



HAL
open science

Conduite automobile et démence : quel rôle pour le médecin généraliste ? : revue de la littérature européenne, enquête de pratique et réflexion éthique

Guillaume Mulic

► To cite this version:

Guillaume Mulic. Conduite automobile et démence : quel rôle pour le médecin généraliste ? : revue de la littérature européenne, enquête de pratique et réflexion éthique. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297318

HAL Id: hal-03297318

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297318>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2018

N° 10190

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Guillaume MULIC

Le 03 avril 2018

**Conduite automobile et démence : quel rôle pour le médecin généraliste ?
Revue de la littérature européenne, enquête de pratique et réflexion éthique.**

Examineurs de la thèse :

Mme la Professeure Laure JOLY

Présidente

Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT

Juge

M. le Docteur Cédric BAUMANN

Juge

Mme la Professeure Associée Sophie SIEGRIST

Juge et Directrice

M. le Docteur Dominique RICHTER

Juge



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET Jean
FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD Hubert
GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques
LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves
MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre
PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE^[1]_{SEP} Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Madame la Professeure Laure JOLY
Professeur de Médecine Gériatrique
Centre Hospitalier Universitaire de Nancy

Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'assurer la présidence de ce jury.

Nous vous sommes reconnaissant de nous avoir accordé votre confiance.

REMERCIEMENTS

A NOTRE JUGE ET JURY DE THESE

Madame la Docteure Frédérique CLAUDOT

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier en Santé Publique

Centre Hospitalier Universitaire de Nancy

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail et nous vous en remercions.

Soyez assurée de notre gratitude et profond respect.

REMERCIEMENTS

A NOTRE JUGE ET JURY DE THESE

Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier en Santé Publique

Centre Hospitalier Universitaire de Nancy

Vous nous faites l'honneur d'apporter votre regard d'expert en matière de santé publique et nous vous en remercions.

Soyez assuré de notre gratitude et profond respect.

REMERCIEMENTS

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THESE

Madame la Docteure Sophie SIEGRIST
Professeure associée de Médecine Générale
Médecin Généraliste au Ban-Saint-Martin

Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'avoir accepté la direction de notre thèse.

Votre intérêt et votre soutien nous ont été précieux tout au long de notre travail.

Soyez assurée de notre profonde considération.

REMERCIEMENTS

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Dominique RICHTER

Médecin généraliste à Jarny

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse et vous exprimons toute notre reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A Aurélie, ma compagne, pour sa patience et son énergie au quotidien.

A Xavier, mon fils, dont l'arrivée toute récente m'a fait redoubler de motivation.

A Justine et Adrien, mes sœur et frère, dont les connaissances juridiques se sont avérées être une véritable bénédiction pour mon travail.

A mes parents. Maman, merci pour ton aide si précieuse de statisticienne et du temps que tu m'as consacré.

A mes grands-mères et grands-pères.

A Denise, ma belle-mère, pour le temps passé à relire et corriger mon travail d'écriture.

A ma consoeur, le Docteur Marie-Christine BINTZ, pour son dynamisme, son énergie et son empathie.

A Narcisse, mon co-interne, que de bons moments passés ensemble durant 6 mois de stage en Hépatogastro !

A ma consoeur et amie, Johanna, merci pour le partage de ton expérience de thésarde.

Aux médecins qui ont pris le temps de répondre à mon enquête si précieuse à mon travail de thèse et à tous ceux qui, tout au long de mon cursus universitaire, m'ont transmis leurs connaissances, leurs expériences et la passion de leur métier.

A ceux que j'ai oublié...

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	17
1) <i>Définition.....</i>	19
2) <i>Personnes âgées et conduite automobile.....</i>	21
3) <i>Démence, troubles cognitifs et conduite automobile.....</i>	22
4) <i>Evaluation médicale de l'aptitude à la conduite en France.....</i>	24
REVUE DE LA LITTERATURE NARRATIVE.....	29
1) <i>Méthode de la revue de littérature.....</i>	29
2) <i>Résultats de la revue de littérature.....</i>	31
3) <i>Analyse de la revue narrative européenne.....</i>	34
A- Critique de la revue.....	34
B- Organisation des systèmes d'évaluation de la conduite.....	35
a- Une tendance à l'harmonisation européenne	
b- La diversité des règles en matière de permis de conduire	
c- Les structures dédiées à l'évaluation médicale	
d- Les aménagements du permis	
C- Cadre légal de l'évaluation médicale.....	37
a- Les législations européennes en matière de secret médical	
b- L'obligation légale d'information	
c- La définition légale de l'aptitude médicale en cas de démence	
D- Moyens à la disposition du généraliste.....	42
a- Les connaissances et la formation	
b- Des tests cliniques utilisables en pratique courante	
c- Le test de conduite, un Gold-standard	
d- Le « driving assessment » et la prise en charge multidisciplinaire.	
E- Enjeux d'un arrêt de la conduite.....	47
a- Quand dire au patient qu'il doit s'arrêter ?	
b- Comment faire en pratique ?	
c- Pour quelles conséquences ?	
F- Proposition de prise en charge pour le généraliste.....	50

METHODE.....	53
RESULTATS.....	56
1) <i>Présentation des résultats.....</i>	56
2) <i>Interprétation des résultats.....</i>	62
A- Le rôle essentiel du médecin généraliste traitant.....	62
B- La description de la problématique.....	62
C- Une défiance envers le médecin agréé ?.....	64
D- Une disparité entre médecine urbaine et rurale.....	66
E- Une question d'âge ?.....	67
F- Un problème de secret médical ?.....	68
G- Vers des pistes de solutions.....	69
DISCUSSION.....	72
1) <i>Aspect technique de l'évaluation des capacités de conduite.....</i>	72
A- Le vrai rôle du médecin traitant.....	72
B- Des changements à proposer.....	73
C- Une ouverture pour le secret médical dans les situations dangereuses ?.....	74
2) <i>Aspect éthique de la problématique.....</i>	75
A- Quelle place pour le généraliste ?.....	75
B- Vers qui se tourner ?.....	76
C- Un problème de société.....	77
3) <i>Proposition concrète.....</i>	78
4) <i>Conclusion.....</i>	81
ANNEXES.....	82
BIBLIOGRAPHIE.....	87

INTRODUCTION

La conduite automobile est devenue dans notre société un marqueur social incontournable. Elle représente surtout, pour les personnes âgées, un vecteur d'autonomie important et notamment pour la population qui réside en dehors des grandes agglomérations. Le vieillissement de la population, associé à l'accentuation de la présence des troubles cognitifs et syndromes démentiels débutants, pose la question récurrente de sa capacité à conduire un véhicule.

La mission de la médecine est d'évaluer les capacités physiques et mentales indispensables à l'établissement de cette aptitude.

On peut alors se questionner sur les démarches à adopter pour garantir la sécurité de tous lorsqu'un conducteur n'est plus apte à prendre son véhicule.

La loi française stipule que chaque conducteur qui prend le volant doit être capable d'évaluer lui-même son incapacité à conduire et, le cas échéant, de se rendre de son propre chef auprès d'un médecin compétent agréé pour statuer sur sa possible inaptitude à utiliser son véhicule.

Il faut garder à l'esprit que, si la conduite automobile demeure une liberté privée, elle s'exerce sur un espace public réglementé.

Mais que se passe-t-il lorsque le conducteur qui prend son véhicule devient incapable d'évaluer sa propre aptitude à conduire ?

Cette question se pose fréquemment dans le cas des patients déments ou lors de la majoration de troubles cognitifs chez une personne vieillissante.

Dans le contexte actuel, le médecin généraliste est au centre de cette problématique car souvent sollicité par les proches ou la famille pour trouver une solution.

Face à cette situation complexe, il ne dispose pas de ressources efficaces et pratiques pour empêcher son patient de conduire ou pour le convaincre du contraire.

Il engage pourtant sa responsabilité morale et médicale par son positionnement vis-à-vis du malade. Existe-t-il une réponse pour aider ces praticiens ?

A l'heure de l'harmonisation européenne du permis, la France conduit une politique singulière en la matière. La grande diversité de modèles des autres pays met en exergue la place du médecin de premier recours, les obligations ou non de signalement aux autorités compétentes, et même les modalités de contrôle médical d'aptitude à la conduite.

Quelles sont les stratégies adoptées par nos voisins européens et quel rôle y jouent les généralistes ?

Dans un premier temps, notre travail a consisté en une revue de la littérature narrative dans les pays européens ciblant la prise en charge de la conduite automobile chez les patients souffrant de démence ou de troubles cognitifs.

Malgré la faible quantité de publications qui mentionnent la médecine générale et son exercice dans les circonstances citées, nous avons pu réaliser la synthèse des différentes conduites à tenir et l'observation de plusieurs modèles en Europe.

Par la suite, nous avons mené une enquête avec questionnaire visant les généralistes lorrains afin de connaître leur attitude pratique et leurs ressentis dans la situation décrite ; nous avons ainsi mis en relief les enjeux et les difficultés rencontrés sur le terrain.

Le travail de recherche nous a permis de leur proposer des solutions relevées chez nos homologues européens.

Ce travail de thèse a donc pour objectif de répondre à la problématique de l'arrêt de la conduite automobile chez le patient dément ou atteint de troubles cognitifs dans le cadre de la médecine générale.

L'analyse des conduites européennes et l'évaluation de l'expérience des praticiens doivent permettre une réflexion sur la question et la proposition d'une alternative concrète à ce qui existe actuellement en France.

1) Définitions

- Troubles cognitifs

C'est l'altération des fonctions cognitives résultant du vieillissement cérébral pathologique ou non, sans aucune répercussion sur l'autonomie du patient dans sa vie de tous les jours.

Ils peuvent toucher l'ensemble des **fonctions intellectuelles** (comme le langage, la mémoire, l'attention, la gnose, les praxies, le raisonnement ou le jugement) et des **fonctions comportementales** (tels la personnalité, l'affect ou les conduites sociales).

- Démence

Le syndrome démentiel est défini par l'altération globale, durable et organique des facultés mentales d'un individu entravant son autonomie dans la vie quotidienne en dehors de toute altération de la vigilance.

La démence constitue un déclin par rapport à l'état pré-morbide et touche les capacités cognitives dans plusieurs domaines.

La nouvelle définition du DSM-V distingue nettement le diagnostic de démence et l'état préclinique qui lui précède. (1)

Syndrome démentiel ou Trouble Neurocognitif Majeur

Présence d'un déclin cognitif significatif à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de la cognition, avec un **retentissement sur l'autonomie** dans les activités quotidiennes et basé sur :

- La perception par le patient, par un informant fiable ou par le clinicien, d'un déclin cognitif significatif.
- L'existence d'une **diminution importante des performances cognitives** (évaluation neuropsychologique ou clinique quantitative).

Les troubles ne doivent pas survenir uniquement dans le cadre d'un syndrome confusionnel et les déficits ne sont pas mieux expliqués par une autre pathologie mentale.

Syndrome pré-déméntiel ou Trouble Neurocognitif Mineur

Présence d'un déclin cognitif modéré à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de la cognition, sans interférence avec l'autonomie quotidienne et basé sur :

- La perception d'un léger déclin cognitif par le patient, par un informant fiable ou par le clinicien.
- L'existence d'une diminution modérée des performances cognitives.

Nous retrouvons dans la littérature la notion de Mild Cognitive Impairment ou **MCI** : il existe de nombreuses définitions assez proches mais il se caractérise le plus couramment par la présence d'un déclin des capacités mémorielles, avec ou sans troubles cognitifs associés, entraînant une altération minime des activités quotidiennes qui n'est pas assez marquée pour être diagnostiquée comme une démence. (2)

Une notion intéressante dans cette classification est le pourcentage d'évolution vers la démence, même si tous les syndromes pré-déméntiels n'évolueront pas systématiquement vers cette dernière.

On considère que les sujets « normaux » ont un risque de 1 à 2% par an d'évolution. Les patients atteints de syndrome pré-déméntiel ont, quant à eux, un risque de 12 à 15% par an de devenir dément (50 à 90% à 5 ans).

- Conduite automobile

La conduite est une tâche complexe qui associe trois principaux facteurs :

- Le **savoir-faire**, qui correspond aux performances en conduite réelle : il s'agit de la capacité à réaliser un créneau pour se garer ou à conduire sur la neige, par exemple.
- Le **comportement au volant**, qui caractérise surtout l'attitude du conducteur : c'est le fait de freiner au dernier moment ou d'accélérer pour avoir le feu orange.
- L'**aptitude à la conduite**, qui équivaut aux capacités physiques (lever la jambe pour freiner ou tourner le volant) et les capacités mentales (se souvenir du trajet, analyser une intersection).

Un dernier point est à préciser sur les comportements routiers. Pour chaque situation, il faut bien dissocier :

- l'**oubli**, qui est une faute d'inattention,
- l'**erreur**, qui s'assimile plus à l'échec d'une action programmée pour atteindre un objectif,
- l'**infraction**, qui correspond à une conduite risquée volontaire et délibérée.

2) Personnes âgées et conduite automobile

Les chiffres actuels de la sécurité routière sont en adéquation avec le vieillissement de la population française.

En 2010, les personnes âgées (plus de 65 ans) représentaient 20.8% de l'ensemble des titulaires du permis de conduire avec une distance moyenne parcourue de 9100 km par an (12800 km/an toutes tranches d'âges confondues).

Sur cette même étude, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 9 % de la population et 12 % de la mortalité routière. Cette classe d'âge représente 41 % des piétons tués, 12 % des cyclistes tués et 12 % des automobilistes tués : cette classe d'âge est particulièrement vulnérable. (3)

Le vieillissement normal des conducteurs entraîne des modifications cognitives avec un ralentissement psychomoteur et des difficultés d'attention divisée ; il touche également la vue avec une baisse d'acuité et diminue la coordination motrice. Or toutes ces fonctions demeurent très sollicitées lors de la conduite. (4)

Ces défaillances créent des situations de surrisque, notamment dans les prises de décisions sous contrainte temporelle ou dans les intersections complexes. Les seniors non malades développent alors des stratégies d'adaptation de leur mode de conduite pour diminuer l'exposition aux risques : ils roulent moins vite et moins longtemps, se déplace surtout en journée, évitent les autoroutes et les heures de pointe.

Dans notre société, l'idée selon laquelle les personnes âgées sont dangereuses au volant est répandue et il suffit d'observer la présence régulière du sujet dans les actualités pour s'en convaincre. (5)

Cependant, dans les faits, il s'avère que l'adaptation des conducteurs âgés les rend moins accidentogènes : en comparant les tranches d'âges, il a été avancé que les conducteurs les plus âgés sont moins dangereux pour les autres usagers mais ils sont plus vulnérables aux blessures et aux décès en rapport avec les accidents de la route.(6)

La perception du risque accidentogène est rendue difficile par l'impossibilité de recenser les personnes possédant un permis mais n'utilisant plus leur voiture.

De plus, on se rend compte que les vieux conducteurs en bonne santé font plus d'erreurs et d'oublis que de réelles infractions. (7)

Les différentes méthodes d'évaluation de l'aptitude varient selon les pays européens et nombre d'entre eux ont mis en place une évaluation systématique obligatoire à un certain âge.

Un récent rapport d'enquête de la commission européenne sur l'évaluation médicale de l'aptitude à la conduite a examiné l'efficacité d'une telle mesure au moyen d'une revue de la littérature, nous détaillerons ses conclusions plus tard. (8)

Au niveau international, les études montrent que l'examen systématique des seniors a plutôt des conséquences négatives en termes de santé publique. (9-11)

3) Démence, troubles cognitifs et conduite automobile

Notre travail ne se focalise pas sur le vieillissement de la population en tant que tel mais plutôt sur l'augmentation du nombre de démences diagnostiquées ou suspectées en lien avec ce phénomène.

Les chiffres de l'association France Alzheimer évaluent à 850 000 le nombre de patients atteints par la maladie en France et estiment qu'en 2020, il y aura 1 275 000 malades souffrant de cette pathologie, soit **1 Français sur 4** de plus de 65 ans. (12)

Pour ces patients, la conduite est altérée à tous les niveaux de compétences. Les fautes au volant concernent surtout des erreurs tactiques, c'est-à-dire lors du maintien et du changement de voie, ou l'incapacité à se mêler à la circulation. (13-15)

Paradoxalement, les erreurs de conduite se produisent sur une ligne droite où les conditions ne sont pas considérées comme très difficiles. (5,16)

En matière d'aptitude, il peut paraître évident qu'une démence sévère est incompatible avec la pratique de la conduite automobile. La situation devient beaucoup plus complexe lors du diagnostic de démence débutante ou lors de symptômes pouvant évoquer des troubles cognitifs évolutifs ou un MCI. (5)

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer n'impose pas la révocation immédiate et complète du permis ni même une convocation obligatoire à un test de conduite sur route. Il est impossible de conclure que ces malades atteints de troubles neurodégénératifs devraient être limités dans leur pratique. (13,14)

Une étude italienne de 2006 a montré que les patients souffrant de MCI n'ont qu'une limitation modérée de leur aptitude en comparaison aux déments présentant une sévérité modérée qui ont, quant à eux, de mauvaises performances au même test. (17)

C'est un fait démontré, les malades d'Alzheimer ont un **risque supérieur d'accident et de perte de contrôle** en comparaison à la population générale et ce, malgré des modifications de leurs habitudes de conduite (similaires à celles des personnes âgées), qui s'avèrent donc insuffisantes. (18)

Pourtant, un certain nombre de patients déments au stade débutant sont capables de conduire sans risque. Les différentes études et notamment celle de Breen (2007) accordent une « deadline » de trois ans de capacité à compter du moment où est posé le diagnostic de la maladie : c'est la **règle des 3 ans**. (19)

Tout l'enjeu du questionnement est alors de mesurer le niveau de risque de ces personnes et d'identifier à quel moment le danger devient intenable pour la société. (18)

La réflexion éthique concerne surtout l'anosognosie de certains patients : quid de l'auto-déclaration supposée aux médecins agréés après diagnostic de la pathologie ? Cette dernière paraît alors bien hypothétique et l'efficacité du retrait de permis en cas d'inaptitude se voit tout aussi remise en question : doit-on empêcher systématiquement tous les patients déments de prendre le volant et ce, par n'importe quels moyens ? Et surtout, le médecin est-il en capacité de les y contraindre ? La problématique se résume donc à la prise d'une décision médicale qui met en balance un danger probable et les conséquences de l'arrêt de la conduite pour des personnes vieillissantes.

Le facteur essentiel dans la prise de décision d'un arrêt de la conduite chez les personnes malades (le plus souvent âgées) est l'ensemble de ses conséquences. Cet arrêt s'avère très négatif ⁽²⁰⁾ et ce, d'autant plus pour les personnes vivant en milieu rural, lequel est moins pourvu en solutions d'aides à domicile et de maintien de l'autonomie.

Cette interruption est synonyme de **perte d'indépendance et d'autonomie** pour les patients déments. ⁽¹⁹⁾ On constate également la majoration de symptômes de dépression et une réduction significative des activités en dehors du domicile avec une **répercussion certaine sur la sociabilisation** de ces personnes (famille et amis). ⁽¹⁸⁾ De plus, le déclin cognitif semble être moins important pour les patients poursuivant la conduite. ⁽²¹⁾

D'une manière générale, le contrôle de l'aptitude à conduire est difficilement réalisable chez le patient atteint de démence pour plusieurs raisons.

La première concerne les atteintes cognitives qui varient selon le type de démence ; la recherche s'affaire à établir des séries de tests adaptés à l'étiologie. Certaines étiologies sont plus à risques que d'autres pour la conduite automobile, notamment les démences à corps de Levy (déficits visuo-perceptifs et attentionnels) et fronto-temporales à un stade très précoce (trouble de jugement et du comportement). ⁽²²⁾

Ensuite, le **Gold-standard** en la matière demeure le **test de conduite sur route avec moniteur** ⁽¹⁴⁾ mais globalement, il se trouve peu accessible et coûteux. Deux études longitudinales ont montré que 69% des patients souffrant d'une démence légère et 89% de ceux atteints à un stade très léger sont capables de réaliser un test sur route. ^(23,24) De plus, les capacités cognitives déclinant progressivement, l'évaluation devrait donc être **répétée tous les 6 mois** pour être efficace. ⁽²³⁾

Enfin, il n'existe actuellement pas de tests cliniques ou de batteries d'examen disponibles pour les praticiens permettant d'établir une aptitude à la conduite pour ces individus.

En effet, la première revue de la littérature en la matière menée par *Bennett (2016)* a pour but de rechercher des outils capables de déterminer l'habilité à la conduite et d'établir une relation entre les tests cognitifs et la conduite automobile. (25)

Les études consultées dans cet article soulignent un manque de cohérence certain dans les résultats : **il n'existe aujourd'hui aucun test ou association qui pourraient être prédictifs d'une incapacité à prendre le volant pour un patient dément.**

Cependant, l'article remarque qu'un malade a 2 à 8 fois plus de risques d'être impliqué dans un accident de la route et évalue la période de conduite sûre entre 2 et 4 ans.

Les axes de recherche s'articulent désormais vers une association entre tests cliniques, psychométriques et de conduite sur simulateur pour égaler le test de conduite réel.

Deux récentes études hollandaises tendent justement à prouver l'efficacité de cette association face à la maladie d'Alzheimer ou aux MCI et entrouvrent de nouvelles possibilités dans ce domaine. (26,27)

4) Evaluation médicale de l'aptitude à la conduite en France

L'article R412-6 du Code de la route implique une aptitude physique et psychique à la conduite automobile : « *Tout conducteur doit se tenir constamment en état et en position d'exécuter commodément et sans délai toutes les manœuvres qui lui incombent.* »

- Le système français

En France, l'évaluation de cette aptitude est **organisée autour de médecins agréés par la préfecture** de leur département d'exercice. Ce sont eux qui examinent les patients et jugent de leur capacité à prendre le volant.

Ces praticiens peuvent consulter en dehors ou dans des commissions médicales primaires et d'appel (composées d'au moins deux médecins).

Depuis les modifications légales de 2012 (28,29), il s'opère un transfert de compétence vers les médecins hors commission : seul le conducteur sanctionné d'une suspension ou d'une annulation de permis en rapport avec l'alcool ou les stupéfiants doit obligatoirement passer devant la commission ainsi que les patients dont la visite n'a pas été concluante chez un homologue en cabinet.

