissance de la conduite et habitudes.- Utilisation de la ceinture ou des autres consignes de sécurité.- Utilisation de l'alcool ou de médicament.
Facteurs liés à l'environnement : <ul style="list-style-type: none">- Type de véhicule et maintenance.- Type de routes (panneaux, éclairages...)

Tableau issu du rapport Domont(10) et de l'article du Pr Gonthier(47) : « Personnes âgées et conduite automobile »

Annexe 2 : Disparité de la validité du permis de conduire en Europe

Source : <https://www.ladepeche.fr/article/2016/09/02/2410766-en-europe-des-disparites.html>



Annexe 3 : Grille d'entretien final

Grille d'entretiens à destination des MT (projet conduite automobile des senior)

Rappeler à l'interviewé/ aux interviewés

- * / Confidentialité (anonyme)/non-jugement (pas de mauvaises réponses)
 - * / Données confidentielles (uniquement pour cette étude)
- * / Nécessité d'enregistrer l'entretien (valeurs scientifiques) / retranscription et analyse
 - * / Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions, je n'insisterai pas

Référence entretien : N°	/ enregistrement N° :
Acronyme :	
Date :	
Lieu :	
Durée de l'entretien :	
Contexte et condition de l'entretien :	

Introduction : Dans le cadre de la recherche « conduite des personnes âgées, vers une visite systématique ? » (Expliquer), nous aimerions recueillir votre avis et votre expérience de praticiens face à cette problématique. Nous reviendrons par exemple sur la question des avantages/inconvénients à la pratique d'une visite obligatoire pour les seniors et sur les modalités d'une telle visite. Nous nous intéressons aussi au rôle du MT, à ses possibilités d'actions, à sa « prise en charge », à sa sensibilité par rapport à cette question.

Tout ce que vous direz à ce sujet nous intéresse. Sachez que tout ce que vous allez me dire restera anonyme et ne sera utilisé que dans le cadre de cette étude. Pour pouvoir analyser et comprendre tout ce que vous me dites, sans en perdre le sens ni certaines dimensions, il me serait nécessaire d'enregistrer cet entretien. Est-ce possible ? Dans un premier temps, j'aimerais que ...

1- Représentations relatives à la CONDUITE automobile DU SUJET AGE	Introduction	<p>Depuis quand exercer vous ? Quel est votre âge ? Depuis quand êtes-vous installé ? Quelle part occupe les personnes âgées dans votre patientèle ?</p> <p>J'aimerais que l'on parle aujourd'hui de la conduite automobile des personnes âgées ? Qu'en pensez-vous ?</p> <p>Pour vous, que représente la conduite automobile ? et en particulier la conduite automobile des seniors ?</p>	<p>Est-ce que pour vous, la conduite des seniors est une condition nécessaire à l'autonomie des personnes ? / versus dépendance ?</p> <p>Est-ce que vous pensez que la conduite des personnes âgées est dangereuse pour les autres usagers de la route ? Dans quel cas ?</p>	<i>Autonomie/ liberté, absence de contraintes</i>
	Limites/ freins à la conduite	<p>Quels sont pour vous les limites /freins/causes ne permettant plus à la personne de conduire ?</p> <p>Dans quels cas, selon vous, la conduite est-elle à proscrire ?</p>	<p>Quels sont les incapacités qui peuvent nuire à la sécurité de l'ensemble des usagers de la route ?</p> <p>Est-ce forcément lié à l'âge ? au vieillissement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - reflexe ? - incapacités fonctionnelles ? - troubles cognitifs ? - troubles de l'audition ? - troubles de la vue ? <p><i>(Objectif est de hiérarchiser les priorités du MT)</i></p>	