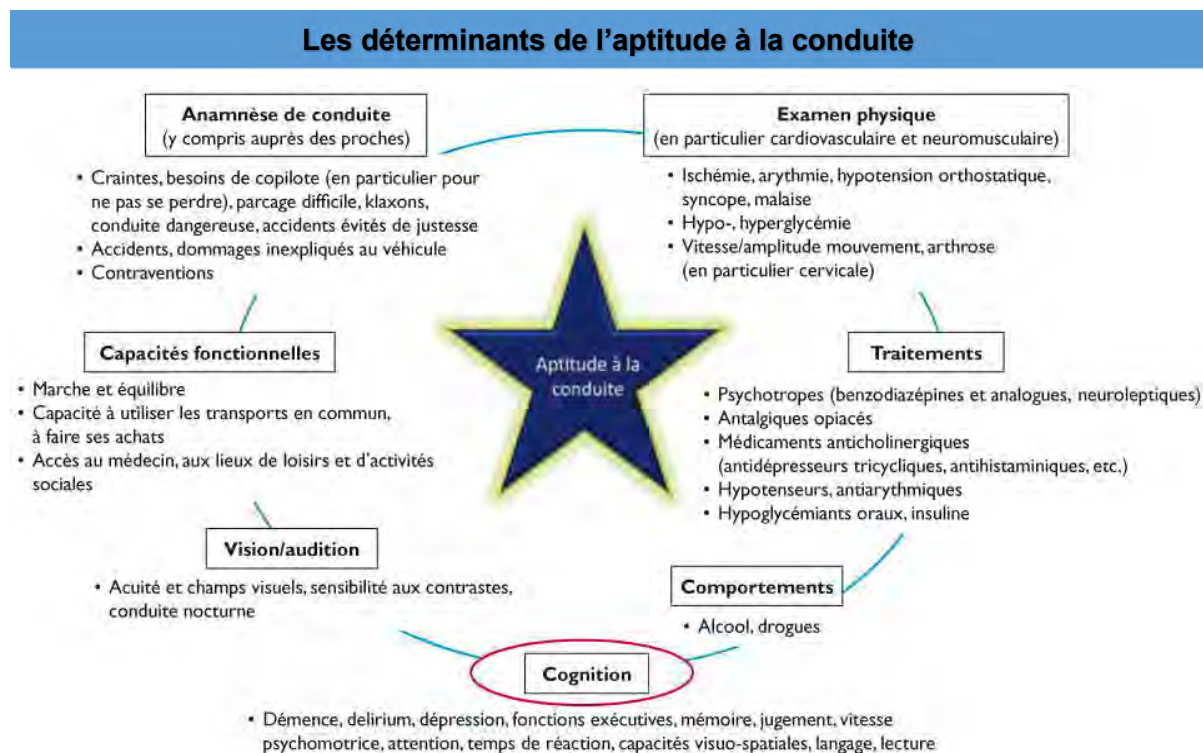
Le soignant consulté par le patient ne peut pas être son médecin traitant.

Le médecin donne un avis médical d'expert qu'il transmet aux autorités préfectorales, mais c'est bien le **préfet qui prend la décision finale d'aptitude ou non.**

Dans notre pays, il n'existe pas de contrôle médical systématique pour l'ensemble des conducteurs ; seuls les titulaires du permis C ou D ou toute personne avec une activité professionnelle spécifique (taxi, ambulancier...) doivent être évalués tous les 5 ans pour la prolongation de leur validité.

Cependant, tout candidat au permis de conduire ou tout conducteur qui rencontre un problème de santé doit, de sa propre initiative, se soumettre à un contrôle médical. (30)

Toutes les causes d'inaptitude partielle ou totale sont regroupées dans l'arrêté du 31 août 2010. (31)



Büla Christophe. 2011. « Conduite automobile et troubles cognitifs : comment anticiper ? » (32)

- L'examen médical

Le praticien recherche par son examen une **anomalie physique, psychique ou métabolique** pouvant interférer avec la conduite et en informe le demandeur.

L'interrogatoire recherche les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient, la prise de traitement (somnifères, psychotropes, antidiabétiques oraux...) et la consommation d'alcool usuelle.

L'examen physique se compose d'une auscultation cardiovasculaire avec prise tensionnelle, d'un examen neurologique et ophtalmologique (acuité visuelle, champ visuel et vision des couleurs).

Un examen psychotechnique peut être demandé, il est obligatoire en cas d'annulation ou de suspension de permis.

Un avis consultatif peut être sollicité auprès d'un spécialiste concerné par la pathologie ciblée. Les conclusions sont directement transmises au médecin demandeur.

Nous pouvons tout de même préciser que chaque médecin agréé est libre de choisir les examens nécessaires à l'évaluation de l'aptitude du conducteur qui se présente à lui. Il n'existe actuellement aucun protocole obligatoire ni aucun moyen de comparer les pratiques de chacun.

Il existe quatre types de décisions à la disposition de l'évaluateur :

- **APTE** pour la durée fixée par la réglementation.
- **APTE TEMPORAIRE** pour une durée limitée et à réexaminer ou non par la commission médicale.
- **APTE avec les RESTRICTIONS/DISPENSATIONS suivantes** : lunettes ou dispositif de correction de la vue, véhicule aménagé...
- **INAPTE.**

- La responsabilité du conducteur

Lors d'une demande ou d'un renouvellement de permis, le conducteur doit déclarer sur l'honneur qu'il n'est pas atteint d'une infirmité ou d'une affection susceptible d'être incompatible avec l'obtention ou le maintien de son permis de conduire et ce, via le formulaire réglementaire. Une fausse déclaration invalide le permis sans préjudices de sanctions pénales et annule le contrat d'assurance.

La personne qui omet, volontairement ou non, de se soumettre à un contrôle médical imposé par son état de santé ou sa profession s'expose aux sanctions prévues par le code de la route et le code des assurances ; prise au volant, elle est considérée comme **conducteur sans permis** (un an d'emprisonnement et 15000 euros d'amende) **et sans couverture des dommages.** (30)

- La responsabilité du médecin traitant

En cas de suspicion d'inaptitude, le médecin généraliste ne possède aucune disposition législative ou réglementaire pour empêcher son patient de conduire. D'ailleurs, rien ne l'y oblige ; il doit s'efforcer, de manière active et insistante, de le dissuader de conduire. (30)

Sur le plan médico-légal, il doit informer le patient de ses doutes quant à son aptitude et l'orienter vers un médecin agréé. Il consigne tout ceci dans le dossier médical de son patient en gage de traçabilité.

Cependant, c'est au seul conducteur qu'incombe la responsabilité de consulter ou non et de prendre le volant de son véhicule. Il n'y a pas de levée du secret médical envers un confrère agréé et le médecin ne peut ni signaler, ni informer la préfecture de la situation à risque.

Seuls les proches peuvent alerter les autorités préfectorales par un signalement afin d'amener à une convocation devant la commission. Mais le praticien doit toujours respecter le secret médical.

Le rôle du médecin traitant reste néanmoins essentiel dans la prise en charge : il connaît bien le patient, ses habitudes et ses besoins de mobilité ; il peut le conseiller et émettre des recommandations au moment du diagnostic de certaines maladies pouvant impacter la conduite automobile. (31)

- **Le cas particulier des démences**

Les démences font parties de la classification de l'arrêté du 31/08/2010 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire. (33)

Elles se situent dans la classe IV, incluant la sous-partie 4.4 : troubles neurologiques, comportementaux et cognitifs.

4.4.2 Troubles cognitifs et psychiques

Compatibilité selon l'évaluation neurologique ou gériatrique.

Incompatibilité en cas de démence documentée, après avis spécialisé si nécessaire.

L'organisation du système français ne permet pas un accès protocolisé au test de conduite réel ou sur simulateur dans des centres de référence. Effectivement, la commission peut demander qu'un test de conduite soit effectué par une auto-école indépendante mais il est le plus souvent utilisé pour des adaptations de la conduite. L'absence de parcours établi et la difficulté d'accès aux tests nuisent inévitablement aux patients qui se voient inaptes à la conduite sur la base de tests cliniques et psychométriques insuffisants sur le plan scientifique.

Nous pouvons dès lors dégager trois problématiques essentielles :

- Comment convaincre le patient de se rendre chez le médecin agréé ?
- Que faire des patients présentant des syndromes pré-démenciels ou MCI ?
- En cas d'anosognosie, le retrait du permis garantit-il l'arrêt de la conduite ?

- Actualités

Depuis le 19/01/2013 et conformément à une directive européenne de 2006 ⁽³⁴⁾, la France a dû modifier son système pour l'adapter au permis de conduire européen. Initialement délivré à vie, une durée légale de validité administrative du permis est instaurée et la période est laissée à la convenance de chaque Etat entre 10 et 15 ans. Cette harmonisation met en relief les disparités importantes entre les pays européens, notamment en ce qui concerne le contrôle systématique de l'aptitude, l'évaluation des conducteurs âgés ou les dispositions réglementaires en matière de secret médical et de signalement aux autorités compétentes. ⁽³⁵⁾

A plusieurs reprises au cours des années 2016 et 2017, l'Ordre des médecins, par l'intermédiaire de son bulletin, a renseigné les modalités de l'aptitude à la conduite et le rôle du médecin traitant. ^(36,37)

Un document de la sécurité routière est d'ailleurs associé au numéro de septembre 2017 concernant le rôle des praticiens ; il précise les pathologies devant attirer leur attention. Il reste pourtant assez vague pour le cas des troubles cognitifs comme décrit auparavant.

Cette campagne vise à déresponsabiliser les praticiens sur le sujet de la conduite automobile et à rappeler leurs obligations réelles. Nous pouvons juste relever l'accessibilité à ces informations et l'absence de réponse concrète au problème nous concernant. ⁽³¹⁾

Une proposition de loi du 3/10/2017 de Mme DUBY-MULLER Virginie, députée à l'Assemblée nationale, évoque la mise en place d'une visite médicale de contrôle systématique pour les conducteurs de soixante-dix ans et plus.

Cette évaluation se ferait tous les 5 ans par un médecin de ville agréé. Le médecin pourrait statuer sur une inaptitude partielle ou totale.

Ce projet intègre une volonté d'encadrement du permis, notamment pour nos seniors, sans pour autant les stigmatiser.

Concernant notre travail, au vu de la progressivité des démences, le contenu de ce document paraît clairement insuffisant et inadapté mais a au moins le mérite de vouloir faire changer les choses.

Toutes ces actualités mettent en lumière ce problème de société que constitue le droit à la conduite. Notre sujet de thèse s'intègre donc dans une démarche de réflexion et vise plus particulièrement les patients déments, mais il est évident que la responsabilité est entre les mains du législateur qui est seul à pouvoir modifier un système français vieillissant.

REVUE NARRATIVE DE LA LITERATURE EUROPEENNE

1) Méthode de la revue de la littérature

Objectifs

Cette revue de la littérature narrative sur le thème de l'aptitude à la conduite et la démence a pour but de comprendre le rôle de nos confrères généralistes européens et les moyens dont ils disposent face à ce problème.

Nous pourrions alors démontrer pourquoi la place du médecin traitant est essentielle en France et proposer des solutions et des arguments inspirés de nos voisins pour convaincre ces patients difficiles d'arrêter de prendre le volant.

Elle permettra également d'étudier les divergences des systèmes mis en œuvre dans les différents pays et notamment d'y observer la réglementation en vigueur concernant le secret médical.

Ainsi, nous montrerons à quel point le système actuel français reste perfectible et nous ouvrirons le débat sur la nécessité de légiférer en la matière.

Matériel et Méthode

La recherche bibliographique s'est faite à l'aide de bases de données connues dans la recherche scientifique :

- PubMed,
- Cochrane data base,
- Le moteur de recherche Google scholar et Google.

Nous nous sommes aussi appuyés sur les sites web gouvernementaux de plusieurs pays européens comme le Ministère des transports, sur celui de la Sécurité routière ainsi que sur les sites internet des centres d'évaluation de la conduite pour en obtenir des informations.

Sur la base de leur système singulier en matière d'évaluation de la conduite, nous avons sélectionné 5 pays européens constituant un panel des possibilités en Europe : l'Espagne, la Suisse, le Royaume-Uni, la Belgique et les Pays-Bas (l'Allemagne a été intégrée suite à la lecture de publications ciblant la problématique et intéressant notre recherche).

Les mots-clés suivants ont été utilisés en combinaison pour constituer notre base de recherche :

- [dementia] / [cognitive impairment] / [MCI]
- [driving] / [fitness to drive] / [automobile] / [drivers]
- [general practice] / [family practice] / [general practioners]
- [Europe] / [Spain] / [Switzerland] / [France] / [United Kingdom] / [Belgium] / [Netherland]

- [démence] / [troubles cognitifs] / [MCI]
- [conduite automobile] / [aptitude à la conduite] / [conducteurs]
- [médecin généraliste] / [médecine générale] / [médecin de famille]
- [Europe] / [Espagne] / [Suisse] / [France] / [Royaume-Uni] / [Belgique] / [Pays-Bas]

La phase préliminaire de notre travail se résume à la recherche d'articles, de documents ou de sites internet sur *Google scholar* et *Google* par une association de mots clés simples (démence / aptitude / conduite automobile / pays européens étudiés) en français, anglais et espagnol.

Ensuite, nous avons structuré la recherche sur *Pubmed* selon trois grands axes de travail dans le contexte européen : tout d'abord, nous nous sommes intéressés à la littérature concernant la démence et la conduite automobile en Europe ; puis notre attention s'est portée sur l'aptitude à la conduite et la médecine générale ; finalement, nous avons examiné l'association des troubles cognitifs et démentiels avec la conduite en lien avec le médecin de proximité.

Ainsi, lors de l'analyse, nous avons uniquement retenu les articles concernant les pays européens sur la base de la lecture de leurs titres et de leurs résumés. Aucune sélection n'a été effectuée sur le critère de la langue du document, tous ont été acceptés dès lors que le résumé était rédigé en anglais ou en français.

Un grand nombre d'informations et de documents ont été collectés sur des sites gouvernementaux (tels que celui du Ministère des transports), d'instances européennes ou sur les pages web des centres d'évaluation de la conduite.

Devant la faible production de littérature concernant la médecine générale et le peu d'articles généralistes référencés sur Pubmed à propos de notre sujet, nous avons exploré les sommaires de plusieurs revues de médecine générale européenne sur les dernières années et particulièrement dans celles où un article a été retrouvé. Nous avons également exploité les références et citations des articles qui pouvaient le mieux correspondre à notre objectif de recherche pour compléter notre base de données.

La méthode d'analyse bibliographique consiste dans la synthèse des six modèles européens sélectionnés afin de mettre en évidence pour chacun des Etats : les structures en place, la législation en vigueur, le rôle du médecin généraliste et les stratégies utilisées dans le cas d'un patient atteint de troubles cognitifs ou d'un syndrome pré-déméntiel.

Les propositions de prise en charge adaptée à la situation de la médecine générale ont particulièrement retenu notre attention.

Les données rassemblées sont synthétisées au sein d'un tableau comparatif permettant de mettre en évidence les différences ou les points communs pour amener une discussion critique sur la pertinence du système français.

2) Résultats de la revue de littérature

La recherche documentaire avec une association de mots simples sur *Google scholar* a produit de très nombreux résultats :

- [démence] ET [aptitude] ET [conduite] : 4660 résultats
- [démence] ET [aptitude] ET [conduite] ET [médecin généraliste] : 366 résultats
- [dementia] AND [fitness to drive] : 22400 résultats
- [dementia] AND [fitness to drive] AND [general practice] : 21400 résultats

La lecture des dix premières pages de recherche a permis de sélectionner des articles de références dans le domaine de l'aptitude à la conduite des patients déments.

Dans un second temps, il nous a fallu orienter les explorations en fonction des thèmes et des pays abordés.

Par la suite, nous avons centré notre travail sur Pubmed avec trois axes de recherches bien distincts (chaque pays européen est utilisé successivement dans le moteur de recherche) :

- ([dementia] OR [cognitive impairment] OR [MCI]) AND ([driving] OR [fitness to drive] OR [automobile] OR [driver]) (Title/abstract) : 1469 résultats
- Ajout successif : ... AND [Europe / Spain / France / Switzerland / United-Kingdom / Belgium / Netherland] (Title/abstract) : 290 résultats dont **49 articles sélectionnés**
- ([automobile driving] OR [fitness to drive]) AND ([general practice] OR [family practice] OR [general practitioner]) (Title/abstract) : 240 résultats
- Ajout successif : ... AND [Europe / Spain / France / Switzerland / United-Kingdom / Belgium / Netherland] (Title/abstract) : 80 résultats dont **17 articles sélectionnés**

- ([older driver] OR [dementia] OR [cognitive impairment]) AND ([driver] OR [fitness to drive] OR [automobile]) AND ([general practice] OR [family practice]) (Title/abstract) : 25 résultats dont **17 articles sélectionnés**
- *Ajout successif* : ... AND [Europe / Spain / France / Switzerland / United-Kingdom / Belgium / Netherland] (Title/abstract) : 7 résultats dont **5 articles sélectionnés**

La recherche sur Pubmed a mis en avant 70 articles en rapport avec notre sujet. Toutefois, **seulement 10 articles** sont en lien direct avec la problématique du patient dément en consultation de médecine générale en Europe.

Nous complétons ces ressources avec des articles retrouvés parmi les références ou les revues de médecines générales européennes et des documents consultables sur les sites gouvernementaux.

En conclusion, notre base de littérature se constitue de 190 documents et articles concernant notre sujet.

Plus précisément, 103 items concernent la zone européenne et 30 d'entre eux touchent directement ou non le champ de la médecine générale.

Tableau
1

	Organisation du permis de conduire	Législation	Secret Médical	Moyens d'évaluation	Rôle du Médecin Traitant	Prise en charge des démences
France	Permis à vie, sans contrôle systématique Evaluation de l'aptitude par un médecin agréé en cas de pathologies	Code de la route <i>Arrêté du 31 août 2010</i> , concernant les pathologies pouvant entraîner une inaptitude à la conduite	Absence de dérogation	Tests cliniques et psychotechniques Avis auprès du spécialiste concerné	INFORMATION et CONSEIL au moment du diagnostic Il ne peut pas évaluer l'aptitude de son propre patient	Démence considérée comme inapte à la conduite après avis spécialisé
Suisse	Contrôle systématique à partir de 70 ans / 2 ans Compétences hiérarchisées avec recours possible à un médecin plus qualifié	<i>Pathologies de l'AOC</i> , Annexe 1 <i>Loi fédérale sur la sécurité routière</i> (art. 14 et 15)	Dérogation possible	Autoformation des médecins par niveau de compétences Tests cliniques et psychotechniques Test sur route sur demande	ROLE DOUBLE +++ : Conseil et Expertise Rédige le certificat d'aptitude	Utilisation des Tests et Anamnèse précise de la situation Calcul du CDR Score Si 0,5-1 : discuter un test sur route Si >1 : Inaptitude
Allemagne	Permis à vie, sans contrôle systématique Evaluation de l'aptitude si doute sur la conduite ou en cas de pathologies	<i>Loi sur la circulation routière (StVG)</i> <i>Réglementation des permis de conduire (FeVG)</i> : article 11	Dérogation possible en cas de danger	Tests cliniques et psychotechniques Avis de plusieurs spécialistes de domaines différents sur demande de l'autorité compétente	INFORMATION et CONSEIL Il ne peut pas évaluer l'aptitude de son propre patient	Démence considérée comme inapte à la conduite d'après Annexe 4 (FeV) Absence de protocole retrouvé
Royaume-Uni	Contrôle systématique à partir de 70 ans / 3 ans Gestion des permis par la Driver and Vehicle Licensing Agency (DVLA)	<i>Road Traffic Act 1988</i> (Section 92) <i>Motor Vehicles Regulation 1999</i>	Dérogation possible dans des circonstances très précises (troubles cognitifs notamment)	Auto-questionnaire médical pour le patient +/- Questionnaire pour le généraliste/spécialiste traitant Test de conduite sur route	CONSEIL et SURVEILLANCE Information des patients sur leur obligation d'informer la DVLA en cas de pathologies	Démence : peut être capable de conduire mais doit en informer la DVLA Evaluation de la conduite par interrogatoire, tests psychotechniques et test sur route
Pays-Bas	Contrôle systématique à partir de 70-74 ans / 5 ans Evaluation très structurée dans les Centres CBR	<i>Regeling eisen geschiktheid 2000</i>	Jurisprudence pour le signalement aux autorités en cas de danger avec divulgation d'information minimale	Auto-questionnaire médical adapté à la pathologie Tests cliniques et psychotechniques Test de conduite sur simulateur ou sur route	CONSEIL et AIDE Peut remplir la partie médicale de la déclaration sur demande du patient	Utilisation du CDR score : Si 0,5-1 : test de conduite sur route Si >1 : Inaptitude Aptitude limitée de 1 à 3 ans
Espagne	Contrôle systématique à l' obtention puis /10 ans , après 65 ans / 5 ans Procédure administrative avec des centres régionaux privés	<i>Annexo IV Actual</i>	Signalement obligatoire	Liste des 13 dimensions Tests cliniques et psychotechniques Avis spécialisé	Non retrouvé.	<i>Il ne doit pas exister de suspicion de délire ou de démence</i> (Ann.IV / 10,1) Inaptitude à l'exception de l'avis d'un neurologue ou d'un psychiatre
Belgique	Permis à vie, sans contrôle systématique Déclaration d'aptitude à l'obtention Evaluation par la CARA	<i>Arrêté Royal du 23 mars 1998</i> (Alinéa 1.1.6) <i>Article 24 sur A.R. du 16 mars 1968</i>	Jurisprudence pour le signalement aux autorités en cas d'état de nécessité	Tests cliniques et psychotechniques Avis auprès du spécialiste concerné Evaluation par Expert de la CARA avec test sur route pour les cas indécis	INFORMATION, CONSEIL et AIDE Remplit la déclaration médicale du modèle VII	MMSE proposé comme surveillance et dépistage des troubles cognitifs Avis spécialisé par neurologue obligatoire Permis avec restrictions détaillées valable 6 mois à 1 an

3) Analyse de la revue narrative européenne

A) Critique de la revue

Ce qui ressort en premier lieu de cette analyse est le manque de publications sur le sujet. Pourtant, la problématique de la démence et de la conduite demeure un sujet de recherche plutôt attractif avec des publications récentes notamment dans l'élaboration de tests pouvant se substituer aux méthodes actuelles. Cependant, il n'existe finalement que très peu de textes concernant le rôle du médecin traitant.

Une des explications les plus simples à cela réside dans la difficulté d'accéder à la documentation. En effet, beaucoup d'informations sont relayées par les revues de médecine générale ou des documents de l'Ordre des médecins mais elles sont publiées dans leur langue originale.

Il devient dès lors très difficile de réaliser des recherches pointues quand on ne maîtrise pas une langue comme l'allemand ou le néerlandais par exemple.

Ensuite, les difficultés éthiques et techniques de la situation en médecine de proximité ne permettent pas de proposer des protocoles standardisés en réponse à ce problème. Les publications retrouvées résument très bien la situation et, lorsque nous comparons les revues de la littérature publiées à des années différentes, il semble ne jamais y avoir de grandes nouveautés dans les conclusions avancées.

En reprenant l'exemple de l'Espagne, nous constatons que la littérature ciblant la médecine générale reste difficilement accessible, et ce, malgré des recherches dans des revues générales ou sur les sites officiels. Mais nous pouvons interpréter cette carence par une absence de nécessité et non par un manque d'intérêt : le système espagnol très administratif et systématisé expose finalement très peu les médecins généralistes à la situation évoquée dans notre enquête.

Néanmoins, nous découvrons quelques articles très intéressants concernant des propositions de conduite à tenir pour le généraliste qui rencontre un patient dément dont la capacité à prendre le volant pose question.

Ces documents sont le plus souvent retrouvés dans la littérature de pays où le système de contrôle est peu administratif et mal encadré par la législation : c'est donc au médecin de répondre aux questions posées par les problèmes de société induits par la conduite.

B) Organisation des systèmes d'évaluation de la conduite

a- La tendance à l'harmonisation européenne

Nous le signalons plus tôt dans ce document, la tendance politique actuelle est à l'harmonisation des règles en matière de conduite au sein de la zone européenne depuis la directive de 2006, et notamment dans l'organisation des systèmes et des législations. (34)

Que ce soit en matière de structures, de secret médical ou d'obligations légales, le tableau des résultats montre bien l'absolue diversité des modèles qui conditionnent évidemment les disparités de rôle et de responsabilités des praticiens européens.