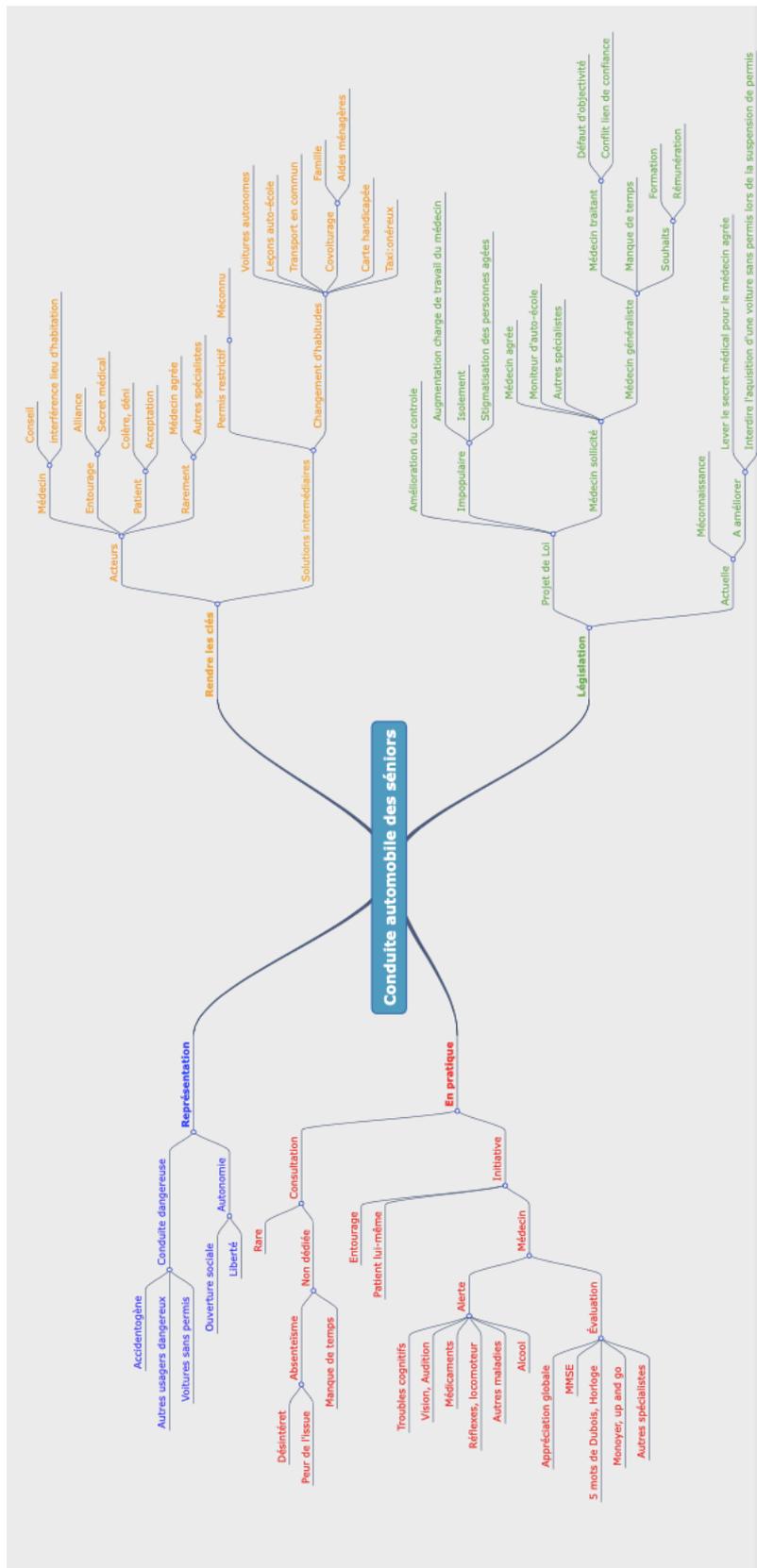
1-CONNAISSANCES acquises et souhaitées	Connaissance relative aux textes législatifs, à la circulaire	<p>Connaissez-vous la circulaire relative à la conduite des personnes âgées ?</p> <p>Quels sont les éléments déclencheurs qui aboutissent à l'arrêt de la conduite chez les séniors ?</p>	<p>C'est-à-dire le répertoire des pathologies contre-indiquant la conduite automobile ou qui nécessite l'évaluation par un médecin agréé ? Si oui, servez-vous en ? Est-il pratique pour vous ?</p> <p>Contrôle de gendarmerie ? Démarche volontaire de la personne ? Pression des proches ? (Stratagème, véhicule en panne)</p>	
	Moyens mis en place pour sécuriser la conduite	<p>Selon vous, existe-il des solutions intermédiaires pour remédier à la sécurité routière des personnes âgées ?</p> <p>Qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place ? quelle autre alternative possible ? Est-ce que le MT a un rôle à jouer ?</p>	<p>Connaissez-vous le permis restreint ? Qu'en pensez-vous ? Que pensez-vous de la place de leçons complémentaire des moniteurs d'auto-école ? Voitures de plus en plus autonome ?</p> <p>Autre ?</p>	<p><i>Visite médicale avec horaires aménagées, covoiturage, voiture adaptée de nouvelles technologies (type GPS, boîtes automatiques, internet, téléphone portable).</i></p>
	Formation des MT/ conduite automobile des séniors	<p>Est-ce que durant votre formation, vous avez été sensibilisé à la conduite automobile vis-à-vis d'un patient âgé ?</p> <p>Avez-vous des attentes à ce sujet ? des besoins spécifiques ?</p>	<p>Avez-vous eu des cours enseignés par la faculté ? Des présentations en congrès ? en FMC ? Autre ? Est-ce que vous avez fait la démarche de vous intéresser personnellement à ce sujet ? comment ?</p> <p>Est-ce que, à votre avis, les médecins généralistes reçoivent une formation suffisante ?</p>	<p><i>orientation du patient, répertoire des médecins agrès, des ressources disponibles,</i></p>