La mission européenne en matière de conduite datant de 2013, le Consol Report WP5.1, avait pour but de déterminer l'efficacité d'un modèle d'évaluation systématique de l'aptitude à la conduite pour les personnes âgées. (8)

La comparaison des divers pays membres a montré que peu d'entre eux ont modifié leur organisation à l'issue de l'introduction de la directive précédemment citée.

L'utilité d'un contrôle systématique en matière de sécurité et particulièrement en ce qui concerne le renouvellement nominatif du permis ou les licences restreintes de conduites n'a été retrouvée que dans les publications américaines.

La transposition systématique à la zone européenne est, par conséquent, délicate et les quelques études européennes montrent plutôt un effet inverse en termes de sécurité : les personnes âgées choisissent un mode de déplacement les rendant plus vulnérables.

La conclusion met en avant le dilemme posé aux omnipraticiens quand un choix s'impose à eux : décider entre autonomie du patient et sécurité pour la société. Les propositions s'orientent vers un maintien du permis adapté aux capacités avec l'utilisation des nouvelles technologies mais aussi vers le développement de stratégies de transport alternatives à la conduite.

b- La diversité des règles en matière de permis de conduire

L'article de Lentaigne de Logivière et al.(35) met en évidence les différences de législation en matière d'aptitude à la conduite. Néanmoins, nous dégageons trois grands ensembles qui englobent l'essentiel des possibilités :

- **Absence de contrôle systématique** : c'est le cas de la **France**, de la **Belgique** et de l'**Allemagne**.

Dans ces pays, c'est le conducteur qui est responsable de l'évaluation de sa capacité à conduire : il doit lui-même rendre compte de ses pathologies aux autorités ou au médecin compétent en cas d'inaptitude supposée.

Une évaluation de l'aptitude n'est réalisée qu'en cas de pathologies pouvant affecter la conduite ou d'infraction constatée au code de la route.

- **Contrôles à partir d'un âge déterminé** : c'est le cas de la **Suisse** (tous les 2 ans à partir de 70 ans), des **Pays-Bas** (tous les 5 ans à partir de 70 à 74 ans) ou du **Royaume-Uni** (tous les 3 ans à partir de 70 ans).
Ce système n'empêche pas la possibilité d'une évaluation des compétences en cas de pathologies dangereuses avant l'âge limite.
- **Contrôles systématiques** : C'est le cas de l'**Espagne**.
La procédure est très administrative avec un renouvellement du permis tous les 10 ans jusqu'à 65 ans puis tous les 5 ans. L'examen médical nécessaire à la reconduction est réalisé dans des centres indépendants régionaux.

c- Les structures dédiées à l'évaluation médicale

Les similarités observées pour certains pays dans l'organisation de l'appréciation médicale de l'aptitude ne se confirment pas systématiquement dans le cadre légal pour le permis de conduire : effectivement la responsabilité du contrôle peut appartenir au médecin généraliste ou aux centres référents, peu importe l'existence d'un contrôle systématique ou non.

Le système français est assez singulier avec l'utilisation d'un médecin agréé par la préfecture, pouvant siéger ou non en commission, responsable de ce contrôle avec finalement peu de moyens et en l'absence de directives claires.

Son voisin allemand est dans une situation similaire, à la différence près que c'est l'autorité compétente, la police, qui mandate, successivement si besoin, des médecins experts (médecin spécialisé en sécurité routière, du département de la santé, du travail, légiste ou, en dernier recours, du centre d'évaluation d'aptitude) pour l'établissement de l'aptitude. (38)

En Suisse, le médecin généraliste prend le rôle d'expert de la conduite à la demande de son patient ; il peut néanmoins se référer à un médecin spécialisé mieux formé devant un cas complexe. (39)

L'organisation la plus fréquemment observée dans notre travail est celle des centres spécialisés en matière de conduite.

Ces centres, comme la CARA (40) en Belgique ou la DVLA (41) au Royaume-Uni, jouent la fonction d'expert et de référence en matière de conduite. Ils proposent des tests de conduite sur les véhicules personnels des conducteurs pour les adapter ou bien des tests avec moniteur sur voiture à double commande.

La CBR(Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen) (42) ou l'Agence centrale néerlandaise pour les permis de conduire participe notamment à la recherche de méthodes d'évaluation chez les patients déments.

Le fonctionnement en centres référents permet une évaluation pluridisciplinaire plus juste et surtout mieux acceptée par le patient. Ils font figure d'autorité en matière de conduite et déchargent les médecins de toute responsabilité légale et morale.

d- Les aménagements du permis

Une des méthodes fréquemment utilisées pour le maintien du permis de conduire consiste en la restriction ou en l'adaptation des règles de conduite.

Elle existe en France et dans l'ensemble des pays examinés. C'est une des réponses les plus efficaces à la perte de capacité menant à une inaptitude partielle à la conduite.

Des exemples de restriction de la conduite sont exposés dans l'encadré n°1.

La modification de la durée de validité de la licence constitue un autre aménagement possible. Cet outil est employé pour les pathologies évolutives où il y a nécessité de

réévaluer plus fréquemment les capacités des patients et lorsque les déficits constatés ne sont pas encore figés dans le temps.

Les résultats probables à l'évaluation médicale en Suisse ⁽⁴³⁾ correspondent globalement aux schémas retrouvés dans les divers pays étudiés ; ils font apparaître quatre possibilités :

- Apte sans restriction.
- Apte avec certaines conditions : **AMENAGEMENT du permis**.
- Aptitude fortement remise en question, difficulté à se prononcer : nécessite un avis spécialisé et des expertises complémentaires.
- Inapte : les exigences médicales requises ne sont plus remplies.

C) Cadre légal de l'évaluation médicale

a- Législations européennes en matière de secret médical

Les standards posés par l'Union européenne concernant les lois sur la régulation de l'aptitude à la conduite restent en accord avec ce que nous avons vu précédemment : chaque pays possède sa législation et l'applique selon ses propres dispositions.

La directive de 2006 avait pour but d'harmoniser ces différences pour parvenir à un permis européen cohérent pour les citoyens passant d'un Etat membre à un autre mais l'application de ces dispositions restait à la charge des pays.

Encadré n°1 : Exemples de restriction de conduite

- Port d'une correction de la vision
- Circulation limitée à une distance établie par année
- Conduite uniquement diurne
- Présence d'un co-pilote obligatoire
- Interdiction de prendre les autoroutes
- Circulation avec un véhicule à boîte de vitesses automatique

L'examen spécifique des règles en matière de secret médical devant un conducteur supposé ou détecté inapte mais qui refuse de s'arrêter de conduire révèle finalement quatre grands courants d'alternatives pour les règles encadrant le secret.

En Espagne, il existe une **obligation médico-légale de signalement aux autorités** compétentes de tout patient dont la conduite présente un risque pour lui-même et pour la société civile.

C'est également le cas en Suède et dans quatre autres pays membres ⁽³⁵⁾. Pour ceux-ci, l'obligation de signalement est conditionnée par un système et des infrastructures bien organisés autour de l'évaluation de la conduite.

Pour la moitié des pays étudiés, la réglementation leur permet la **possibilité d'une dérogation au secret professionnel** dans des circonstances plus ou moins précises. Au Royaume-Uni, les recommandations de médecine générale (GMC Guidelines ⁽⁴⁴⁾) stipulent bien que, devant le cas d'un patient incapable de comprendre les informations délivrées concernant son inaptitude à prendre le volant (l'exemple d'un patient dément), le médecin a pour obligation morale d'alerter la DVLA dès que possible. L'Article 14 de la loi sur la circulation routière (LCR) suisse est plus précis : « *Tout médecin peut signaler, à l'autorité de surveillance ainsi qu'à l'autorité compétente pour délivrer ou retirer le permis de conduire, des personnes qui ne sont pas capables de conduire avec sûreté un véhicule automobile en raison de maladies, d'infirmités physiques ou mentales ou pour cause d'une toxicomanie.* ». ⁽⁴⁵⁾

Pour les Etats restants, et c'est le cas de la France, la levée du secret professionnel est interdite par la loi et le médecin se retrouve dans l'impossibilité de signaler tout comportement dangereux pour la société.

L'argument avancé par les défenseurs du secret, notamment l'Ordre des médecins, est la préservation d'une relation médecin-patient de qualité ; l'ouverture du secret serait selon eux vécue par le patient comme une violation de la confiance, qui l'amènerait à ne plus consulter pour ses problèmes.

Signalement Obligatoire	Dérogation possible		Signalement non autorisé
Croatie Espagne République Tchèque Roumanie Slovénie Suède	Allemagne Danemark Finlande Italie Lituanie Pologne Royaume-Uni Suisse	Belgique Estonie Grèce Lettonie Luxembourg Portugal Slovaquie	Autriche Bulgarie Chypre France Hongrie Irlande Malte
	Pays-Bas Belgique	JURISPRUDENCE	

Conduite et législation européenne en matière de secret professionnel

Un espace de liberté demeure dans la manière d'interprétation du juge qui constitue la **jurisprudence** du pays : c'est-à-dire que l'ensemble des interprétations de la loi faites par les juges et des décisions de justice rendues par les tribunaux est allé en faveur du médecin et d'une divulgation du secret.

C'est l'exemple de la Belgique où la levée du secret devant l'état de nécessité d'un patient dangereux au volant qui refuse d'arrêter de conduire déresponsabilise pénalement le praticien après jugement. (46)

Aux Pays-Bas, les jugements rendus autorisent un signalement en cas de danger avec le respect maximum du secret médical (divulgation minimale d'information médicale). (47,48)

b- L'obligation légale d'information

Le point commun vérifié dans tous les textes étudiés demeure **l'obligation d'information du patient**. Le rôle légal du médecin généraliste en Europe, pour une grande majorité des cas, est dans un premier temps d'informer son patient lors de la prescription de traitement ou lors du diagnostic de pathologie pouvant avoir un impact sur la conduite. (38,46,49)

En Grande-Bretagne, le médecin doit informer son patient du risque posé par la pathologie en cas de conduite et doit surtout lui signifier l'obligation du conducteur d'informer la DVLA, l'autorité en la matière, qui décidera alors de l'utilité d'une enquête nécessaire à l'établissement d'une aptitude. (44,50)

Les recommandations néerlandaises sur la démence insistent sur le caractère coercitif de la fonction jouée par le praticien sur le patient : sa mission est de le contraindre d'informer le centre CBR. (47)

La preuve de cette annonce doit être faite par la traçabilité dans le dossier médical.

Cependant, **il n'existe aucune exigence réglementaire pour le généraliste de vérifier si son patient se présente ou non à l'évaluation de ses capacités**. (49)

Il devra tout de même répéter cette information et vérifier que le patient est en mesure d'apprécier ses recommandations, notamment s'il présente un risque pour la société. Il pourra le signaler aux autorités le cas échéant, dans les circonstances précisées précédemment.

De cette responsabilité découle une obligation de formation du praticien sur le sujet. Il doit pouvoir justifier la nécessité d'une évaluation et celle de l'arrêt de la conduite auprès de son interlocuteur mais surtout de la famille. (38)

Il doit avant tout connaître son rôle pour pouvoir se positionner clairement dans la situation, surtout lorsqu'elle s'annonce complexe dans le cas d'une personne démente.(51)

c- La définition légale de l'aptitude médicale en cas de démence

Les principes fondamentaux de la conduite chez un patient dément ont déjà été abordés en introduction du sujet. Avant de nous intéresser aux dispositifs législatifs encadrant la notion de démence, il nous faut rappeler quelques éléments essentiels pour la compréhension de l'analyse.

On considère qu'un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer est capable de conduire trois ans après l'établissement du diagnostic. Cependant la démence est un processus dynamique qui nécessite une évaluation précoce des capacités de conduite puis une étroite surveillance.

Les textes de loi relevés sont généralement très restrictifs devant l'existence de troubles démentiels et ne prennent que rarement en compte les syndromes pré-démentiels à l'exception de quelques cas.

La plupart du temps, c'est la sévérité des symptômes du syndrome démentiel qui impose l'arrêt de la conduite aux yeux de la loi. Il existe des situations exceptionnelles, notamment suite à l'avis d'un spécialiste compétent, pour permettre au patient de poursuivre sa conduite malgré un diagnostic de démence.

Nous pouvons donc penser que le législateur a volontairement laissé une marge de manœuvre pour permettre à quelques-uns de conduire mais l'interdire à la majorité.

La responsabilité de la décision est alors transférée aux médecins généralistes et spécialistes.

Un point important est à souligner dans l'exemple du Royaume-Uni : c'est en effet le seul pays qui précise la distinction entre une MCI et une démence avérée.

Dans le cas de la MCI, ce sont les seules erreurs de conduite qui motivent une information auprès de la DVLA. C'est un des rares systèmes qui autorise ouvertement la conduite pour les patients atteints de troubles cognitifs mineurs sans conséquences sur leur aptitude.

La directive européenne, quant à elle, reste stricte et recommande un arrêt de la conduite en cas de troubles graves de la sénescence ou de la capacité de jugement, de comportement et d'adaptation liée à la personnalité. Elle laisse malgré tout place à la priorité d'un avis médical qui pourrait autoriser la conduite si nécessaire.

Tableau 2 : TEXTES LEGAUX EUROPEENS (Permis de groupe 1)		
Belgique	Annexe 6 de l'A.R. du 23/03/1998 relatif au permis de conduire (52)	1.1.6 Le candidat atteint d'une affection physique, psychique ou cognitive de développement ou acquise, y compris celles qui sont consécutives au processus de vieillissement, se manifestant par des anomalies importantes du comportement, des troubles du jugement, d'adaptation ou de perception ou qui perturbent les réactions psychomotrices est INAPTE à la conduite
Espagne	Anexo IV actual, con todas la modificaciones (53)	<u>10 Troubles mentaux et du comportement</u> 10.1 Délires, démences , troubles amnésiques et autres troubles cognitifs. Il ne doit pas exister de suspicion de délire ou de démence : dans ce cas, la conduite n'est pas autorisée . Exceptionnellement avec l'avis d'un neurologue ou d'un psychiatre, les troubles n'empêchent pas l'obtention ou le renouvellement pour une période maximale d'un an.
Pays-Bas	Regeling eisen geschiktheid 2000 (54)	<u>Annexe 8.6 : Troubles cognitifs</u> 8.6.1 Démence : une suspicion de démence nécessite un avis spécialisé par un neurologue, un psychiatre ou un gériatre. Le compte-rendu doit fournir au CBR des informations sur la gravité de la démence pour décider de la nécessité d'une évaluation.
Royaume-Uni	Recommandation officielle de la Driving and Vehicle Licensing Agency (50)	<u>Mild Cognitive Impairment</u> - Absence d'erreurs de conduite : peut conduire et ne pas le notifier à la DVLA. - Présence d'erreurs de conduite : difficulté d'évaluer les capacités pour ces malades, prise de décision suite au rapport médical. <u>Démences et autres atteintes organiques affectant les fonctions cognitives</u> Peut être capable de conduire mais doit le notifier à la DVLA : difficulté d'évaluer les capacités pour les patients déments. Une évaluation complète de la conduite peut être nécessaire.
Suisse	Annexe 1 de l'OAC, relative aux exigences minimales d'aptitude (55)	<u>Troubles des fonctions cérébrales d'origine organique</u> Pas de maladies ou de troubles psychiques d'origine organique perturbant de façon significative la conscience, l'orientation, la mémoire, l'intellect, la réactivité et pas d'autre trouble des fonctions cérébrales. Pas de réduction des capacités de réserve ayant des effets sur la conduite.
Europe (UE)	Annexe III, de la directive 2006/126/CE (34)	<u>Troubles mentaux</u> 13.1 Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouveler à tout candidat ou conducteur atteint : - de troubles mentaux graves congénitaux ou acquis par maladie, traumatisme ou intervention neurochirurgicale. - d'arriération mentale grave. - de troubles comportementaux graves de la sénescence ou de troubles graves de la capacité de jugement, de comportement et d'adaptation liée à la personnalité. Sauf si la demande est appuyée par un avis médical autorisé , et sous réserve, si besoin est, d'un contrôle médical régulier .

D) Moyens à la disposition du généraliste

a- Les connaissances et la formation

Le rôle compliqué du médecin généraliste face au patient refusant de cesser de conduire nécessite deux compétences : la connaissance des dispositions légales s'appliquant dans son pays en matière de conduite et l'observation des signes clés faisant suspecter une inaptitude, ce qui amènera une personne démente ou âgée à se faire évaluer sur les conseils de son médecin.

Pour vulgariser les connaissances en matière de conduite, c'est généralement l'Ordre National des médecins qui réalise des campagnes d'information à destination des confrères par son bulletin ou par des documents officiels supervisés. En France, l'Ordre a publié très récemment un document résumant la position à tenir par les médecins face aux différentes pathologies pouvant influencer la conduite. ⁽³¹⁾ La définition de la démence y est d'ailleurs très vague par sa formulation avec l'absence de précision sur la gravité. Néanmoins, les recommandations placent la décision dans les mains des spécialistes (neurologue ou gériatre) lors de l'existence de troubles cognitifs mineurs sans diagnostic encore posé.

Au Royaume-Uni, le General Medical Council (GMC) précise le rôle des praticiens face à des situations difficiles mais également les obligations des patients vis-à-vis des autorités. Il souligne l'importance du devoir de confidentialité envers les conducteurs au nom du maintien de la relation médecin-patient mais insiste sur la responsabilité supérieure de protéger et de promouvoir la santé de l'ensemble des populations. L'information de la personne concernée et son approbation doivent toujours être recherchées avant le signalement, exception faite des cas où le consentement n'est pas recevable et où le patient persiste dans sa volonté de conduire malgré les risques connus. ⁽⁴⁴⁾

L'équivalent néerlandais, le Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), stipule dans ses recommandations sur la démence ⁽⁵⁶⁾, que les stades de sévérité pour ces pathologies cognitives vont largement influencer la conduite à tenir des autorités :

- Démence très légère : en capacité de conduire pendant 3 ans.
- Démence légère : nécessité d'un test de conduite pour conclure.
- Démence modérée à sévère : invalidation du permis de conduire.

Ces deux exemples mettent en valeur le fossé actuel qui sépare la France de ses voisins européens. Les recommandations françaises sont strictes et peu détaillées. Elles ne permettent de voir le problème que comme une impasse pour les praticiens qui, placés en première ligne, se sentent abandonnés face à des conduites à tenir trop restrictives pour le patient et pas forcément justes au vu de la littérature. L'information reste une clé pour les aider à prendre en charge ces situations.

Dans le paysage européen, l'exemple de la Suisse mérite d'être mis en lumière. Nous l'avons précisé précédemment, le rôle du généraliste est double en matière de conduite : il participe à l'information et à la surveillance de ses patients en tant que médecin traitant ; parallèlement, il peut prendre la fonction d'expert de la conduite sur demande de son patient.

Depuis juillet 2015, un système progressif d'exigences applicables aux médecins et aux psychologues évaluateurs a été mis en place. Cette organisation par palier de niveaux de fonction (de 1 à 4) permet au professionnel de prendre en charge des situations plus ou moins complexes. (57)

Le niveau 1 est accessible à tous les médecins sur la simple certification d'une acquisition libre des compétences par **auto-formation** : il permet la gestion des permis pour les personnes âgées. Dans ce pays, l'évaluation de la conduite prend pleinement part au programme de formation des médecins. (58)

Cela pourrait être une des pistes à envisager pour intégrer l'évaluation de la conduite à notre formation continue.

b- Des tests cliniques utilisables en pratique courante

Dans cette partie, nous n'aborderons pas les tests cliniques utilisables de manière exhaustive. La revue de la littérature menée par Bennett et Al. démontre l'absence de significativité des tests cliniques et psychotechniques pour évaluer une inaptitude à la conduite chez les patients déments. Effectivement, les batteries de tests semblent plus efficaces que ceux utilisés séparément : résultats logiques, les tests séparés n'explorent en général qu'un seul champ cognitif. Il paraît cependant tout à fait illusoire de penser qu'une consultation de médecine générale puisse permettre la réalisation de 3 ou 4 tests dans le contexte d'exercice actuel et, qui plus est, ne produirait qu'un résultat difficilement significatif. (25,39)

Néanmoins, le test clinique du **Mini Mental State Examination (MMSE)** peut être utilisé seul en médecine de premier recours. Il doit servir dans le cadre du diagnostic de démence et de la surveillance de l'évolution. Il doit être employé non pas comme une méthode d'évaluation, mais comme un véritable baromètre devant mener à un contrôle des capacités : la littérature considère qu'un **seuil de MMSE inférieur ou égal à 24 devrait amener à un contrôle de l'aptitude**. (5,58-60)

MMSE

Le test est regroupé en cinq sous-échelles :

- l'orientation
- la mémoire
- l'attention et le calcul
- le langage
- la praxie de construction

La durée de réalisation est d'environ 5 à 10 minutes sans limite de temps.

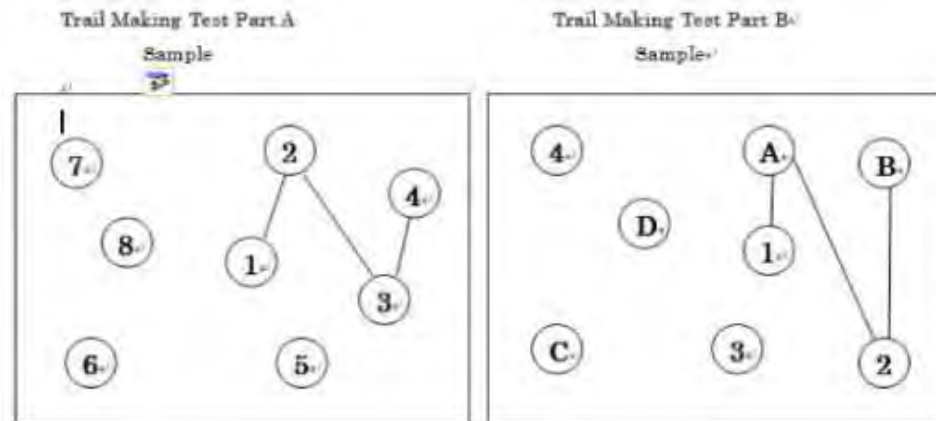
Le score maximal est de 30.

On considère qu'un total inférieur à 24 suggère la présence de troubles cognitifs.

Un autre test simple, le **Trail-Making-Test** ou TMT, est composé de deux parties (A et B) : la première consiste à relier une série de chiffres croissants de 1 à 25 ; la seconde à mener une série de chiffres et de lettres en alternance. (15)

En pratique courante, c'est surtout le **TMT-B** qui est considéré comme révélateur de troubles susceptibles d'entraîner une incapacité à conduire : le seuil retenu est un **temps supérieur à 180 secondes**. (58,59)

La place de ce test en médecine de proximité se situe surtout dans le suivi et le dépistage des démences. Ses avantages sont la reproductibilité et une mise en place simple qui conviennent très bien aux spécificités de l'exercice.



Le **CDR-score**, ou Clinical Demential Rating, est utilisé aux Pays-Bas et en Suisse pour l'évaluation de la sévérité de la démence dans le cadre du contrôle des capacités de conduite. Il consiste en une échelle de 5 points utilisée pour caractériser six domaines de performance cognitive et fonctionnelle (mémoire, orientation, jugement et résolution de problèmes, affaires communautaires, loisirs et soins personnels). (32,61)

Résultat CDR-score

- 0 = Normal
- 0.5 = Démence très légère
- 1 = Démence légère
- 2 = Démence modérée
- 3 = Démence sévère

Le calcul du score se base sur un chiffre de 0 à 3 pour chaque domaine concerné (cf Annexe.1). Le résultat de la mémoire prime sur le résultat final sauf si un score supérieur est obtenu dans au moins trois domaines, excepté celui de la mémoire. Dans ce dernier cas, le résultat final doit être égal ou inférieur à au moins 3 domaines.

L'utilisation en médecine générale paraît compliquée pour deux raisons : la première réside dans la difficulté d'interprétation nécessitant une expérience du test ; la seconde est la nécessité d'un entretien semi-structuré avec une personne de confiance, ce qui reste très compliqué à mettre en place dans le cadre d'une consultation de médecine générale (questionnaire de 10 pages).

Cependant, l'utilisation de ce test par le médecin agréé ou par un gériatre lors d'une évaluation complète pourrait permettre de discuter une évaluation plus poussée de la conduite ou de recommander un arrêt définitif en cas de démence modérée ou sévère.

Au cours de notre revue de la littérature, nous avons constaté l'utilisation d'autres tests mais qui n'ont toutefois pas retenu notre attention compte tenu de l'objectif de notre travail. Nous citons uniquement ces derniers à titre indicatif :

- le DemTect ⁽³⁸⁾ ; le test de l'horloge (CDT) ^(39,58) ; l'évaluation cognitive de Montréal ^(38,39) ; l'OPS méthode ⁽⁶¹⁾ ; le Maze navigation test ⁽¹⁵⁾

c- Le test de conduite, un Gold standard

Le test de conduite avec moniteur est considéré comme le Gold Standard en matière d'évaluation des compétences de conduite dans le cas des démences. C'est-à-dire qu'il est la méthode de référence la plus efficace pour déterminer si un patient peut continuer à conduire ou non. ⁽⁵⁸⁾

Pour indication, le taux d'échec moyen retrouvé dans les études est de 0-19% pour les démences très légères et de 22-41% pour celles légères. ⁽¹⁴⁾

Les conditions de réalisation de ce test sont variables mais, pour le cas de patient présentant des troubles cognitifs, il est préférable d'utiliser un véhicule à double commande. Cependant, l'utilisation de celui de la personne examinée permet aussi d'envisager concrètement des optimisations ergonomiques.

La problématique posée par cet examen est sa disponibilité et son coût de réalisation. Les études insistent également sur la difficulté à réaliser un test reproductible à l'identique d'un patient à l'autre, même s'il se déroule sur un trajet similaire. En réalité, les conditions climatiques et de circulation ne sont jamais maîtrisables d'un examen à un autre. ⁽¹⁸⁾

La recherche, notamment néerlandaise ^(26,27), vise à trouver des tests pouvant se substituer à ces passages de conduite avec moniteur. Sur les deux études mentionnées, la combinaison de tests clinique, psychométrique et de simulation de conduite a permis d'atteindre des résultats proches statistiquement des tests en conduite réelle, que ce soit pour la maladie d'Alzheimer ou les MCI.

Ces pistes de recherche semblent être indispensables face à l'afflux de patients déments qui vont devoir être examinés au sujet de leur conduite dans le futur proche.

Le dernier point à soulever reste la fréquence et le mode d'utilisation de ces tests de conduite sur route. Une étude considère qu'ils devraient être reproduits tous les 6 mois compte-tenu du caractère évolutif des démences. Pourtant, dans la pratique européenne, il n'est pas rare que les permis soient attribués pour une durée de 6 mois à 3 ans en fonction de la sévérité des troubles. ⁽⁶⁰⁾

C'est donc bien cette dernière ainsi que le stade de démence qui conditionnent la réalisation ou non de cet examen. L'utilisation du CDR score est une possibilité qui permet de trancher : un score de 0.5 à 1 (démence légère et très légère) fait discuter la réalisation pratique ; un score strictement supérieur à 1 (démence modérée à sévère) contre-indique la conduite sans évaluation supplémentaire. ^(23,32)

d- Le « driving assessment » et la prise en charge multidisciplinaire

Cette méthode d'évaluation britannique représente une prise en charge complète de la problématique de la conduite chez un patient suspecté d'inaptitude et notamment atteint de démence. Elle correspond à l'intégration du caractère multidisciplinaire de l'évaluation prônée dans plusieurs études. (5)

Cette évaluation globale a pour but de mesurer l'impact de la démence sur les performances de conduite et les conditions de sécurité inhérentes à sa pratique. Elle est réalisée dans l'un des 17 centres indépendants de mobilité certifiés au Royaume-Uni. Le contrôle par une structure indépendante peut ainsi apporter un regard objectif sur la situation. (41,62)

Cette expertise se compose dans un premier temps d'un entretien avec un ergothérapeute ainsi que de tests de la vision et de la mesure du temps de réaction. Le moment clé de ce contrôle est alors le test de conduite sur route avec un instructeur sur une voiture à double commande.

La synthèse permet donc au médecin de statuer sur les compétences de la personne et de renouveler la licence avec adaptation si nécessaire, ou bien d'interdire la poursuite de la conduite.

Les différentes pratiques européennes (cf. Tableau 2) mentionnent pour plusieurs d'entre elles la nécessité d'un avis spécialisé, que ce soit par un neurologue, un gériatre ou un psychiatre, pour statuer sur les compétences de conduite dans le cadre d'un syndrome démentiel. Paradoxalement, ces avis sont surtout obligatoires dans le cadre d'un maintien de la conduite alors qu'ils peuvent paraître indispensables au processus d'arrêt pour le patient. (46)

Faire investiguer une pathologie avec des conséquences probables sur la conduite permet avant tout au médecin de famille de conseiller avec justesse son patient.

En Suisse, c'est en tant qu'expert qu'il doit baser son jugement sur un ensemble composé de son impression clinique, de l'anamnèse médicale approfondie de la pathologie dans le cas du patient et de l'avis d'un spécialiste. (39)

Les travaux allemands concernant l'établissement de recommandations pour les médecins généralistes relatif au contrôle des conducteurs déments insistent sur la nécessité de prendre en compte l'aspect multidisciplinaire de la problématique : il faut envisager le contexte juridique et éthique pour le replacer dans l'exercice de la médecine générale et gériatrique. (63)

Un article de revue belge traitant de la conduite chez une personne démente met en avant le rôle à jouer de l'hôpital de jour (HDJ) gériatrique dans cette même situation : cette prise en charge multidisciplinaire, avec un gériatre expérimenté dans les bilans neuropsychiatriques mais aussi l'accès à un ophtalmologiste ou à un neurologue, permet d'établir un tableau cohérent de la problématique. (49)

L'HDJ permettrait également une surveillance régulière par le moyen de consultations, avec la possibilité de confirmer l'aptitude ou d'avancer la réflexion sur la cessation de l'activité jusqu'à la prochaine consultation. C'est une alternative au système administratif passant par la CARA en Belgique ou au suivi que peut proposer le généraliste, dans le cas évidemment où l'aptitude à la conduite est conservée. Contrairement au médecin agréé, elle a l'avantage de ne pas sanctionner légalement le patient qui n'aura pas de réticence à se présenter aux consultations.

E) Enjeux d'un arrêt de la conduite

a- Quand dire au patient qu'il doit s'arrêter ?

C'est probablement, pour le médecin généraliste, l'une des questions les plus difficiles à gérer. Comme précisé auparavant, la démence n'est pas systématiquement synonyme d'arrêt de la conduite ; pour la maladie d'Alzheimer une période de trois années à partir du diagnostic est considérée comme sûre.

Devant le caractère progressif de la pathologie, l'élément clé est la surveillance régulière du patient assurée au quotidien par le médecin de proximité et si besoin par le spécialiste.

La revue de littérature nous a montré que les stades de démence sont un très bon facteur pour présumer dans un premier temps des capacités de conduite.

Pour cela, le CDR score utilisé aux Pays-Bas et en Suisse permet de proposer une prise en charge détaillée en fonction de la sévérité de la démence. (23,32)

L'arrêt de la conduite est fortement associé aux malades souffrant d'une démence modérée à sévère. Cette interruption intervient suite à une délibération simple pour le praticien mais brutale pour le patient. (5)

La situation des personnes au stade précoce de la maladie, démence légère ou très légère, est plus complexe. Certaines seront capables de conduire sans risque et d'autres constitueront un danger pour la société.

La prise de décision concernant l'arrêt définitif de cette habitude sera par conséquent plus nuancée et impliquera le maximum de décideurs pour prendre en compte tous les paramètres afin d'obtenir une collégialité du verdict. (5)

Pour la médecine générale, l'appréciation de la sévérité des démences et la pratique du CDR score ne paraissent que peu adaptés.

Proposition d'utilisation du score CDR pour l'évaluation de la conduite

- **CDR 0.5 = démence très légère**
En capacité de conduire pendant 3 années
- **CDR 1 = démence légère**
Test de conduite
Si concluant, aptitude pour une durée maximale d'une année
- **CDR >1 = démence modérée à sévère**
Inaptitude présumée à la conduite sans évaluation approfondie

L'utilisation de signes spécifiques de conduite pouvant évoquer une situation dangereuse au volant s'avère probablement plus productive. Ces éléments nécessitent la participation de la famille ou des passagers lors de la réflexion. (60,64)

La place des proches est capitale dans la gestion du questionnement. Leur avis au sujet des aptitudes à la conduite du conducteur dément est finalement plutôt proche des résultats au test de conduite. (32,65)

Cependant, il est de la responsabilité du médecin de mettre en garde son patient contre les risques de sa pathologie au volant et de prendre à sa charge la décision d'interdire la conduite. Il paraît fondamental que le patient ne tienne pas pour responsable sa propre famille, car, si tel est le cas, le conflit ainsi créé s'ajouterait aux contraintes quotidiennes pour les aidants. (65)

De plus, il a été mis en évidence que les malades sont plus enclins à accepter des recommandations sur la cessation de leur conduite quand elles émanent du corps médical plutôt que de leur famille. (66)

Tableau 3 : Principales difficultés à relever devant amener à un arrêt de la conduite (62)
Se sent moins confiant ou serein au volant
Commence à mal juger la vitesse ou les distances
Trouve lui-même qu'il chevauche les lignes ou touche les trottoirs
Est confus en cas de travaux sur la route
Sent qu'il y a un plus grand risque d'accident
Se sent perdu, même sur des routes habituelles
Demande l'avis des passagers sur sa conduite

b- Comment faire en pratique ?

Le meilleur moyen pour convaincre un patient dément d'arrêter de prendre sa voiture tient dans la délivrance d'une information claire, précise et cohérente dès le diagnostic posé par un spécialiste. Cette mission relève aussi bien du généraliste que du gériatre ou du neurologue.

Le conducteur doit savoir que l'évolution de sa situation médicale va obligatoirement interférer avec ses capacités de conduite jusqu'à ce que celle-ci devienne trop risquée pour les autres et pour lui-même.

Cette information doit être répétée avec insistance et le médecin doit s'assurer des capacités de compréhension de son patient. Quand le praticien suspecte alors une inaptitude au volant, sa mission reste de le convaincre de la nécessité de se soumettre à l'évaluation de ses capacités.

Il est néanmoins important de ne pas stigmatiser pour autant l'ensemble des conducteurs âgés avec des troubles cognitifs. Une grande partie des patients touchés par la maladie d'Alzheimer ont conscience de la fatalité du problème posé par la poursuite de la conduite et beaucoup rendent leur licence volontairement. (14)

Effectivement, le problème survient essentiellement lors de l'anosognosie associée aux troubles démentiels. Le patient est ainsi incapable d'avoir un regard critique sur ses réelles compétences de conduite.

Dans cette situation, le rôle du généraliste peut être de signaler le patient aux autorités responsables, dans le cas où la législation de son pays le permet, si le patient présente un danger manifeste pour les autres.

Dans la pratique, il peut être aidé de la famille pour mettre en œuvre des solutions techniques permettant d'immobiliser le véhicule (retrait des clés ou de la batterie, cession du véhicule) lorsqu'il n'est pas contraint par le secret médical.

Pour convaincre un patient, il faut l'encourager dans sa démarche, en reconnaître les difficultés techniques et morales, ou le motiver à prendre connaissance des alternatives de transport qui s'offrent à lui. (62)

c- Pour quelles conséquences ?

Les conséquences de l'arrêt de la conduite chez les patients déments sont déterminantes et expliquent leurs réticences ainsi que celles des professionnels de santé. En effet, les gains en matière de sécurité publique ne compensent que très peu les effets néfastes pour le patient et son entourage. De plus, l'analyse de la littérature par Martin et al. conclut que l'ensemble des études fiables a été incapable de démontrer le bénéfice de l'évaluation des conducteurs pour la préservation de leur mobilité ou la diminution du risque d'accident. (15)

La perte de l'autonomie de déplacement pour ces personnes a un impact majeur sur le plan social, notamment en milieu rural où les solutions de transport sont limitées. La sanction est double pour ces anciens conducteurs : ils perdent un accès à leurs cercles sociaux ainsi que leur rôle au sein de notre société. (5)

Sur le plan somatique, les études ont constaté une aggravation des symptômes de dépression et un déclin de l'état général. Conclusion plus inquiétante encore en termes de santé publique, la cessation de conduite est associée à un risque de mortalité majoré à 3 ans et au risque d'institutionnalisation (EHPAD, Long séjour). (67)

Comme nous le décrivions dans un autre paragraphe, les personnes âgées ont tendance à changer pour un mode de transport moins sûr et, par conséquent, les bénéfices sur le plan de la santé publique sont précaires. (68)

D'un point de vue pratique, le médecin traitant et les aidants voient venir les complications quotidiennes inhérentes à l'arrêt de la conduite : visite à domicile, accompagnement pour les courses ou pour les rendez-vous de toutes sortes...

On pourrait simplifier la problématique par la phrase suivante : il paraît bien plus aisé pour les personnes impliquées d'envisager d'abord les conséquences négatives de l'arrêt de la conduite pour elles au quotidien plutôt que les minces bénéfices sécuritaires tirés de cette décision pour la société.

F) Propositions de prise en charge pour le généraliste

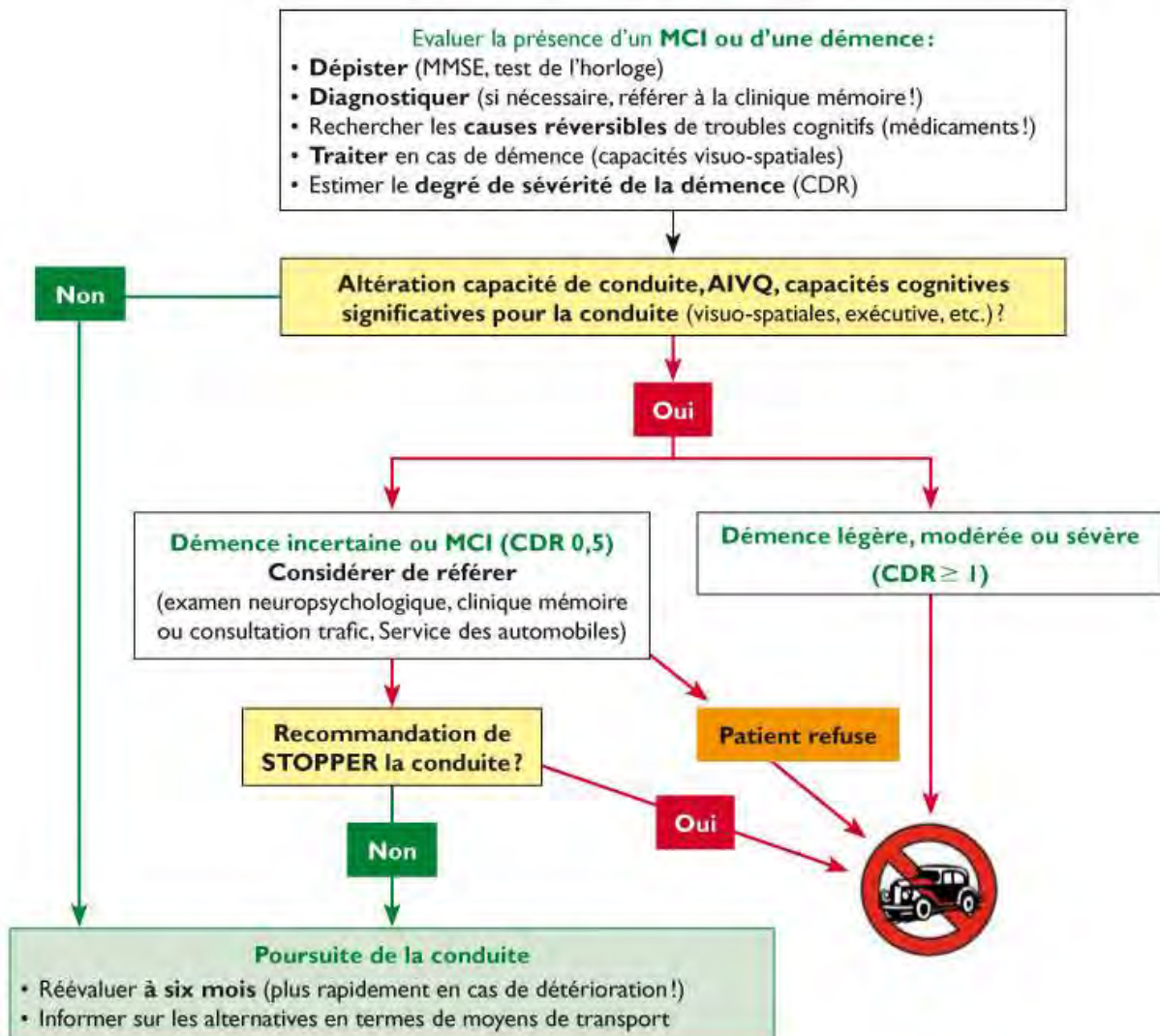
L'objectif principal de notre travail de recherche bibliographique était d'examiner des propositions de prise en charge chez nos voisins européens.

La connaissance du contexte politique et juridique en France, ainsi que la perception de l'opinion et du ressenti des médecins généralistes pourront permettre une transposition utile pour la pratique française.

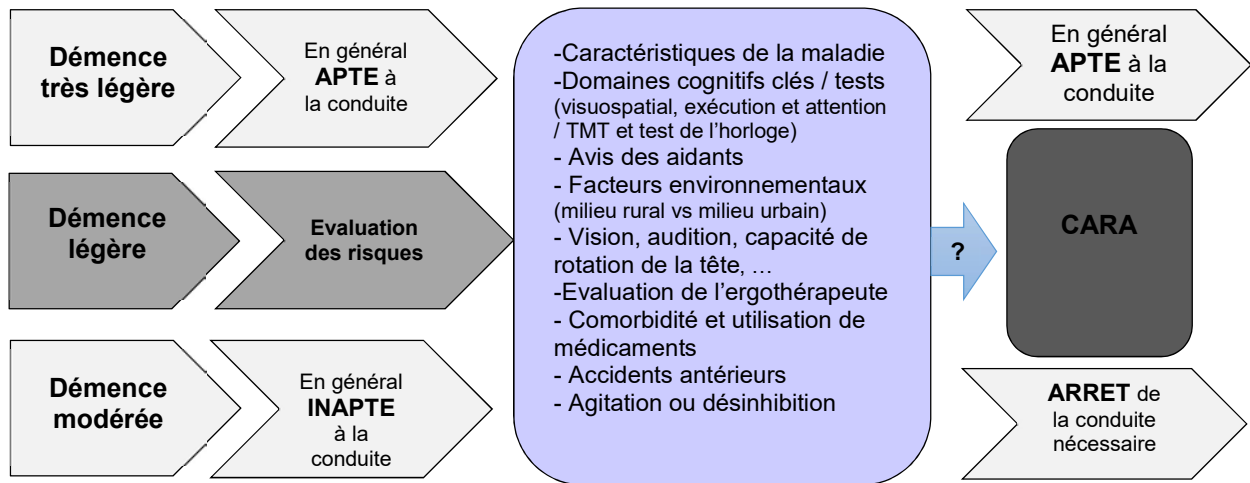
Nous avons isolé quatre propositions de conduite à tenir pour les patients déments au volant expérimentées en Suisse, en Allemagne et en Belgique.

Proposition d'algorithme pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite en présence de troubles cognitifs ou de démence

MCI : Mild cognitive impairment ;
MMSE : Mini mental state exam ;
CDR : Clinical dementia rating ;
AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne.



Algorithme décisionnel concernant la conduite chez les patients déments en Belgique



Versijpt 2017. « Alzheimer's Disease and Driving: Review of the Literature and Consensus Guideline from Belgian Dementia Experts and the Belgian Road Safety Institute Endorsed by the Belgian Medical Association » (14)

Proposition de procédure pour les patients déraisonnables

1- **DOCUMENT ECRIT** avec contre-signature du patient

Si insuffisant :

2- Renouveler l'information écrite / **EDUCATION** avec le conjoint ou la famille

Si insuffisant :

3- Renouveler l'information et l'éducation avec la présence supplémentaire de témoin ou de soutien.

MENACE d'un signalement aux autorités

Si insuffisant :

4- **Message à l'autorité compétente**, pointant la nécessité d'une intervention avec description de la situation clinique et les étapes de l'information.

Haussmann 2017. « Assessment of ability to drive in patients with MCI and dementia ». (38)

Proposition de conduite à tenir devant une suspicion d'inaptitude à la conduite chez un patient dément en Allemagne.



Démence légère sans erreur de conduite.
Aptitude à conduire préservée.

Procédures possibles :

- Attention aux signes d'alerte.
- Education précoce et préparation à l'arrêt.
- Examen volontaire (formation volontaire de conduite).

Infos sur les adresses



Démence légère avec erreur de conduite.
Objectif : restreindre/abandonner la conduite.

Procédures possibles :

- Faire avec les possibilités de mobilité du patient (durée, avec/sans copilote, avec/sans passager...).
- Discuter de l'activité de conduite : se concentrer sur les stratégies alternatives.



Démence +/- évoluée avec erreurs +++ de la conduite.
Objectif : arrêt de la conduite.

Procédures possibles :

- Au plus tard : discuter démence et capacité à conduire.
- Demande URGENTE d'arrêt de la conduite.
- Alternative de mobilité autonome.



Poursuite de conduite malgré les conseils.
Objectif : **EMPECHER** la conduite.

Procédures possibles :

- Entretiens répétés avec le patient : essai d'un renoncement volontaire.
- A : conseils aux proches pour prévenir la conduite.
- B : violation du secret après limite dépassée.

Pentzek et al. 2015 « Fitness to drive in dementia – theoretical framing and design of a recommendation for German general practice » (63)

L'étude de ces propositions nous fait remarquer qu'elles apparaissent difficilement applicables dans le cabinet d'un généraliste lors d'une consultation classique et qu'elles demandent des connaissances certaines sur le sujet de l'aptitude à la conduite.