1-EN PRATIQUE, lors de la consultation	Aborder la question de la conduite automobile	<p>Comment aborder vous la question de la conduite avec vos patients âgés ?</p> <p>Quel(s) élément(s) de la consultation déclenche(nt) ce sujet ?</p> <p>Est-ce systématique ? Est-ce fréquent ? régulier ? occasionnel ? Est-ce complémentaire ?</p> <p>Avez-vous déjà été à l'initiative d'arrêt de conduite ?</p>	<p>Est-ce la personne elle-même qui vous sollicite ? est-ce l'entourage qui vous sollicite ? est-ce de votre initiative ?</p> <p>Est-ce relatif au prise de médicament (traitement) ? à l'évolution d'un traitement ?</p> <p>Est-ce lié au diagnostic ou à l'évolution d'une maladie ?</p> <p>Arrêt temporaire ou définitif ? Est-ce un processus long ? (Résultats de négociations avec la personne, plusieurs consultations...)</p>	<i>Médicaments et pictogramme, diagnostique d'une pathologie</i>
	Moyens de dépistage	<p>Quels sont vos moyens en consultation pour juger de l'aptitude à la conduite des personnes âgées ?</p>	<p>Faites-vous des tests moteurs ?</p> <p>Faites-vous un bilan cognitif ?</p> <p>Faites-vous une consultation dédiée à cela ?</p>	<i>Tests psychotechniques, bilan cognitif, bilan musculaire et de coordination, IADL, appréciation de la locomotion...</i>
	Conduite à tenir en cas d'inaptitude	<p>Face à une personne que vous jugez inapte à la conduite, comment procédez-vous ? / comment procéderiez-vous ?</p> <p>Avez-vous été confronté sur le plan personnel ou familial à un problème concernant la conduite d'une personne âgée ?</p>	<p>Comment abordez-vous le sujet ?</p> <p>Aidez-vous des proches ?</p> <p>Appelez-vous en anonyme le préfet ?</p> <p>Est-ce que vous en parlez avec l'entourage de la personne (pour convaincre de la nécessité / ou penser des adaptations ?)</p>	<i>Manière d'aborder le sujet, s'aider des proches, le référer à la loi, conseiller d'aller voir le médecin agréé au patient et/ou aux proches, Confisquer les clés, enlever la batterie, évoquer un déménagement...</i>
	Réaction à l'injonction d'arrêter de conduire ?	<p>Est-ce que vous avez déjà fait ces démarches auprès d'un patient ?</p> <p>Si oui, quelles sont les réactions des patients face à ce sujet ? des proches ?</p> <p>Est-ce que des patients conduisent malgré vos recommandations de ne plus conduire ?</p>	<p>Connaissez-vous des patients qui se sont fait retirer leur permis de conduire ?</p> <p>Quelles sont les raisons évoquées ?</p>	<i>Acceptation, stupéfaction, déni, soulagement...</i>