Néanmoins, certains points semblent intéressants à relever comme la notion de conduite dangereuse intervenant dans l'algorithme décisionnel ou les précisions concernant l'incertitude de certaines situations qui demandent alors un avis spécialisé. Dans la situation d'un conducteur qui refuse l'arrêt, la remise d'un document écrit pourrait permettre aux proches d'utiliser un levier supplémentaire et au médecin de se déresponsabiliser moralement dans la mise en pratique de cette cessation.

METHODE

Objectifs

La seconde partie de notre travail se concentre sur une enquête de pratique en médecine générale.

Le questionnaire va nous permettre de mettre en relief des disparités de prise en charge mais aussi de recueillir les ressentis des médecins et leur avis sur le sujet afin d'envisager des solutions à leur proposer.

Le réel objectif du travail n'est pas de quantifier l'ensemble des pratiques, mais plutôt de les identifier et d'afficher les tendances qui se dégagent de l'exercice des praticiens se trouvant confrontés à cette problématique du patient dément qui refuse d'arrêter de conduire.

Matériel et Méthode

La population ciblée par notre enquête est celle des médecins généralistes lorrains, installés ou remplaçants.

Nous avons réalisé un questionnaire composé de 16 questions. Il s'agit d'une enquête qualitative dirigée avec différentes propositions de réponses ; ces dernières ont été élaborées à partir de notre recherche documentaire et enrichies par un test de mise en situation auprès de plusieurs médecins.

La longueur du questionnaire se veut succincte pour prendre en compte le peu de temps disponible des enquêtés et pour maximiser le nombre de réponses.

Le questionnaire s'articule autour d'une première partie théorique composée de situations cliniques que nous voulions leur soumettre, puis d'une deuxième partie axée sur leur pratique et leur ressenti face au problème des patients déments au volant.

Le début du questionnaire permet d'intéresser et de solliciter les médecins qui ne sont pas confrontés directement à la problématique. La circonstance exposée ne correspond pas à la seule situation possible en pratique mais elle représente probablement le cas de figure le plus couramment rencontré.

La suite de l'enquête vise à restituer la pratique réelle et permet d'interpeller les praticiens se sentant concernés par le sujet. L'avis de ces derniers constitue une source de propositions très intéressantes pour une solution pratique au problème.

Le document a été envoyé par mail via un répertoire d'adresses de l'un des principaux syndicats de médecine générale.

L'utilisation d'un intermédiaire de confiance, ici le syndicat, est un bon moyen de bénéficier d'un relais de crédibilité pour notre travail et d'obtenir ainsi la participation des médecins interrogés. (69)

Aucun échantillonnage n'a été réalisé avant l'envoi : d'une part, il n'était techniquement pas possible d'avoir accès aux informations privées de la base de données et notamment aux adresses électroniques ; d'autre part, connaissant la difficulté pour attirer l'attention d'un nombre important de confrères par le moyen d'un mail, nous avons volontairement fait envoyer largement l'enquête afin d'interpeller le maximum de personnes.

En effet, la connaissance de la réalité de la médecine générale nous a fait redouter l'indisponibilité des praticiens, leur manque de réactivité et d'intérêt porté au sujet dans le mode d'exercice actuel.

L'envoi a donc porté sur 1 263 praticiens dont 505 en Meurthe-et-Moselle, 95 en Meuse, 525 en Moselle et 138 pour les Vosges.

Nous nous sommes fixé un objectif minimum de 50 réponses pour couvrir une diversité assez grande de profils de médecins.

Le premier envoi du questionnaire a été réalisé le 24 octobre 2017 et une relance a été adressée le 3 novembre 2017.

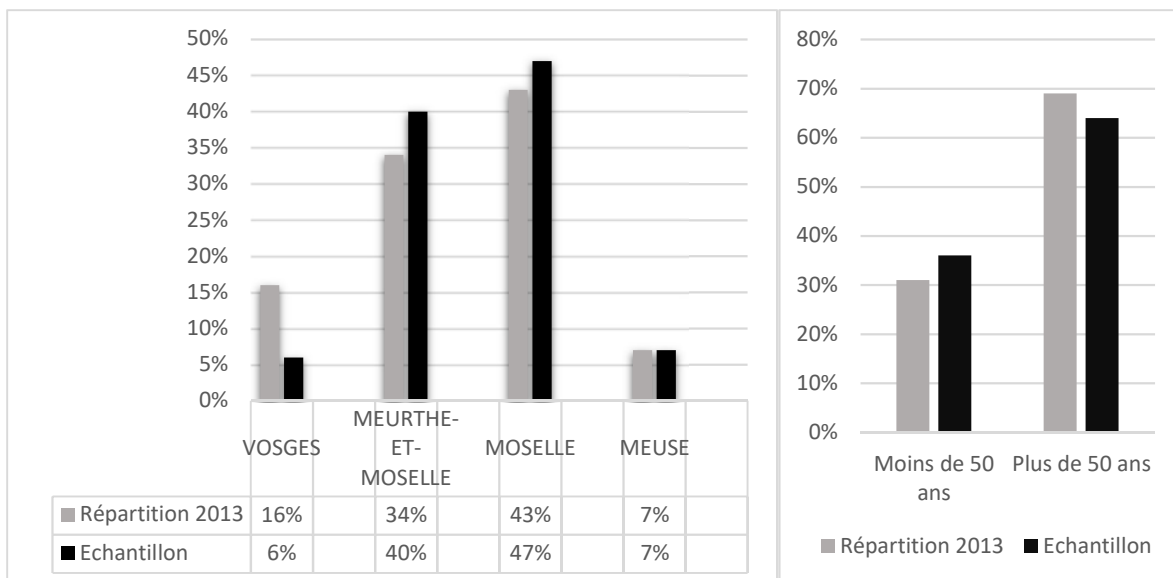
Ils ont permis de recueillir 70 questionnaires complets qui ont tous été pris en compte dans l'analyse.

Nous avons appliqué une méthode d'échantillonnage empirique ⁽⁷⁰⁾ : c'est-à-dire que nous avons construit, à partir d'informations connues sur une population, un échantillon dont les caractéristiques sont les plus proches de celles de la population afin de minimiser les biais.

Ici, les critères discriminant les comportements de la population des médecins généralistes sont leur distribution géographique et leur expérience face à la situation. L'expérience, considérée dans notre enquête par le nombre d'années d'exercice (plus ou moins de 20 ans), peut se comparer à la tranche d'âge des plus ou moins de 50 ans pour les praticiens lorrains dans les chiffres de l'Ordre national des médecins de 2013. ⁽⁷¹⁾

Il nous faut garder à l'esprit que la qualité de cette étude réside dans la diversité de l'échantillon et dans celle de sa structure plutôt que dans le strict respect des proportions.

Sur l'échantillon constitué, nous constatons une analogie entre la répartition des médecins dans le territoire et leur expérience respective, et ce, malgré le faible effectif de notre échantillon.



En comparant les chiffres, nous considérons que la répartition géographique et l'ancienneté des médecins sont globalement respectées et que nos constatations sur l'échantillon seront très probablement représentatives de l'ensemble des médecins lorrains.

RESULTATS

1) Présentation des résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Lieu d'exercice	Urbain	Semi-Rural	Rural	Total	Expérience	Moins de 20 années d'exercice	Plus de 20 années d'exercice	Total
	29	26	15	70		25	45	70
	41%	37%	22%			36%	64%	
	Urbain	Rural						
	29	41						
41%	59%							

Département d'exercice	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Total
	28	5	33	4	70
	40%	7%	47%	6%	

Partie Théorique : Cas cliniques

QUESTION 5 :

Vous recevez Mme C à votre cabinet pour son renouvellement habituel de LEVOTHYROX et d'IMOVANE. Au cours de la discussion, elle aborde le sujet de son père, M. R, âgé de 73 ans, dont la maladie d'Alzheimer semble évoluer depuis quelques mois.

Elle vous explique qu'elle est exténuée et ne sait plus comment faire avec lui. Il devient même, selon ses dires, « un danger public au volant » et il refuse toujours d'entendre raison pour arrêter de conduire.

- Vous proposez une consultation avec son père pour évaluer son aptitude à conduire.
- Vous l'orientez vers un médecin du permis de conduire agréé par la préfecture.
- Vous évoquez la problématique du secret médical et de votre impossibilité de le signaler à la préfecture.
- Vous l'incitez à en reparler avec le médecin traitant de son père.
- Autre attitude.

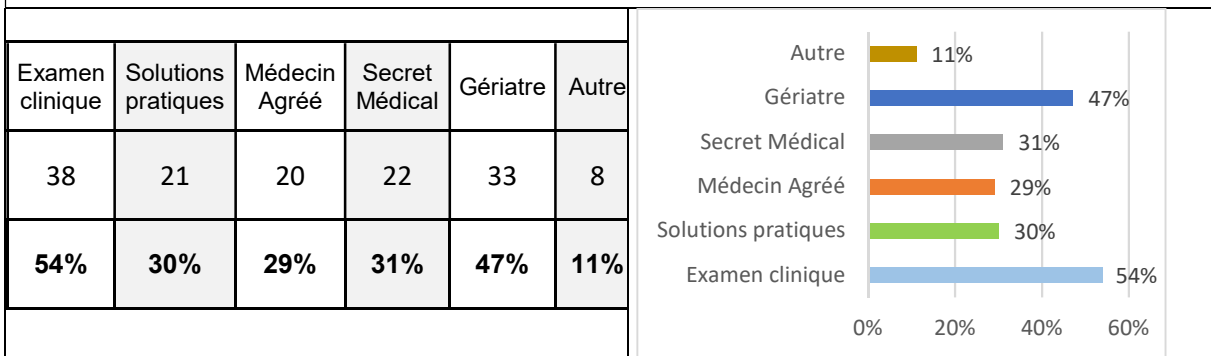
Examen clinique	Médecin Agréé	Secret Médical	Médecin traitant	Autre
4	17	18	64	5
6%	24%	26%	91%	7%

Response	Percentage
Autre	7%
Médecin traitant	91%
Secret Médical	26%
Médecin Agréé	24%
Examen clinique	6%

QUESTION 6 :

Cette fois-ci Mme C, qui est suivie par un de vos confrères habituellement, vous parle justement de ce problème puisque vous êtes le médecin traitant de son père Mr R. Que faites-vous ?

- Vous proposez une consultation avec son père pour évaluer son aptitude à conduire.
- Vous proposez une solution pratique (immobiliser le véhicule par exemple).
- Vous l'orientez vers un médecin du permis de conduire agréé par la préfecture.
- Vous évoquez la problématique du secret médical et de votre impossibilité de le signaler à la préfecture.
- Vous rédigez un courrier pour consulter un gériatre afin de lui évoquer le problème.
- Autre attitude.

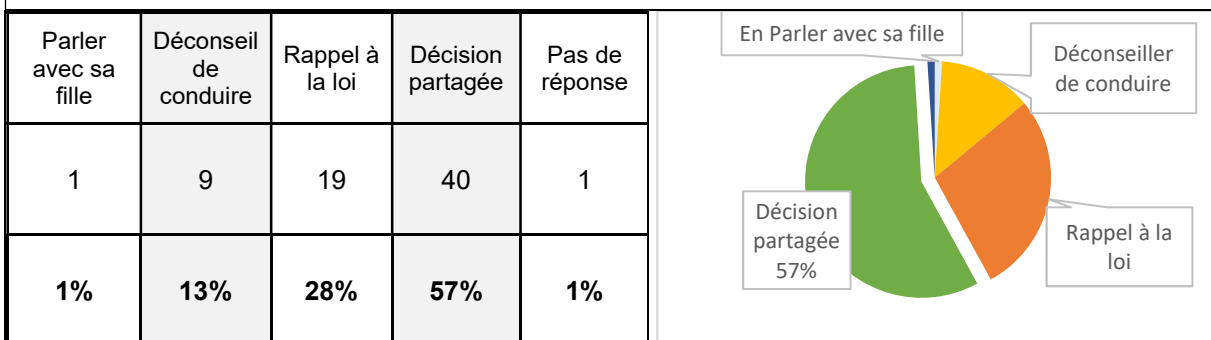


QUESTION 7 :

Par ailleurs, M. R se présente à votre consultation pour une bronchite et vous remarquez tout de suite que ses troubles cognitifs se sont aggravés : il est mal coiffé et il porte encore ses chaussons. D'ailleurs, il ne se rappelle pas les deux accidents dont vous a parlé sa fille et maintient qu'il est tout à fait capable de conduire ; la preuve : il a fait 5 km en voiture pour venir. Il refuse catégoriquement de voir quelqu'un qui va vouloir l'empêcher de conduire. Après votre examen clinique, il vous semble difficile d'imaginer que le patient puisse conduire sans risque pour lui-même et surtout pour les autres.

Quelle est votre attitude préférentielle vis-à-vis de M. R ?

- Vous lui déconseillez fortement de conduire car vous n'avez pas envie d'apprendre qu'il a renversé 2 enfants sortant de l'école située sur le trajet vers votre cabinet.
- Vous en parlez directement à sa fille pour éviter que le patient ne vous tienne rigueur de vos doutes sur sa conduite et ne vienne plus du tout consulter.
- Vous faites un rappel à la loi et lui expliquez les risques qu'il encourt avec son assurance s'il ne se soumet pas à une évaluation de sa conduite et le consignez dans son dossier.
- Vous discutez avec le patient et évoquez vos doutes sur son aptitude à conduire au regard de ses troubles cognitifs. Vous cherchez des alternatives avec lui (visite à domicile par exemple).



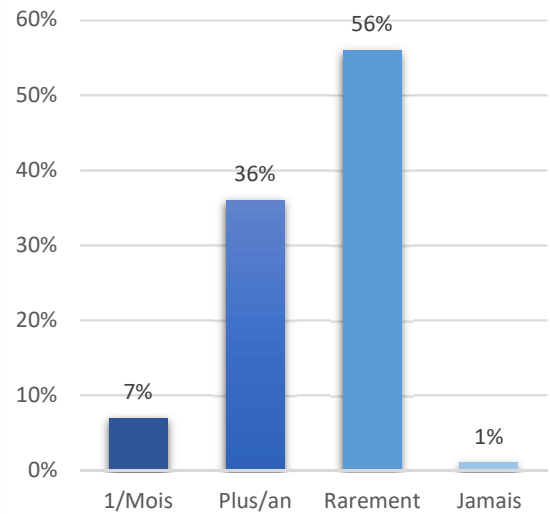
Partie Pratique

QUESTION 8 :

A quelle fréquence êtes-vous confronté(e) à ce type de problématique depuis que vous pratiquez la médecine ?

- Au moins une fois par mois
- Plusieurs fois par an
- Rarement
- Jamais

1/Mois	Plusieurs/an	Rarement	Jamais
5	25	39	1
7%	36%	56%	1%

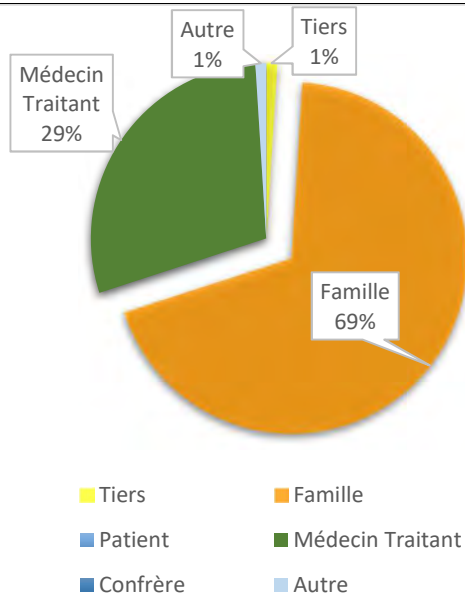


QUESTION 9 :

Le plus souvent, par qui vous est présentée la situation décrite dans le cas clinique ?

- Un tiers
- La famille du patient
- Le patient lui-même
- Votre propre questionnement
- Un confrère (spécialiste ou non)
- Autre personne

Tiers	Famille	Patient	Méd traitant	Confrère	Autre
1	48	0	20	0	1
1%	69%	0%	29%	0%	1%

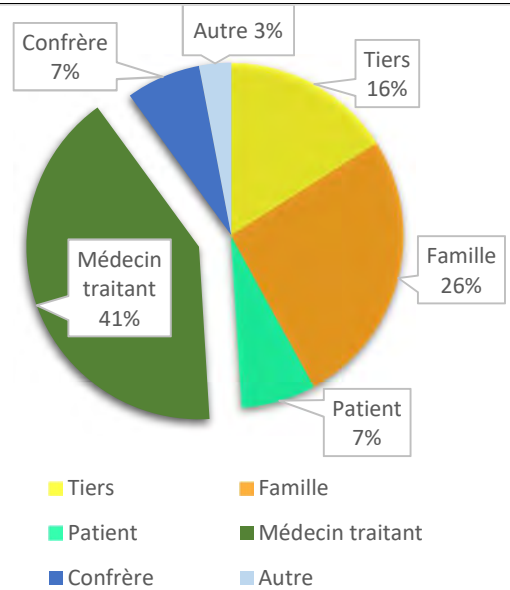


QUESTION 10 :

De façon moins fréquente, par qui d'autre peut vous être présentée la situation ?

- Un tiers
- La famille du patient
- Le patient lui-même
- Votre propre questionnement
- Un confrère (spécialiste ou non)
- Autre personne

Tiers	Famille	Patient	Méd traitant	Confrère	Autre
11	18	5	29	5	2
16%	26%	7%	41%	7%	3%

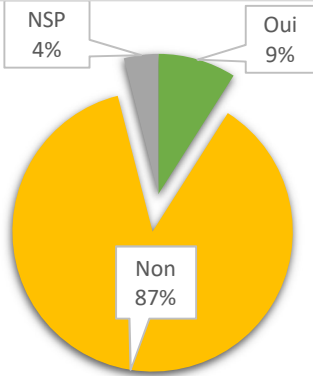


QUESTION 11 :

Considérez-vous, d'une manière générale, que la problématique de la conduite chez les patients déments ou atteints de troubles cognitifs non démentiels peut relever uniquement de la médecine générale ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Oui	Non	NSP
6	61	3
9%	87%	4%

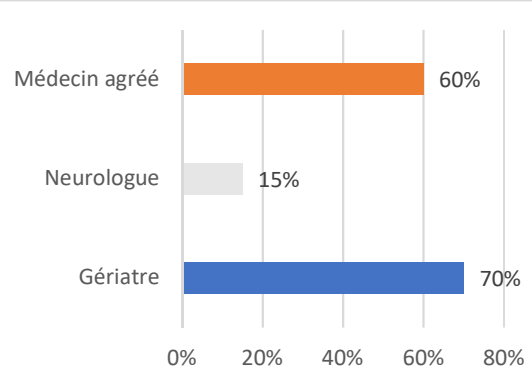


QUESTION 12 :

Si NON, à qui adresseriez-vous le patient ?

- Gériatre
- Neurologue
- Médecin agréé

Gériatre	Neurologue	Médecin agréé
46	10	39
70%	15%	60%

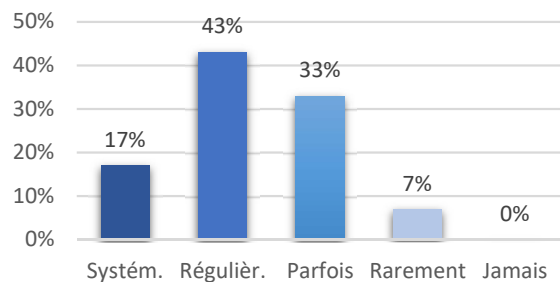


QUESTION 13 :

Devant un patient atteint d'une démence évolutive, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'évoquer la question de l'aptitude à la conduite avec lui ?

- Systématiquement
- Régulièrement
- Parfois, selon la situation
- Rarement
- Jamais

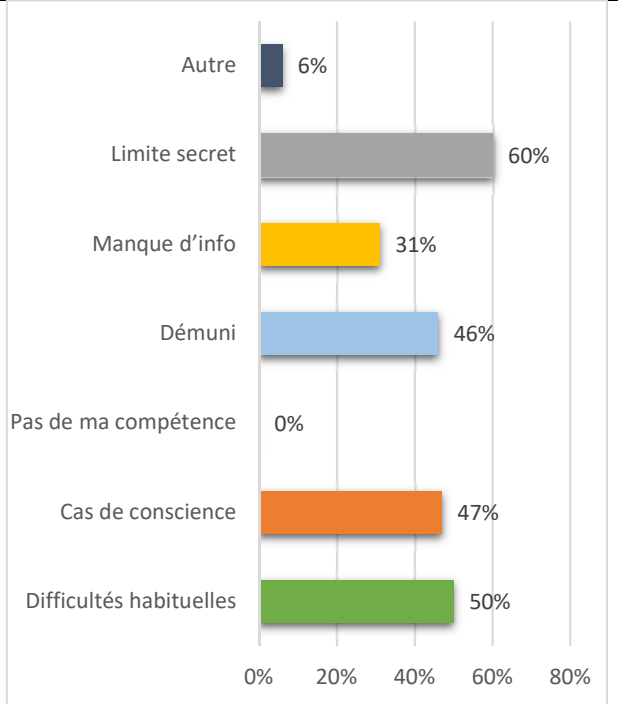
System.	Régul.	Parfois	Rare	Jamais
12	30	23	5	0
17%	43%	33%	7%	0%



QUESTION 14 :

Globalement, comment vivez-vous la situation d'un patient dément qui refuse d'arrêter de conduire ?

- Elle fait partie des difficultés habituelles associées au métier de généraliste.
- C'est pour moi un réel cas de conscience et d'éthique.
- Cela ne relève pas de ma compétence.
- Je me sens démuni face au système en place actuellement.
- Je ressens le manque d'information et de formation sur le sujet.
- J'entrevois les limites du secret médical dans une situation à risque pour la société.
- Autre vécu.



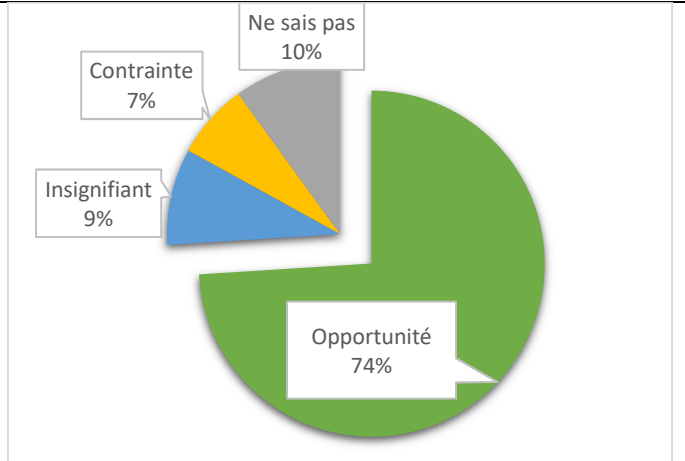
Difficultés habituelles	Cas de conscience	Pas de ma compétence	Démuni	Manque d'infos	Limite du secret	Autre
35	33	0	32	22	42	4
50%	47%	0%	46%	31%	60%	6%

QUESTION 15 :

Vous êtes le médecin traitant de ce type de patient.
Comment définissez-vous l'influence de la relation médecin/patient dans la prise de décision d'arrêt de la conduite ?

C'est :

- Une opportunité
- Insignifiant
- Une contrainte (par manque d'objectivité)
- Ne sais pas

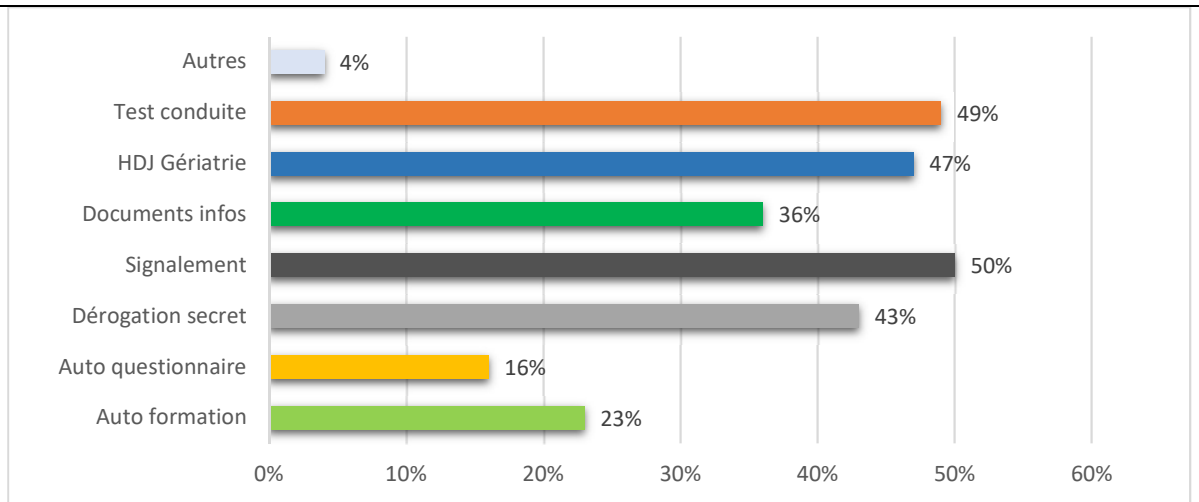


Opportunité	Insignifiant	Contrainte	NSP
52	6	5	7
74%	9%	7%	10%

QUESTION 16 :

Qu'est-ce qui pourrait vous aider à mieux prendre en charge ces situations d'inaptitude supposée face à l'avancée de troubles cognitifs nécessitant l'arrêt de la conduite ?

- Auto-formation avec niveau de qualification progressif et possibilité de transmettre le dossier à des médecins de niveaux supérieurs ou à un organisme de référence.
- Auto-questionnaire rempli par le patient concernant sa conduite automobile et ses pathologies.
- Dérogation au secret médical afin de pouvoir informer les proches.
- Signalement possible aux autorités (Préfecture).
- Documents d'information pour le patient et la famille.
- Accompagnement en partenariat avec les services de consultation et d'HDJ de Gériatrie.
- Développement des tests de conduite avec moniteur pour évaluation de l'aptitude.
- Aucune de ces propositions.



Auto-formation	Auto-questionnaire	Dérogation au secret	Signalement	Documents d'infos	HDJ de Gériatrie	Test de conduite	Autres
16	11	30	35	25	33	34	3
23%	16%	43%	50%	36%	47%	49%	4%

2) Interprétation des résultats

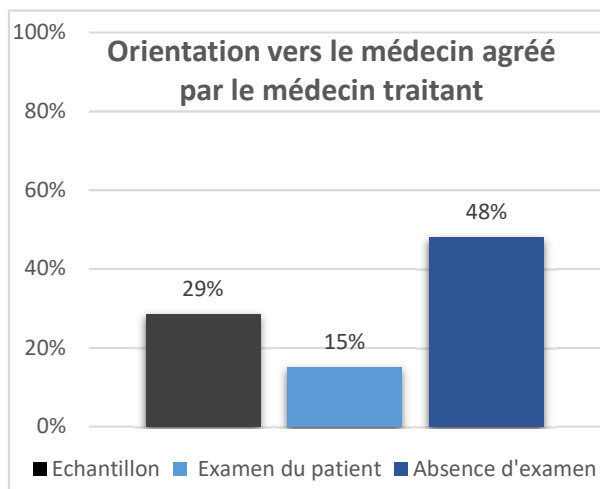
A- Le rôle essentiel du médecin généraliste traitant

L'idée dominante qui ressort de la première question, où l'interrogé n'est pas le médecin traitant du patient dangereux, est sans équivoque : pour 91% des interrogés, **le médecin traitant occupe une place centrale** dans la prise en charge théorique du patient dément qui refuse d'arrêter de conduire lorsque l'on suspecte son inaptitude. Comme pour beaucoup de problèmes chroniques, les confrères préfèrent en référer à un médecin qui connaît au mieux le patient : en étant informé des tenants et des aboutissants, la prise (ou l'absence) de décision est facilitée.

Nous pouvons d'ailleurs nous étonner que l'examen clinique soit loin d'être systématique pour la moitié des praticiens sollicités : **seulement 54% examinent le patient** lorsqu'ils en sont le médecin référent.

Ceux qui n'examinent pas le patient l'envoient plus volontiers chez le médecin agréé : c'est probablement une prise de conscience d'un manque de confiance ou de compétence dans l'établissement d'une inaptitude qui les pousse à agir ainsi. La sensibilité du sujet et la difficulté d'évaluation en médecine de premier recours entraînent l'absence de certitude et freinent l'examen du patient.

En revanche, ceux qui évaluent ce dernier vont moins l'orienter vers le référent en matière d'aptitude mais conservent la même attitude que l'ensemble de l'échantillon face aux autres propositions comme l'orientation vers un gériatre ou le recours à des solutions pratiques ; cette appréciation vise sans doute à conforter le praticien dans son jugement et lui évite de priver à tort son patient de prendre le volant.



Un élément important mis en évidence par la question concernant l'attitude préférentielle à tenir devant un patient dangereux qui refuse de s'arrêter est la nécessité d'une prise de décision partagée entre le soignant et le malade : il semble plus facile de faire admettre une décision difficile pour le patient lorsqu'il a l'impression d'y prendre part que lorsque la décision lui est imposée.

Dans le cas de la conduite, la médecine basée sur les preuves correspond à un rappel à la loi car c'est l'attitude dictée par les autorités qui fait référence. Elle arrive en deuxième position ici : l'évidence scientifique n'est pas forcément le meilleur moyen de convaincre un dément sujet à l'anosognosie.

Il ne s'empêchera pas de prendre le volant puisqu'il ne pensera pas à son défaut d'assurance et à l'absence de couverture en cas d'accident.

La question 13, ciblant la fréquence du questionnement par le généraliste, n'apporte que peu d'informations utiles car les réponses sont trop consensuelles et assez décalées de la réalité. La liste de pathologies pouvant entraîner une altération de la conduite est longue et finalement très peu de patients en pratique clinique sont au courant qu'une évaluation médicale de leurs compétences au volant est obligatoire.

Il ressort de l'analyse du questionnaire que **la place du médecin traitant demeure importante**. Cependant, le problème évoqué ne paraît pas uniquement gérable en médecine de premiers recours pour une grande majorité des questionnés (soit 87%). Dans ce contexte, l'isolement et la responsabilité inhérents à la pratique de la médecine générale s'avèrent trop contraignants face aux conséquences d'une cessation de la conduite pour le patient.

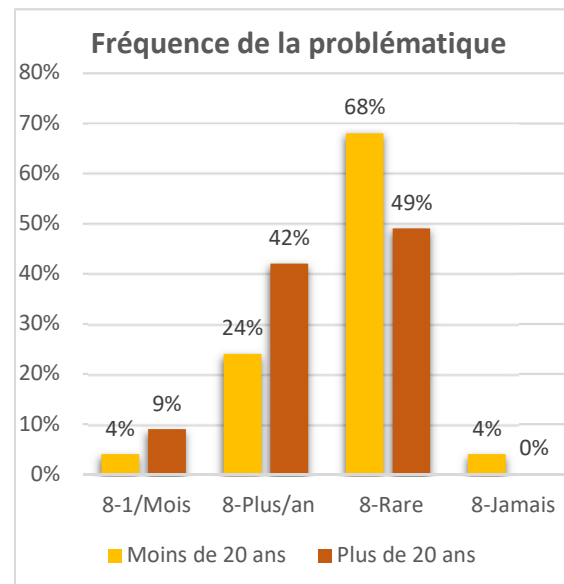
La nécessité d'une **prise en charge multidisciplinaire** apparaît réellement dans les réponses données à la question 12 qui porte sur le choix des spécialistes à solliciter dans ce cas précis, et notamment à travers la place privilégiée accordée au gériatre dans l'esprit de 70% des praticiens.

B- La description de la problématique

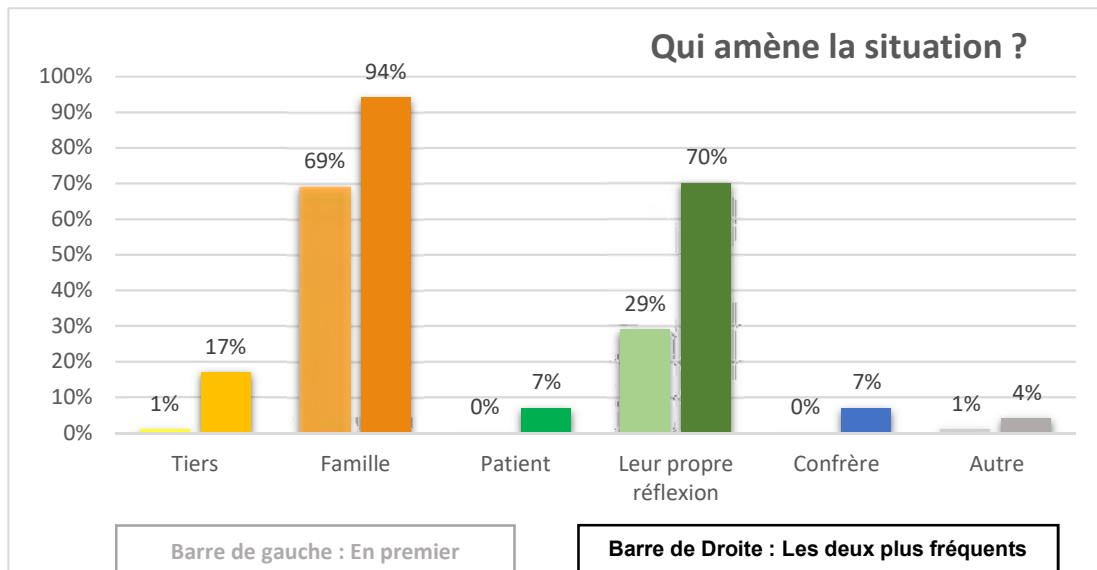
La situation évoquée du patient avec des troubles cognitifs, supposé inapte, mais qui refuse d'arrêter de conduire, est finalement rarement retrouvée en pratique clinique. C'est une partie de la difficulté à gérer la situation en médecine générale.

On constate néanmoins que les médecins expérimentés sont plus souvent confrontés à ce problème.

Le vieillissement de la patientèle et parallèlement l'augmentation de la prévalence des troubles cognitifs et démentiels en sont des facteurs explicatifs.



Dans le cas clinique, c'est la fille du patient qui s'interroge sur la capacité de conduite de son père. Les résultats de l'enquête confirment notre intuition, car c'est la famille qui amène la situation en premier lieu, la réflexion du médecin de famille intervenant dans un second temps.



D'ailleurs, en observant le cumul des deux principales réponses exprimées, nous pouvons nous rendre compte que le problème ne semble concerner que la famille et le médecin traitant du patient : c'est un dilemme de responsabilité morale, les deux protagonistes ne mesurant que trop bien les conséquences d'un maintien de la conduite mais surtout d'un arrêt. Quid des confrères spécialistes qui n'attirent pas l'attention des généralistes au moment d'un diagnostic établi par leurs soins ?

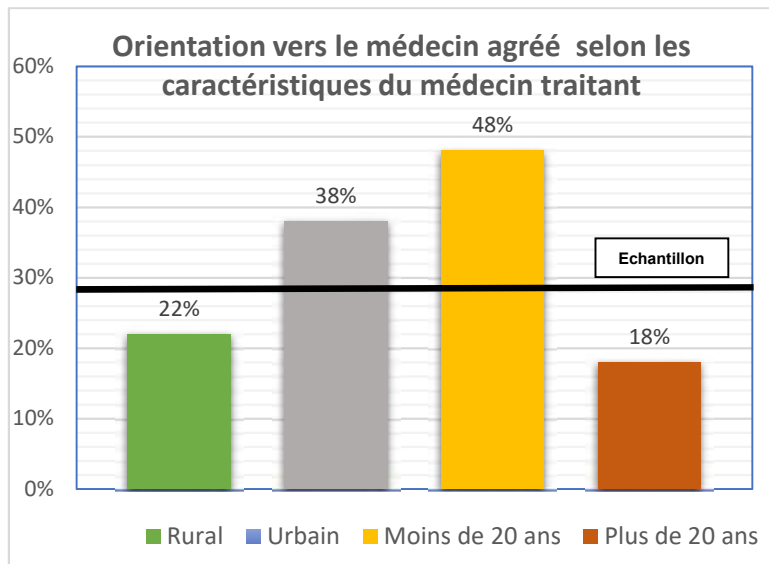
Un autre point à relever est la très faible proportion de situation amenée par les patients eux-mêmes. Quand on reprend les modalités du code de la route, c'est bien à ces derniers d'évaluer par eux-mêmes leur aptitude à la conduite et de se soumettre, le cas échéant, à une évaluation médicale. Force est de constater que ce n'est que très exceptionnellement le cas pour les patients ; cela renforce la problématique de notre travail : le système n'est pas adapté aux patients incapables d'évaluer leur aptitude. Ce chiffre reste néanmoins logique ; les patients déments ont tendance à surestimer leur habileté à conduire et n'ont pas le sentiment d'être dangereux.

C- Une défiance envers le médecin agréé ?

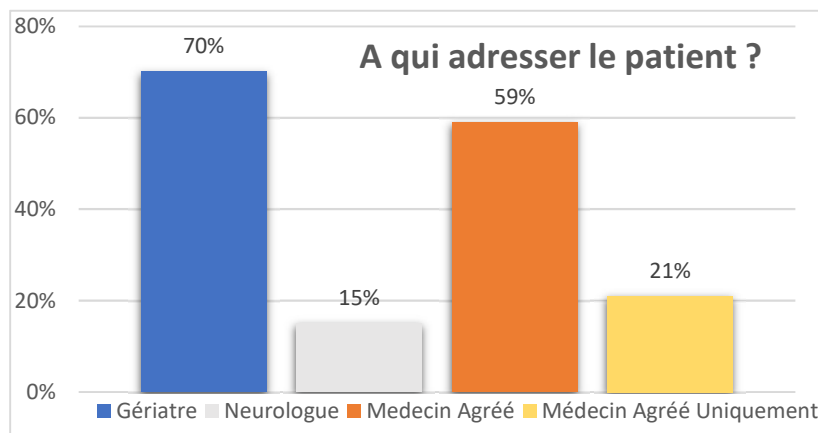
Le médecin agréé est le pilier du système actuel d'évaluation de l'aptitude à la conduite. En cas d'inaptitude supposée, il est la référence vers qui adresser le patient.

L'observation de la mise en situation théorique nous permet de constater que, face à une situation compliquée, un quart seulement des interrogés dit s'orienter vers lui. Les disparités identifiées selon l'expérience et le lieu d'exercice du praticien entourent des pistes d'analyse.

Les médecins moins expérimentés font plus confiance au référent que leurs aînés pour la gestion de la difficulté. Il faut croire que l'expérience de la discipline démontre que finalement le patient ne consultera pas de lui-même un confrère agréé. De ce fait, pour les médecins les plus âgés, le médecin agréé n'apparaît pas comme une alternative concrète pour régler le problème de leur patient.



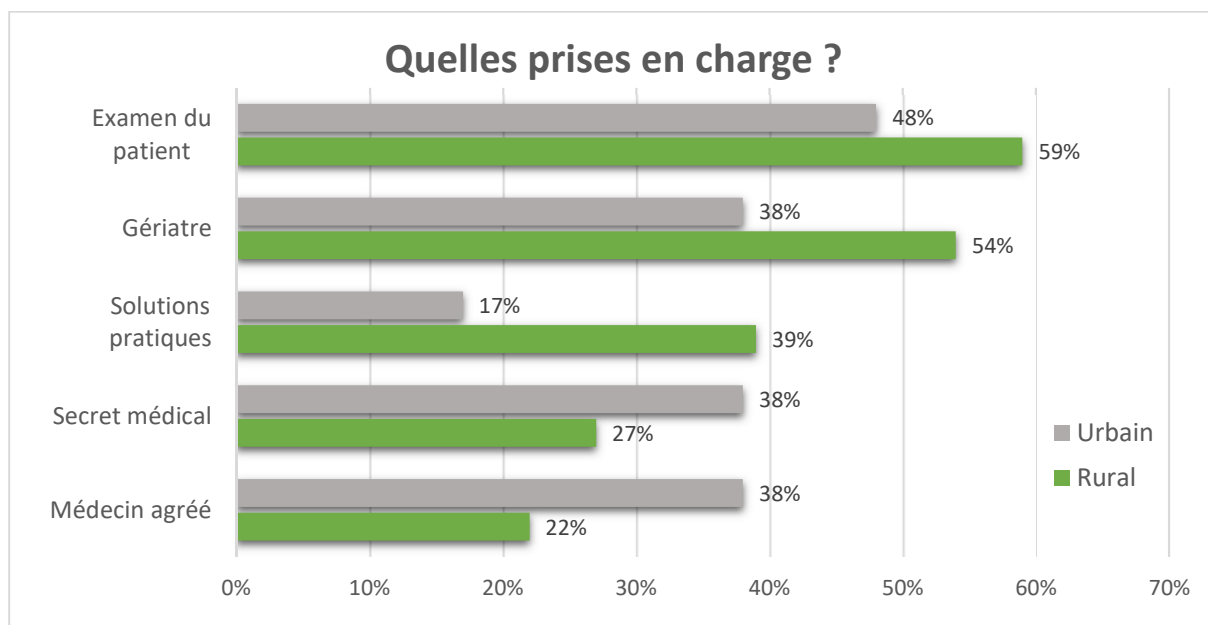
Du reste, le médecin de ville lui fait plus confiance que son collègue situé en milieu rural. Il ressort de ce constat une problématique très importante : les inquiétudes des praticiens divergent selon leur lieu d'exercice ; nous développerons cette réflexion ultérieurement.



L'autre constatation, tirée des réponses à la question concernant la place d'un avis spécialisé, est que le médecin agréé fait figure de second choix. Il ne serait le seul sollicité qu'une fois sur cinq.

Finalement, il semble que le spécialiste de la conduite soit perçu comme synonyme de privation, aussi bien pour le patient que pour le médecin traitant. Il ne représente pas la solution évidente dans l'esprit du professionnel de santé car il est assurément restrictif et, surtout, aucune disposition à la portée du médecin n'existe pour contraindre le patient à se présenter à lui.

D- La disparité entre médecines urbaine et rurale

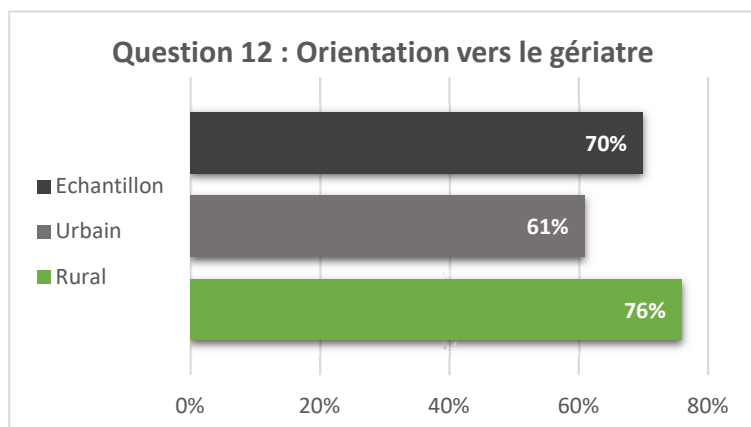


Pour l'analyse, nous avons regroupé les médecins exerçant en milieux rural et semi rural pour pouvoir les comparer aux médecins dits de ville. En effet, les réponses de ces deux groupes se rejoignent en raison de leur mode d'exercice et leurs problématiques face au questionnement proposé.

Comme nous avons pu le constater précédemment, le positionnement en fonction du milieu d'exercice se présente comme fondamental dans la problématique : les préoccupations du médecin de ville divergent de celles du médecin de campagne.

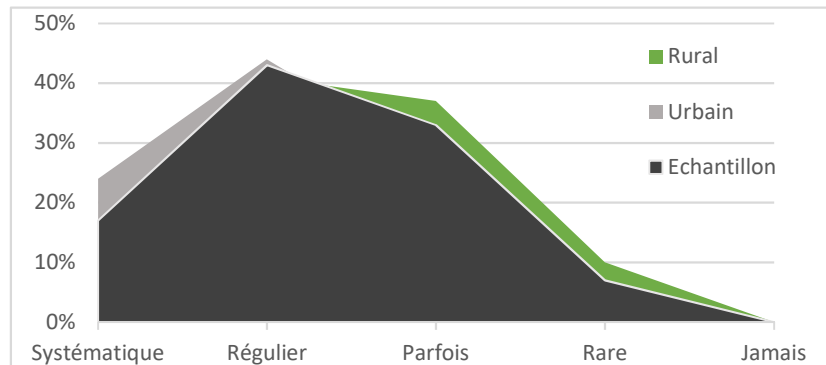
Dans la partie théorique, le praticien en milieu rural entreprend plus souvent d'examiner son patient pour tenter de l'évaluer et l'orienter ensuite vers un confrère gériatre. Il privilégie davantage les solutions pratiques.

De son côté, son confrère citadin examine moins souvent son patient et décide de l'envoyer vers le médecin agréé ou le gériatre à proportions égales.



A la question portant sur l'utilité d'un avis spécialisé en complément du généraliste, une tendance est constatée : les praticiens en dehors des grandes villes tendent plus à orienter vers le gériatre que leurs homologues urbains. La place du médecin agréé est identique pour les deux groupes.

La problématique de la conduite devant des troubles cognitifs est plus fréquemment évoquée avec le patient par les praticiens en ville comme le montre le schéma.

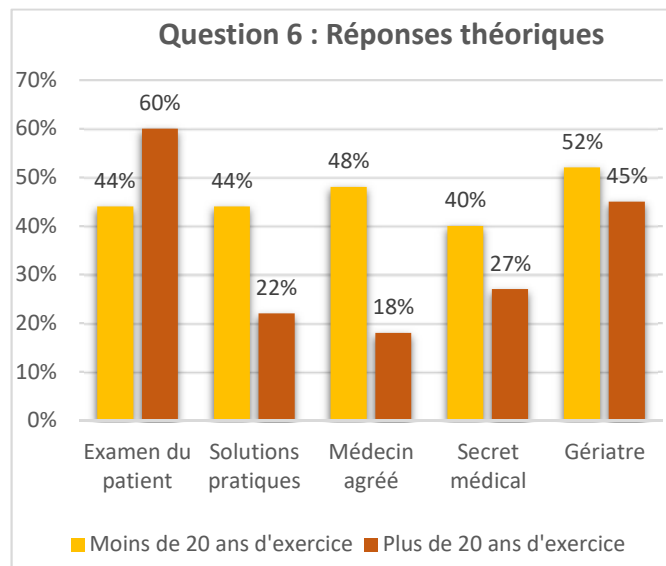


L'hypothèse qui en résulte est simple : en dehors des villes, les alternatives à la conduite en termes d'autonomie sont illusoires ; le médecin, qui connaît parfaitement les conditions de vie de ses patients, va plutôt tenter de les maintenir au volant en passant par le gériatre ou alors d'immobiliser le véhicule quand le danger est trop important. Le médecin urbain veut surtout, quant à lui, protéger les populations, plus importantes en ville, des risques accidentels produits par ces patients déments.