4-Les avis sur les politiques de sécurité routière	Changement des habitudes de vie ?	<p>Mesurez-vous les besoins de la conduite de la personne avant de proposer un tel changement ?</p> <p>Abordez-vous le changement des habitudes de vie (prendre les transports en commun, les mobilités actives, ...) ?</p>	<p>Isolement géographique ? Isolement social ?</p> <p>Est-ce que l'accès / ou le non accès aux transports en commun interfère dans votre décision ?</p> <p>Impact de l'environnement social, culturel ?</p> <p>Impact du lieu d'habitation (rural /urbain) ?</p>	<p><i>Plus facile d'aborder les changements si milieux urbain que rural. Conseiller l'arrêt de la conduite plus facilement si accès aux transports en commun</i></p>
	Aller / retour : réversibilité de la conduite ?	<p>Vous est-il déjà arrivé de changer d'avis concernant l'arrêt de la conduite d'une personne âgée ?</p>	<p>Conditions ne permettant pas temporairement de conduire ?</p> <p>Amélioration des capacités physiques et des capacités à la conduite ?</p>	<p><i>Aller/ retour : réversibilité</i></p> <p>Raison médical</p> <p>Isolement trop important?</p>
	Lois actuelles régissant la conduite et secret professionnel	<p>Connaissez-vous les personnes ressources en matière de conduite automobile ?</p> <p>Que pensez-vous de la demande au préfet par l'entourage et non par le médecin généraliste ? Quelles sont vos préoccupations vis-à-vis du secret médical ? De la possibilité d'y déroger avec partage du secret professionnel ?</p> <p>Selon vous, quelle serait la bonne pratique à adopter ?</p>	<p>Avez-vous déjà orienté des patients vers le médecin agréé ?</p> <p>Que pensez-vous de l'utilité d'une visite médicale de prévention ?</p> <p>de stages pratiques de remise à niveau impliquant l'assurance maladie ou les mutuelles ? (projet incitatif de type bonus-malus avec prime d'assurance moins élevée si test de conduite réalisé),</p> <p>la possibilité de solliciter un moniteur d'auto-école « assermenté » ... ?</p>	<p>Med agréé</p> <p>Perte d'information</p> <p>Problème de secret médical s'appliquant avec les médecins agréés limitant le partage d'un dossier.</p>
Projet de loi en cours	<p>Êtes-vous au courant du projet de loi actuellement en discussion visant à imposer une visite médicale chez toute personne âgée de 70 ans et plus pour déterminer leur aptitude ?</p> <p>Qu'en pensez-vous ?</p> <p>Selon vous, quel serait la fréquence idéale de cette visite ? lors d'évènement de santé ?</p>	<p>Si oui, par quel moyen d'information avez-vous été mis au courant ?</p>	<p><i>Médias, internet, revue de médecine, autre</i></p>	

	<p>Si mise en place de la loi</p>	<p>Si cette loi était amenée à s'appliquer, comment voyez-vous l'organisation de ces visites ? Par qui ?</p> <p>Si cette visite devra être assurée par les médecins généralistes, qu'en penseriez-vous ?</p> <p>Qu'exigeriez-vous en retour ?</p>	<p>Pensez-vous que cette visite devra être assurée par les médecins généralistes ? médecins traitants ?</p> <p>Pensez-vous que c'est le rôle des médecins généralistes ?</p> <p>Est-ce que c'est finalement quelque chose que vous faites déjà ?</p>	<p><i>Tache à effectuer par les médecins généralistes ou agréés, conflits avec les patients, trop impliqués dans la vie des patients pour être objectifs</i></p> <p><i>Formations, exiger de ne pas assurer cette visite à leur propre patient comme c'est le cas pour les médecins à la fois généralistes et agréés</i></p>
--	--	---	--	--

ANNEXE 4 : Schéma heuristique



ANNEXE 5 : Grille COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/description</i>	<i>Réponse</i>
1	Enquêteur	Quel auteur a mené les entretiens individuels ?	Eléna Charbonnier
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques des chercheurs ?	En cours d'internat de Médecine Générale
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude	Interne en Médecine générale en 5 ^{ème} et 6 ^{ème} semestre.
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/description</i>	<i>Réponse</i>
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui, deux entretiens réalisés auprès des maîtres de stage et deux entretiens auprès de leurs associés. Les autres, aucune relation antérieure
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur	Présentation de l'enquêteur avant les entretiens
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflits d'intérêt

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/description</i>	<i>Réponse</i>
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologie a été déclarée pour étayer l'étude ?	Approche inductive compréhensive. Entretiens semi-directifs selon une grille pré-établie. Analyse du contenu.

Sélection des participants :

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Selon l'effet boule de neige
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Premier contact par téléphone pour 14 praticiens pour présentation et prise de rendez-vous. Un seul praticien a été contacté par mail.
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	15 entretiens, arrêt de l'inclusion après saturation des données
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	3 refus par manque de temps 7 sans réponse suite au message laissé à la secrétaire 1 exclu car étant aussi médecin agréé du permis de conduire

Contexte :

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Tous les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin interrogé
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Une seule fois, présence d'une externe
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Présentées dans le tableau récapitulatif

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, testé lors des deux premiers entretiens pour ajustement
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio sur dictaphone après accord du participant enregistré
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Non
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	34 minutes en moyenne
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint empiriquement à 11 entretiens. 4 entretiens supplémentaires réalisés

			pour confirmation
23	Retour des transcriptions	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 personnes codant les données	Combien de personne ont codé les données ?	Une seule personne : l'enquêteur
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui, à l'aide d'un schéma heuristique
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à partir des données ?	Thèmes identifiés à l'avance et adaptés dans un second temps aux données
27	Logiciel	Quel logiciel a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft Word 2012
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 présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, citations extraites de verbatim
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il 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 6 : Mini Mental State Examination (M.M.S.E)

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 :

- | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !0ou1! | 4. Quel jour du mois ? | !0ou1! |
| 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 ?

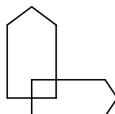
- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

LANGAGE

- | | |
|--|-------|
| 22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. | !___! |
| 23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre | !___! |
| 24. Ecoutez 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) !___!

ANNEXE 7 : Échelle des 4 IADL

I.A.D.L. (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

OBJECTIF

Les 4 items de l'échelle I.A.D.L. de Lawton permettent de dépister les sujets qui présentent une démence non encore diagnostiquée, ou qui la développeront dans l'année.

DESCRIPTIF

Ces 4 items explorent l'autonomie ou le degré de dépendance du sujet par rapport à 4 activités pratiques de la vie quotidienne.

Ces 4 activités doivent faire l'objet d'une cotation de 1 à 2, 3, 4 ou 5 points selon les items. Vous devrez pour chaque item attribuer le score en fonction de la grille de cotation (ci dessous). La cotation est basée sur les réponses du patient et/ou en tenant compte de l'avis de la personne vivant avec lui au quotidien. Dans un deuxième temps, pour fonder votre décision pratique, vous simplifierez la cotation de chacun des items en codage binaire 0 ou 1. Codez 0 : tout item pour lequel le sujet est autonome (la cotation ne dépasse pas 1). Codez 1 : tout item pour lequel le sujet est dépendant (la cotation est supérieure ou égale à 2)

CAPACITE A UTILISER LE TELEPHONE... 0=autonome, 1=dépendant

1. Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros, etc.
2. Je compose un petit nombre de numéros bien connus.
3. Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas.
4. Je suis incapable d'utiliser le téléphone.

MOYEN DE TRANSPORT 0=autonome, 1=dépendant

1. Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en communs ou avec ma propre voiture)
2. Je peux me déplacer seul(e) en taxi, mais pas en autobus.
3. Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
4. Je ne me déplace pas du tout.

PRISE DE MEDICAMENTS 0=autonome, 1=dépendant

1. Je m'occupe moi-même de la prise (dose et horaires)
2. Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et doses à l'avance.
3. Je suis incapable de les prendre moi-même.

GERER SON ARGENT 0=autonome, 1=dépendant

1. Je suis totalement autonome (budget, chèques, factures)
2. Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme.
3. Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour.

RESULTATS

- 3 ou 4 items sont codés 1 : diagnostic de maladie probable
- 1 ou 2 items sont codés 1 :
 - si la modification est intervenue dans l'année, envisager un Alzheimer
 - si la modification n'est pas intervenue dans l'année :
 - il y a une plainte mnésique : envisager un Alzheimer
 - pas de plainte mnésique : refaire le test l'année suivante

ANNEXE 8 : Test des 5 mots de Dubois

Le test de Cinq mots

(B Dubois. Fiche technique. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie 2001).

Date du test Prénom Nom.....

On présente une liste de 5 mots et on demande de les lire à haute voix et de les retenir. Ces 5 mots sont placés dans 5 catégories (les catégories ne sont pas présentées).