E- Une question d'âge ?

Pour l'analyse, nous avons regroupé les praticiens en deux catégories : moins de 20 ans d'exercice et plus de 20 ans.

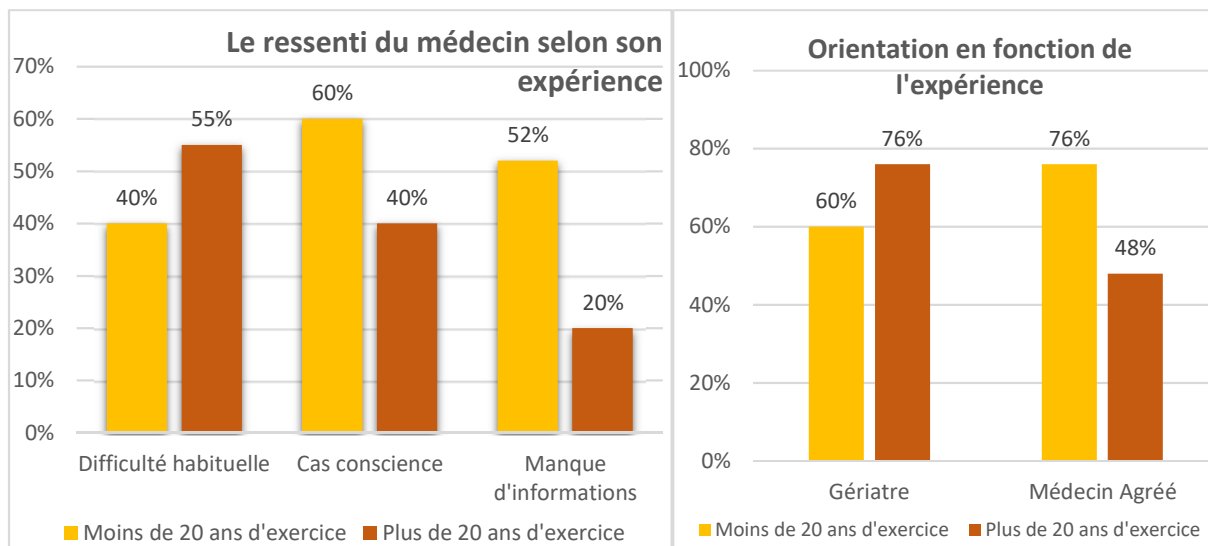
Il s'avère que les différences de réponses concordent avec le vieillissement de la patientèle qui évolue avec son généraliste et avec le positionnement du médecin âgé vis-à-vis de la conduite, ce dernier se projetant plus facilement à la place du patient ou de la famille.



Les « jeunes » médecins se différencient par un recours plus important aux solutions pratiques (44% contre 22%) et accordent plus de confiance au médecin agréé (48% contre 18%) dans le cas clinique théorique.

Ils sont, par ailleurs, moins confrontés à la problématique comme expliqué précédemment.

Quand nous motivons leur avis sur l'aide possible d'un confrère, ils votent très en faveur du médecin agréé et moins souvent pour un avis gériatrique.



La situation complexe constitue, pour 60% des médecins moins expérimentés, une situation de cas de conscience ; ils ressentent plus le manque d'informations sur le sujet.

Les médecins expérimentés, quant à eux, sont plus souvent confrontés au problème et en connaissent mieux les rouages. Ils préfèrent examiner le patient afin de l'évaluer et se détournent du médecin agréé qui n'est, a priori, pas consulté par ce type de patients, au profit d'autres solutions telles que la prise en charge gériatrique. Nous supposons qu'ils orientent leurs patients vers un gériatre dans un but diagnostique mais également dans l'intention d'obtenir un avis plus précis sur leurs compétences cognitives.

L'avis de ce spécialiste des personnes âgées peut avoir plus d'impact auprès du patient, que ce soit pour cesser la conduite ou pour le convaincre de se rendre chez le médecin expert.

Cette situation est considérée parmi les praticiens les plus âgés comme une difficulté habituelle de la médecine générale.

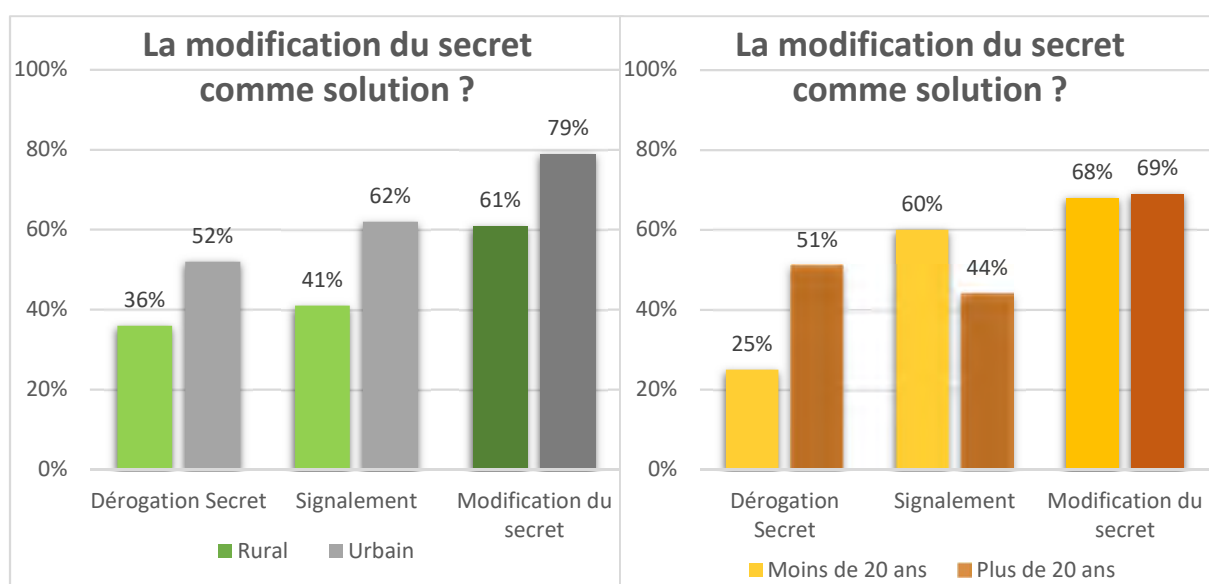
F- Un problème de secret médical ?

Actuellement en France, il n'existe pas de dérogation au secret professionnel dans le cadre de la conduite dangereuse pour soi ou pour autrui. Si un conducteur est supposé inapte, il doit se rendre de lui-même auprès d'un médecin spécialisé pour être évalué. Néanmoins, pour ses médecins traitants, il n'existe aucune possibilité de signalement aux autorités ou de levée du secret envers le confrère agréé par la préfecture.

La seule solution pratique est d'encourager les proches à dénoncer le conducteur à la préfecture qui peut alors contraindre ce dernier, par convocation, à se présenter devant la commission du permis de conduire.

La question 14, évaluant le ressenti des praticiens, révèle que le secret médical constitue une limite aux circonstances décrites pour 60% des interrogés. Cependant, la dernière question met en avant les divergences d'opinion sur le problème, ce qui peut expliquer pourquoi la situation s'enlise. En regroupant les praticiens qui ont répondu en faveur d'un signalement aux autorités ou d'une dérogation au secret médical, nous atteignons 69% des enquêtés. Sept médecins sur 10 pensent que la modification de la législation sur le secret est une des réponses à la problématique.

Pour cette hypothèse, des disparités émergent : les médecins urbains se prononcent plus en faveur d'un changement au niveau du secret médical que leurs confrères en milieu rural et sont surtout favorables à la possibilité d'un avertissement aux autorités ; les jeunes médecins prônent le signalement à la préfecture quand les plus expérimentés souhaitent une levée du secret. Si les médecins semblent en accord sur la nécessité d'un changement du secret pour ce type de conjoncture, leurs avis diffèrent encore sur le mode de fonctionnement à adopter.



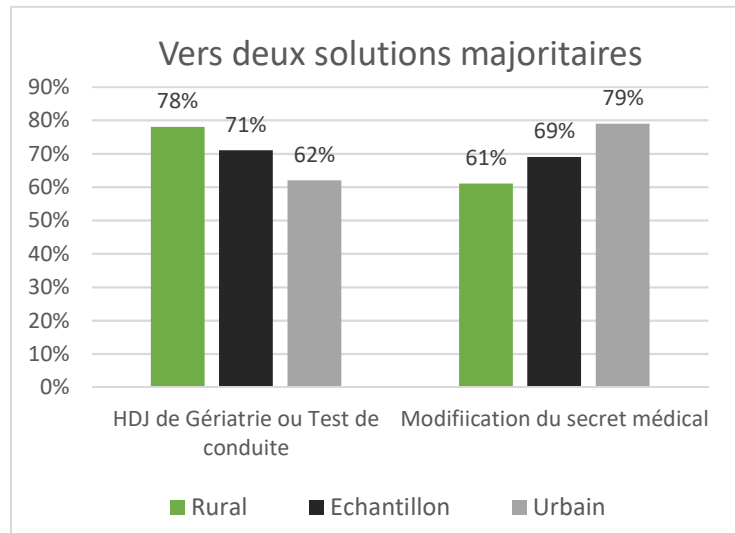
G- Vers des pistes de solutions

La question 16, proposant un éventail de solutions au problème, correspond à la synthèse de notre travail de recherche documentaire et de notre enquête sur le terrain. Qui est mieux placé qu'un généraliste pour envisager une solution utile pour sa pratique ?

L'interprétation des résultats fait apparaître deux orientations majeures : les médecins de ville pensent qu'une modification du secret serait plus profitable à leur exercice pour les situations compliquées ; leurs confrères ruraux promeuvent l'association d'un avis gériatrique et d'un test de conduite.

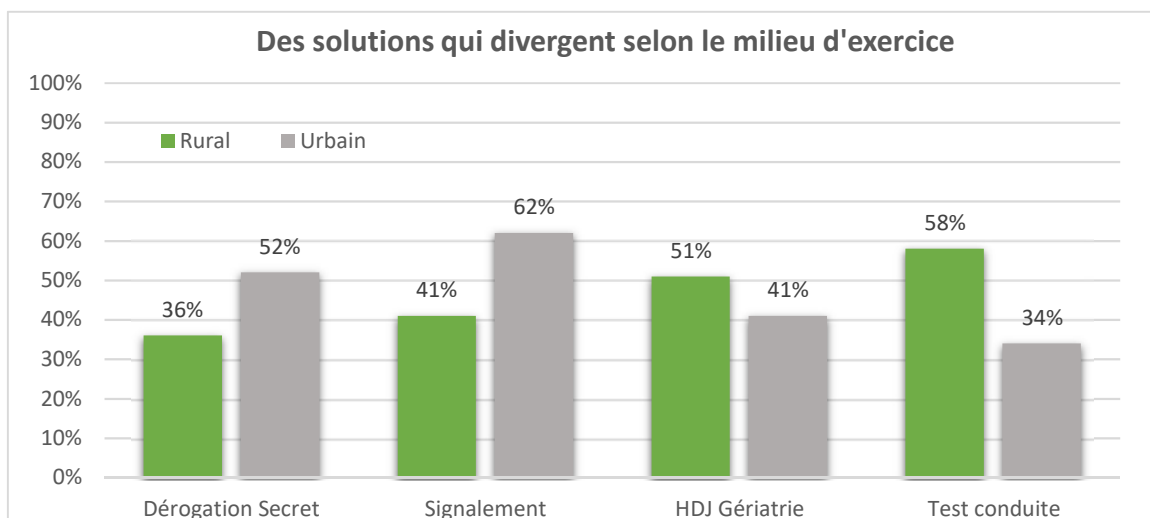
Les écarts entre les comportements des deux catégories de médecins restent toutefois réduits.

A fortiori, à travers les différentes questions abordant le secret ou le recours à un gériatre, nous remarquons le caractère constant et cohérent des réponses en fonction de la zone d'exercice.



L'analyse de l'hypothèse formulée met en évidence deux solutions :

- La première se rapporte à l'évaluation des capacités de conduite en tant que telles par le recours à un avis spécialisé extérieur permettant au généraliste de se faire une opinion réelle sur les aptitudes de son patient.
Le fait que cette expertise soit faite par le gériatre ou au moyen d'un test de conduite avec moniteur montre surtout que, pour le médecin traitant, celle-ci ne relève ni de sa propre capacité ni des moyens mis à sa disposition.
- La seconde concerne la levée du secret médical en vue de mettre fin à l'isolement du praticien et ainsi, de le déresponsabiliser moralement et professionnellement vis-à-vis de la société.
Le signalement aux autorités représente pour celui-ci un moyen d'empêcher la conduite dans les situations urgentes et dangereuses.
La dérogation au secret médical permet, quant à elle, de recueillir le soutien d'un spécialiste ou celui des proches pour mieux prendre en charge la problématique.



En conclusion, cette enquête auprès des praticiens, ferait apparaître le milieu d'exercice comme un critère discriminant essentiel, non seulement dans la prise en charge du problème des patients déments qui refusent d'arrêter de conduire mais aussi dans les solutions à envisager.

En effet, le médecin traitant qui exerce en dehors des agglomérations connaît bien l'importance, pour ses patients, du maintien de l'autonomie à travers la pratique de la conduite automobile. Il se dégage chez lui une volonté d'évaluer au mieux les capacités du sujet supposé inapte pour lui permettre de poursuivre la conduite en sécurité pour lui et les autres le plus longtemps possible.

A l'inverse, le médecin de ville ne connaît que trop bien les risques et les difficultés de circulation en milieu urbain pour ses patients âgés présentant des troubles cognitifs débutants ou établis. Il dispose néanmoins de solutions alternatives adaptées pour les aider à conserver leur autonomie de déplacement. Son attitude paraît dictée par l'intention de faire arrêter la conduite dès l'apparition du moindre risque pour la société ainsi que par le souci de préserver sa responsabilité morale.

La proposition de réponse consistant à solliciter un avis gériatrique au sein d'un hôpital de jour avec la possibilité de réaliser un test de conduite semble convenir à une grande partie des enquêtés et répondre à leurs attentes. En ce qui concerne la modification du secret médical, la réponse passe par des discussions à mener sur le sujet pour modifier cette réalité.

DISCUSSION

1) Aspect technique de l'évaluation des capacités de conduite

L'objectif de notre travail était de rechercher le rôle du médecin généraliste traitant lorsqu'une situation d'inaptitude supposée chez un de ses patients déments se présente à lui.

La synthèse des pratiques européennes a permis de comprendre les mécanismes de la problématique et d'en tirer des certitudes applicables en France.

L'enquête menée auprès des médecins s'accorde à montrer les difficultés de gestion du phénomène qui se caractérise par sa relative rareté, la problématique du secret médical et l'absence de recommandation utile pour la pratique.

Il nous faut toutefois prendre en compte un paramètre important : les systèmes d'organisation de l'évaluation médicale de la conduite sont très variables d'un voisin européen à un autre et la législation en la matière laisse plus ou moins de liberté au médecin généraliste. La place occupée par ce dernier est plus ou moins importante en fonction de la structuration : le médecin est surtout confronté à ce problème dans les systèmes où il n'existe pas de centres de références bien établis et où il n'y a pas de contrôle systématisé des capacités de conduite (chez les personnes âgées notamment).

A- Le vrai rôle du médecin traitant

Le rôle fondamental et légal du médecin traitant est l'information de son patient et ce, dans n'importe quel pays européen étudié. Elle doit débiter dès le diagnostic posé par un spécialiste ou lors de la suspicion de troubles cognitifs débutants comme dans les syndromes pré-démence.

Tout d'abord, les instructions concernant l'altération dans la démence des compétences nécessaires à la conduite doivent être claires et précises. Il faut expliquer la règle des trois ans durant lesquels la conduite restera en théorie sûre et spécifier qu'à un moment donné, devant le caractère évolutif de la pathologie, la personne sera inévitablement incapable de conduire.

L'arrêt de la conduite doit être évoqué systématiquement et le plus tôt possible pour permettre le cheminement dans l'esprit du malade.

Sur le plan légal, en France, le médecin doit signifier à son patient qu'il est de son propre devoir de se soumettre à l'évaluation médicale de ses capacités auprès d'un médecin agréé par la préfecture.

La preuve de cette information doit être apportée par le médecin par tout moyen à sa disposition. Il doit être expliqué au patient que sa responsabilité en tant que conducteur est engagée en cas d'accident et qu'il ne sera plus couvert par son assurance.

A la lecture de la littérature européenne, nous n'avons retrouvé aucun test réalisable au cabinet permettant une évaluation des capacités de conduite.

Le médecin traitant ne peut donc techniquement pas, à lui seul, interdire à son patient de conduire : son rôle est avant tout de le conseiller pragmatiquement, lui et ses proches, dans la gestion de son autonomie et de le dissuader de conduire jusqu'à une évaluation de ses réelles capacités. (48)

La mission qui incombe au médecin de proximité en matière de conduite reste la surveillance du syndrome démentiel ou l'évocation de son diagnostic en cas d'installation de troubles cognitifs.

Notre analyse a démontré l'utilité des tests comme le MMSE et le TMT dans la surveillance de ces démences, mais il convient de préciser qu'ils ne permettent en aucun cas d'affirmer une inaptitude au volant. (5)

B- Des changements à proposer

La prise en charge multidisciplinaire nécessaire apparaît difficilement réalisable en France par le biais du médecin agréé et implique que l'hôpital de jour gériatrique serve de lien entre la médecine générale et les spécialistes concernés. L'opportunité de la possibilité de tests de conduite en son sein et l'absence de caractère pénalisant de l'évaluation semblent correspondre aux attentes des généralistes, surtout de ceux travaillant en zone rurale.

Il faut cependant encore évaluer l'efficacité de ce partenariat privilégié et la prise en compte des coûts financiers de réalisation.

En France, se pose actuellement la question de l'instauration d'une évaluation systématique de l'aptitude à la conduite à partir d'un âge déterminé.

Si la proposition semble intéressante pour dépister les troubles locomoteurs et visuels inhérents à l'âge, elle n'apporte aucune solution pour le généraliste dans le problème des déments qui refusent d'arrêter de conduire.

La pathologie peut devenir symptomatique dans l'intervalle de contrôle et rien ne prouve que le retrait administratif du permis contraigne un patient avec des troubles cognitifs majeurs à ne pas prendre sa voiture.

C- Une ouverture pour le secret médical dans les situations dangereuses ?

Concernant la conduite, la législation en matière de secret médical est très stricte dans notre pays : le médecin a une obligation de secret absolue envers son patient. Actuellement, il n'a été retrouvé aucune décision de justice ne s'étant prononcée dans le sens d'une divulgation d'informations médicales aux autorités par le médecin dans le cadre d'une inaptitude à la conduite.

La situation française n'a été modifiée que depuis peu suite à la directive de 2006. Les personnes atteintes de démence documentée sont considérées comme inaptes à la conduite. Les capacités de conduite lors de troubles cognitifs débutants sont laissées à l'appréciation du neurologue ou du gériatre traitant.

Notre travail a prouvé l'existence d'une telle dérogation chez nombre de nos voisins, avec, en l'absence de texte clair, des décisions de justice en faveur d'une levée du secret en cas de péril imminent ou de situation dangereuse.

L'enquête menée auprès des généralistes révèle que, de leur point de vue, il est nécessaire de modifier les textes sur le sujet.

Nous pouvons objectivement nous interroger sur les réticences de nos parlementaires et de l'Ordre des médecins sur le sujet lorsque l'on sait que nos confrères ont une obligation légale de signalement aux autorités sportives en cas de découverte avérée de dopage chez un sportif se présentant à eux. (72)

C'est finalement au législateur de débattre de cette nécessité et principalement des modalités de cette modification. Effectivement, les réponses à notre questionnaire indiquent que, s'il y a bel et bien un besoin de légiférer sur le sujet, les praticiens ne s'accordent pas sur l'utilisation d'une levée du secret ou sur le besoin d'un signalement aux autorités.

Un article juridique détaillant les enjeux de la réglementation européenne en matière de permis de conduire s'interroge sur la responsabilité du médecin en cas d'accident. Sur le plan civil, il se pourrait que la responsabilité médicale soit retenue en l'absence de document prouvant l'information motivée du patient quant aux risques de la conduite en lien avec sa pathologie et ses traitements.

Sur le plan pénal, il semble que la preuve de la violation d'une « obligation particulière de sécurité ou de prudence » (art. 223-1 du code pénal) soit difficile à établir contre le praticien devant l'absence de dispositions législatives ou réglementaires empêchant son patient de prendre le volant.

Ce texte précise que, dans les cas de danger manifeste, le médecin peut alors conseiller à la famille de signaler le conducteur au préfet, seul administré à pouvoir imposer une consultation auprès d'un confrère agréé. (73)

2) Aspect éthique de la problématique

En dehors du cadre légal et médical, la question éthique demeure : peut-on réellement empêcher un patient dément de conduire ?

A- Quelle place pour le généraliste ?

Nous pouvons d'ores et déjà affirmer que ce n'est en aucun cas pleinement le rôle du médecin généraliste traitant que d'empêcher un patient dément de conduire. La situation d'un patient malade d'Alzheimer avec une anosognosie majeure pose problème vis-à-vis du système actuel d'évaluation médicale de la conduite. Dans les textes, la responsabilité est laissée au conducteur de décider s'il juge ses capacités suffisantes pour prendre le volant. Nous pouvons simplement imaginer qu'un patient atteint de ces troubles n'a pas la capacité cognitive de s'évaluer et encore moins de se poser la question. Il peut même ne pas se rappeler l'accident qu'il a généré trente minutes plus tôt, malgré les preuves présentes sur la carrosserie de son véhicule.

C'est typiquement ce genre de situation qui peut poser problème au généraliste dans la gestion de la démence au quotidien. Evidemment, les solutions pratiques par la contribution des aidants ou de la famille permettent le plus souvent de régler les situations périlleuses au prix d'un conflit interminable pour les proches et les soignants. Mais à nouveau, le médecin est amené par la force des choses à prendre une décision qui ne relève ni d'une obligation légale ni de ses compétences. Si le thérapeute a un devoir d'information claire et avisée sur ses doutes concernant les compétences de conduite de son patient, il n'est soumis à aucune obligation légale de statuer sur son aptitude et encore moins de s'assurer qu'il se présente devant un médecin agréé ou stoppe sa conduite.

Cependant, la dimension morale en médecine générale est indissociable de la pratique et de la prise de décision. Elle met en avant un dilemme éthique : légalement, le praticien ne peut qu'informer son patient mais moralement peut-il s'en contenter ? Cette information a-t-elle réellement un impact sur le comportement du malade ? Le praticien respecterait donc son rôle informatif jusqu'à ce que la conduite soit considérée, le plus souvent par la famille, comme trop dangereuse ; cette situation moralement inacceptable éveillerait en lui le sentiment que son intervention dans l'interruption de la conduite deviendrait alors indispensable. Le médecin est confronté à un choix compliqué entre les difficultés dues à la perte d'autonomie, surtout dans le monde rural, et les risques liés à la conduite, qui sont par ailleurs difficilement mesurables et évaluables au cabinet.