---- Fleur : **Rose**

---- Animal : **éléphant**

---- Vêtement : **chemise**

---- Fruit : **abricot**

---- Instrument de musique : **violon**

RAPPEL IMMEDIAT DE COMPREHENSION

Ensuite, immédiatement et avec la liste devant lui, on demande au patient de retrouver les mots en lui citant les catégories : le nom du fruit, de l'animal, etc... (rappel indicé, pour s'assurer de la compréhension des mots et des catégories),

RAPPEL IMMEDIAT DE L'ENCODAGE

Ensuite, immédiatement mais en masquant la liste, on lui demande de redonner les mots sans fournir la catégorie (rappel libre) puis en donnant la catégorie (rappel indicé)

Cela nécessite donc 10 réponses. Chaque bonne réponse donne un point,

Le score obtenu est le « **T total 1** » (par exemple 8 pour 2 erreurs),

NB, En cas d'erreur la liste est remontrée au patient, puis cachée à nouveau pour refaire l'épreuve notée sur 10. Ces deux opérations sont faites jusqu'à ce que le patient atteigne le score 10/10 (pour garantir le pré-requis nécessaire à la poursuite du test)

EPREUVE ATTENTIONNELLE INTERCURENTE

Ensuite on fait effectuer au patient une autre tâche comme compter de 20 à 0 de 2 en 2 ou toute autre activité (comme la vérification de ses capacités d'orientation temporo-spatiales : date, lieu, etc...).

RAPPEL DIFFERE

On lui demande ensuite de donner les 5 mots : rappel libre, **et éventuellement** en cas de difficulté par catégorie : rappel indicé : « il y avait une fleur; un vêtement; un instrument, etc. »

Le score obtenu est le « **T total 2** » (1 point par bonne réponse soit un maximum de 10)

RESULTATS

Il existe un trouble de la mémoire dès qu'un mot a été oublié.

*L'addition "Total 1" + "Total 2" permet de différencier un trouble de la **mémoire** (suspicion de maladie d'Alzheimer; par exemple) d'un simple trouble de l'**attention** lié à l'âge ou à l'anxiété, dépression, fatigue chronique, etc ...*

Cette somme doit être normalement au-dessus de 16

SI le score total est < 10 : Un bilan complet doit être pratiqué et un avis spécialisé envisagé.

ANNEXE 9 : Trail Making Test

Trail Making Test (TMT) Parts A & B

Instructions:

Both parts of the Trail Making Test consist of 25 circles distributed over a sheet of paper. In Part A, the circles are numbered 1 – 25, and the patient should draw lines to connect the numbers in ascending order. In Part B, the circles include both numbers (1 – 13) and letters (A – L); as in Part A, the patient draws lines to connect the circles in an ascending pattern, but with the added task of alternating between the numbers and letters (i.e., 1-A-2-B-3-C, etc.). The patient should be instructed to connect the circles as quickly as possible, without lifting the pen or pencil from the paper. Time the patient as he or she connects the "trail." If the patient makes an error, point it out immediately and allow the patient to correct it. Errors affect the patient's score only in that the correction of errors is included in the completion time for the task. It is unnecessary to continue the test if the patient has not completed both parts after five minutes have elapsed.

- Step 1: Give the patient a copy of the Trail Making Test Part A worksheet and a pen or pencil.
 Step 2: Demonstrate the test to the patient using the sample sheet (Trail Making Part A – SAMPLE).
 Step 3: Time the patient as he or she follows the "trail" made by the numbers on the test.
 Step 4: Record the time.
 Step 5: Repeat the procedure for Trail Making Test Part B.

Scoring:

Results for both TMT A and B are reported as the number of seconds required to complete the task; therefore, higher scores reveal greater impairment.

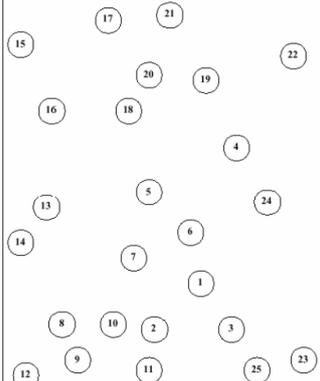
	Average	Deficient	Rule of Thumb
Trail A	29 seconds	> 78 seconds	Most in 90 seconds
Trail B	75 seconds	> 273 seconds	Most in 3 minutes

Sources:

- Corrigan JD, Hinkeldey MS. Relationships between parts A and B of the Trail Making Test. *J Clin Psychol.* 1987;43(4):402–409.
- Gaudino EA, Geisler MW, Squires NK. Construct validity in the Trail Making Test: what makes Part B harder? *J Clin Exp Neuropsychol.* 1995;17(4):529–535.
- Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. *Neuropsychological Assessment.* 4th ed. New York: Oxford University Press; 2004.
- Reitan RM. Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage. *Percept Mot Skills.* 1958;8:271–276.

Trail Making Test Part A

Patient's Name: _____ Date: _____



Trail Making Test Part B

Patient's Name: _____ Date: _____