Dans ces circonstances, quelle importance revêt le lien médecin-patient ? Cette relation professionnelle entre le praticien et son malade est primordiale en médecine générale pour l'instauration d'une confiance mutuelle. Elle est renforcée par la notion de confiance dans les échanges entre les deux protagonistes. Quand le problème de la conduite se pose, les défenseurs du secret médical mettent en avant le risque encouru par la perte de ce rempart : le patient, n'ayant plus la garantie d'une confiance établie, ne consulterait plus en cas de difficultés ou n'aborderait jamais spontanément le problème de la conduite.

Cependant, notre travail d'investigation auprès des généralistes a montré que ce lien devait être utilisé positivement dans la résolution de ce problème : la confiance construite sur plusieurs années avec le malade permettrait au thérapeute d'être écouté et mieux compris par son patient, surtout sur un sujet difficile comme l'abandon de la conduite.

Il semble alors que pour préserver le bénéfice de cette relation de confiance, le secret doit être maintenu jusqu'à ce que le risque soit jugé trop important pour la société.

B- Vers qui se tourner ?

Notre enquête a pu mettre en évidence que, finalement, le médecin agréé ne représente pas une alternative efficace aux yeux des généralistes dans la résolution du problème d'arrêt de la conduite.

Effectivement, devant l'absence de convocation, les patients ne se rendent que très rarement auprès de cet expert. Cet état de fait ne lui permet donc pas de jouer pleinement son rôle dans l'organisation actuelle en France.

La proposition d'une réponse sollicitant l'intermédiaire de l'HDJ de gériatrie avec la réalisation de tests de conduite avec moniteur apparaît pertinente face au questionnement éthique.

Devant l'isolement inhérent à la médecine générale et en l'absence de consultation du médecin agréé, le gériatre semble être la ressource et le relais nécessaires pour soutenir la démarche du généraliste auprès du patient.

De fait, ce spécialiste de la démence suivrait ces patients régulièrement et prendrait part à leur prise en charge multidisciplinaire indispensable à l'établissement d'une aptitude à la conduite ; il pourrait d'ailleurs proposer des tests de conduite si besoin. Cela contribuerait finalement à partager la responsabilité de l'évaluation et de l'interdiction de la conduite.

C- Un problème de société

L'arrêt de la conduite dans sa dimension sociétale n'entre aucunement dans le champ de compétences de la médecine générale.

En réalité, le problème de l'arrêt de la conduite doit être débattu devant et par la société : est-il toujours actuellement pertinent et sécuritaire d'avoir un permis à vie sans aucune obligation légale de faire preuve de son aptitude médicale à la conduite ?

Il semble capital que la société accepte que la conduite ne soit pas un droit immuable et que chacun doive jouer un rôle auprès de ses proches lors du processus d'arrêt : qui de mieux placée que la famille pour mettre en évidence une situation dangereuse et décider de mettre en place les actions qui en découlent ?

Le médecin n'apparaît alors plus comme devant être la personne décisionnaire mais bien comme l'évaluateur de la situation qui motive autant que possible le maintien de la conduite. En conséquence, l'interdiction morale, quant à elle, ne relève pas de la médecine mais de la société.

La collectivité doit également se poser la question de l'efficacité du retrait de permis administratif dans la situation des patients déments.

Les chiffres concernant la conduite sans permis confirment ce propos : un peu moins de 130 000 infractions de la sorte ont été constatées en 2013. Ce phénomène prouve bien que la conduite sans permis n'est pas la problématique de la médecine mais bien de la société. Par extension, le problème de la conduite du sujet dément, une fois son permis invalidé, ne l'est pas plus.

Cette notion est la clé de la réflexion éthique sur le sujet. Le rôle de la médecine est d'établir l'aptitude physique et psychique indispensable à la conduite. Le rôle des autorités préfectorales est de prononcer l'interdiction. Cette séparation des pouvoirs est essentielle à l'équilibre de l'évaluation et le médecin ne peut et ne doit pas se substituer à l'autorité décisionnaire.

Enfin, quid des voitures sans permis ? Un patient jugé inapte à la conduite aurait-il le droit d'en conduire une en toute impunité et en toute légalité ?

La problématique de l'interdiction de la conduite dépasse donc le domaine d'exercice de la médecine générale.

3) Proposition concrète

La synthèse de notre travail de recherche aboutit à une solution utilisable par le médecin généraliste lors d'une situation d'inaptitude supposée chez un patient atteint de troubles cognitifs.

Si la modification du secret médical nous paraît indispensable dans le système d'évaluation actuel de la conduite automobile, elle reste une problématique de société qui doit être débattue par le législateur et non par le corps médical.

Notre proposition se structure autour d'un partenariat avec un service d'hôpital de jour de gériatrie qui réalise en son sein des tests de conduite pour les patients déments qui y sont suivis.

C'est au cours de mon travail de recherche que j'ai pu rencontrer le gériatre de l'HDJ du Centre hospitalier de Lunéville ; il m'a expliqué proposer ces tests systématiquement aux patients de son service.

Au moment de notre rencontre en octobre 2017, le recul sur cette expérience était mince car elle n'était en place que depuis cinq mois dans cette structure de soins.

Les compétences du gériatre devraient permettre une évaluation complète des capacités cognitives et somatiques du patient ; ce spécialiste pourrait compléter son expertise par un avis ophtalmologique ou neurologique s'il le juge nécessaire.

L'avis gériatrique serait dans un premier temps à visée pédagogique pour les patients dont l'aptitude semble conservée au cabinet du généraliste ; dans un second temps, il servirait à l'établissement de l'aptitude dans un but informatif, et non pénalisant, pour le patient et surtout pour sa famille.

L'utilisation du CDR score permettra d'éviter les tests de conduite sur route pour les patients dont l'inaptitude semble manifeste (c'est le cas pour les démences modérées à sévères soit un CDR score > 1).

L'établissement d'une inaptitude supposée nécessitera la remise d'un document l'attestant et motivant la consultation d'un médecin agréé ou l'arrêt de la conduite par la mise en œuvre de solutions pratiques par la famille.

La situation est scindée en 3 circonstances bien distinctes au cabinet du généraliste :

- 1- Le patient est atteint de troubles cognitifs sans retentissement sur son quotidien.
- 2- Le patient est diagnostiqué dément.
- 3- Le patient dément apparaît dangereux mais refuse de cesser la conduite.

Les facteurs de risques et les erreurs de conduite sont résumés dans les encadrés ci-dessous et servent de caractères discriminants dans l'algorithme décisionnel. Leur présence amènera à une évaluation des capacités de conduite alors que leur absence permettra une information et une prise en charge éducative.

La conduite à tenir en cas de patient présumé dangereux et refusant d'arrêter de conduire est hiérarchisée avec une information répétée au premier plan et consignée dans le dossier dans un but médico-légal.

Cette information sera associée à la remise d'un document contre-signé par le patient lui signifiant que l'évaluation faite par le médecin au cabinet semble mettre en évidence une incompatibilité entre sa pathologie et la conduite. Cette inaptitude supposée nécessitera d'être évaluée par un médecin agréé afin de permettre la poursuite de la conduite. Il lui notifiera également sa responsabilité vis-à-vis du code de la route et des autres conducteurs et le désengagement de son assurance en cas d'accident. Ce même document sera remis au patient évalué au service d'HDJ de gériatrie lorsque ses capacités se révéleront incompatibles avec la poursuite de la conduite.

L'ultime solution consistera en une information de la famille devant un risque imminent pour la société. Après annonce au patient de la nécessité d'en informer sa famille et devant l'absence de refus de celui-ci, le médecin avisera du risque ses proches afin d'immobiliser les véhicules par des solutions techniques.

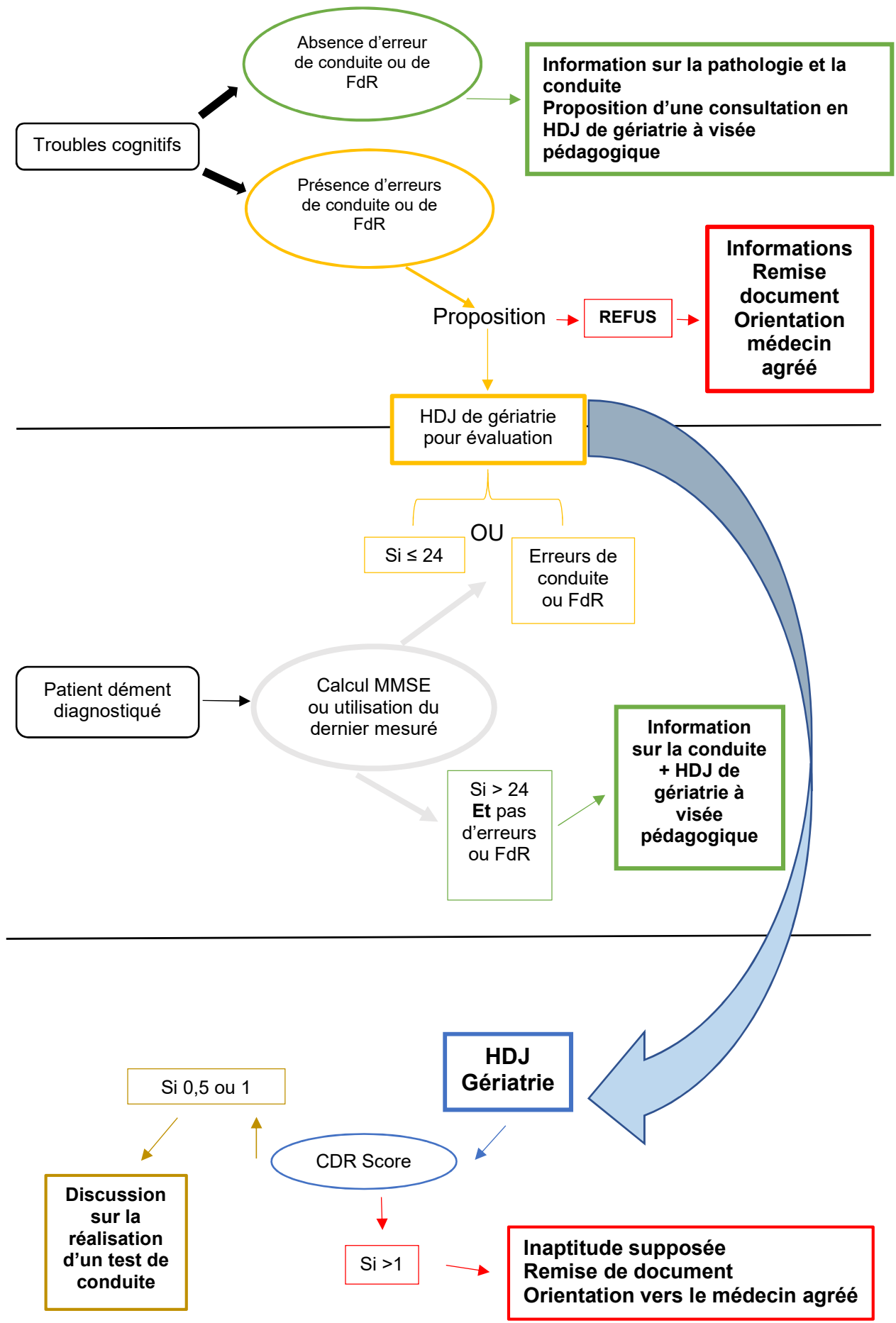
En cas de refus du patient, c'est sa responsabilité morale qui permettra au médecin de décider de l'importance de l'arrêt imminent de la conduite. Mais actuellement, sur le plan légal, son rôle est uniquement informatif.

Erreurs de conduite

- Accidents antérieurs / Contravention dans les 2-3 ans précédents
- Anamnèse de réduction du nombre de km / restriction de conduite
- Sentiment d'être perdu même sur des routes connues
- Perte de confiance au volant
- Constat de chevauchement de ligne ou de touche de trottoir

Facteurs de Risques (FdR)

- Avis négatif des aidants sur la conduite : limite / dangereuse
- Comorbidités (surtout troubles visuels et rotation de la tête)
- Médicaments altérant la vigilance
- Type de démence (corps de Levy ou fronto-temporale)
- Agitation / désinhibition
Impulsivité



4) Conclusion

La conduite automobile pour les personnes démentes constitue un véritable dilemme éthique pour le généraliste.

En France, il n'existe actuellement aucun moyen d'établir une inaptitude au cabinet ni même une disposition légale permettant au médecin de prévenir les autorités en présence d'un patient dément présumé dangereux au volant. En somme, son rôle se résume à informer et conseiller son malade lorsque ses capacités se détériorent.

L'enquête réalisée a mis en évidence des solutions adaptées aux praticiens : la modification du secret professionnel et la possibilité d'une collaboration avec l'Hôpital de jour gériatrique proposant des tests de conduite semblent correspondre à leurs attentes.

Le problème de la conduite pour ces patients demeure néanmoins un sujet de société et une problématique de santé publique qui dépassent le champ de la médecine générale. C'est une réflexion générale sur l'organisation de l'évaluation de la conduite et sur la prise en charge de nos seniors qui doit être menée.

ANNEXE.1

ÉVALUATION CLINIQUE DE LA DÉMENCE[®] CDR

10/10

N.CDR_1

Initiales de l'examineur:

DOMAINE	AUCUNE DEMENCE CDR 0	DEMENCE DISCUTABLE CDR 0.5	DEMENCE LEGERE CDR 1	DEMENCE MODEREE CDR 2	DEMENCE SEVERE CDR 3
MEMOIRE	Aucune perte de mémoire ou légers oublis irréguliers. 0 <input type="checkbox"/>	Légers oublis réguliers, souvenir partiel des événements; oublis inévitables. 0.5 <input type="checkbox"/>	Perte modérée de la mémoire, plus marquée pour les événements récents, qui interfère avec les activités quotidiennes. 1 <input type="checkbox"/>	Perte sévère de la mémoire; se souvient seulement des choses acquises de longue date et ne retient pas les nouvelles informations. 2 <input type="checkbox"/>	Perte sévère de la mémoire; seuls des fragments demeurent. 3 <input type="checkbox"/>
ORIENTATION	S'oriente parfaitement. 0 <input type="checkbox"/>	S'oriente parfaitement avec toutefois un léger problème avec le rapport au temps. 0.5 <input type="checkbox"/>	Difficultés modérées en ce qui concerne le rapport au temps; sait où se trouve le lieu de l'examen, mais peut avoir des problèmes d'orientation spatiale ailleurs. 1 <input type="checkbox"/>	Difficultés sévères en ce qui concerne le rapport au temps; éprouve généralement des difficultés à se repérer dans le temps, et souvent à se situer dans l'espace. 2 <input type="checkbox"/>	Peut seulement se repérer vis-à-vis de sa propre personne. 3 <input type="checkbox"/>
CAPACITE DE JUGEMENT & RESOLUTION DES PROBLEMES	Résout les problèmes quotidiens; bonne capacité de jugement en comparaison avec les performances passées. 0 <input type="checkbox"/>	Seulement une légère détérioration en ce qui concerne la résolution de problèmes, l'établissement de similitudes, de différences. 0.5 <input type="checkbox"/>	Difficultés modérées en ce qui concerne la gestion des problèmes, l'établissement de similitudes, de différences; sur le plan social, le jugement reste généralement bon. 1 <input type="checkbox"/>	Difficultés sévères en ce qui concerne la gestion des problèmes, l'établissement de similitudes ou de différences; sur le plan social, la capacité de jugement est habituellement affaiblie. 2 <input type="checkbox"/>	Incapable d'émettre un jugement ou de résoudre des problèmes. 3 <input type="checkbox"/>
ACTIVITES HORS DE CHEZ SOI	Le degré d'indépendance est resté le même dans le travail, pour faire les courses, dans les aspects commerciaux et financiers, dans les activités bénévoles ou en groupe. 0 <input type="checkbox"/>	Légère détérioration au niveau de ces activités. 0.5 <input type="checkbox"/>	Incapable de pratiquer ces activités de manière autonome, sans pour autant les avoir toutes abandonnées; semble normal à première vue. 1 <input type="checkbox"/>	Ne peut prétendre à aucune indépendance à l'extérieur. Semble suffisamment bien pour être accompagné pour des activités en dehors de la maison familiale. 2 <input type="checkbox"/>	Ne peut prétendre à aucune indépendance à l'extérieur. Semble trop atteint pour être accompagné pour des activités en dehors de la maison familiale. 3 <input type="checkbox"/>
MAISON ET PASSE-TEMPS	Poursuite normale de la vie à la maison, des passe-temps, des activités intellectuelles. 0 <input type="checkbox"/>	Légère détérioration dans la vie à la maison, les passe-temps, les activités intellectuelles. 0.5 <input type="checkbox"/>	Légère détérioration, toutefois réelle, pour les activités domestiques; les tâches les plus difficiles ont été abandonnées, de même que les passe-temps et les centres d'intérêt les plus complexes. 1 <input type="checkbox"/>	Seules des tâches simples continuent à être effectuées; centres d'intérêt très limités, peu cultivés. 2 <input type="checkbox"/>	Aucune fonction importante à la maison. 3 <input type="checkbox"/>
PRISE EN CHARGE PERSONNELLE	Est totalement capable de s'occuper de lui/elle-même. 0 <input type="checkbox"/>		A besoin d'être stimulé(e) 1 <input type="checkbox"/>	A besoin d'aide pour s'habiller, pour les questions d'hygiène, pour l'entretien de ses effets personnels. 2 <input type="checkbox"/>	A besoin de beaucoup d'aide pour prendre soin de lui/elle; souvent incontinence. 3 <input type="checkbox"/>

Hugues CP, Berg L, Danziger WL, et al.: A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry* 1982; 140: 596-572. L'entretien et le tableau de notation de l'évaluation clinique de la Démence (CDR) sont la propriété exclusive de l'Alzheimer's Disease Research Center, Washington University, St. Louis, Missouri, USA. Toute utilisation non autorisée peut entraîner une violation des droits d'auteur.

ANNEXE.2

Enquête de pratique auprès des médecins généralistes concernant l'aptitude à la conduite automobile des patients déments.

Toutes les informations obtenues sont exclusivement destinées à un usage statistique ; dès la fin de la collecte, elles seront rendues anonymes.

1. Quels sont vos NOM et Prénom ?

2. Quel est votre nombre d'années d'exercice médical depuis votre thèse ?

Une seule réponse possible.

- 0 à 10 ans
 10 à 20 ans
 Plus de 20 ans d'exercice

3. Quel est votre lieu d'exercice ?

Une seule réponse possible.

- Urbain
 Semi-Rural
 Rural

4. Dans quel département exercez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Meurthe-et-Moselle
 Moselle
 Meuse
 Vosges

Approche théorique :

Je souhaite, dans un premier temps, recueillir votre position et votre attitude devant un cas clinique théorique que je vous soumetts :

Vous recevez Mme C à votre cabinet pour son renouvellement habituel de LEVOTHYROX et d'IMOVANE. Au cours de la discussion, elle aborde le sujet de son père, M. R, âgé de 73 ans, dont la maladie d'Alzheimer semble évoluer depuis quelques mois.

Elle vous explique qu'elle est exténuée et ne sait plus comment faire avec lui. Il devient même, selon ses dires, « un danger public au volant » et il refuse toujours d'entendre raison pour arrêter de conduire.

5. Dans cette situation, vous êtes le médecin traitant de Mme C, mais vous ne prenez pas en charge son père. Que faites-vous ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Vous proposez une consultation avec son père pour évaluer son aptitude à conduire.
- Vous l'orientez vers un médecin du permis de conduire agréé par la préfecture.
- Vous évoquez la problématique du secret médical et de votre impossibilité de le signaler à la préfecture.
- Vous l'incitez à en parler avec le médecin traitant de son père.
- Autre attitude.

6. Cette fois-ci Mme C, qui est suivie par un de vos confrères habituellement, vous parle justement de ce problème puisque vous êtes le médecin traitant de son père Mr R. Que faites-vous ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Vous proposez une consultation avec son père pour évaluer son aptitude à conduire.
- Vous proposez une solution pratique (immobiliser le véhicule par exemple).
- Vous l'orientez vers un médecin du permis de conduire agréé par la préfecture.
- Vous évoquez la problématique du secret médical et de votre impossibilité de le signaler à la préfecture.
- Vous rédigez un courrier pour consulter un gériatre afin de lui évoquer le problème.
- Autre attitude.

Poursuite du cas clinique

Par ailleurs, M. R se présente à votre consultation pour une bronchite et vous remarquez tout de suite que ses troubles cognitifs se sont aggravés : il est mal coiffé et il porte encore ses chaussons. D'ailleurs, il ne se rappelle pas les deux accidents dont vous a parlé sa fille et maintient qu'il est tout à fait capable de conduire; la preuve : il a fait 5 km en voiture pour venir. Il refuse catégoriquement de voir quelqu'un qui va vouloir l'empêcher de conduire. Après votre examen clinique, il vous semble difficile d'imaginer que le patient puisse conduire sans risque pour lui-même et surtout pour les autres.

7. Quelle est votre attitude préférentielle vis-à-vis de M. R ?

Une seule réponse possible.

- Vous lui déconseillez fortement de conduire car vous n'avez pas envie d'apprendre qu'il a renversé 2 enfants sortant de l'école située sur le trajet vers votre cabinet.
- Vous en parlez directement à sa fille pour éviter que le patient ne vous tienne rigueur de vos doutes sur sa conduite et ne vienne plus du tout consulter.
- Vous faites un rappel à la loi et lui expliquez les risques qu'il encoure avec son assurance s'il ne se soumet pas à une évaluation de sa conduite et le consignez dans son dossier.
- Vous discutez avec le patient et évoquez vos doutes sur son aptitude à conduire au regard de ses troubles cognitifs. Vous cherchez des alternatives avec lui (visite à domicile par exemple).

Approche pratique

Pour la suite, je souhaite maintenant comprendre les mécanismes des situations réellement vécues et votre approche personnelle de la situation.

8. A quelle fréquence êtes-vous confronté(e) à ce type de problématique depuis que vous pratiquez la médecine ?

Une seule réponse possible.

- Au moins une fois par mois
- Plusieurs fois par an
- Rarement
- Jamais

9. Le plus souvent, par qui vous est présentée la situation décrite dans le cas clinique ?

Une seule réponse possible.

- Un tiers
- La famille du patient
- Le patient lui-même
- Votre propre questionnement
- Un confrère (spécialiste ou non)
- Autre personne

10. De façon moins fréquente, par qui d'autre peut vous être présentée la situation ?

Une seule réponse possible.

- Un tiers
- La famille du patient
- Le patient lui-même
- Votre propre questionnement
- Un confrère (spécialiste ou non)
- Personne d'autre

11. Considérez-vous, d'une manière générale, que la problématique de la conduite chez les patients déments ou atteints de troubles cognitifs non démentiels peut relever uniquement de la médecine générale ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

12. Si NON, à qui adresseriez-vous le patient ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Gériatre
- Neurologue
- Médecin agréé du permis de conduire

13. **Devant un patient atteint d'une démence évolutive, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'évoquer la question de l'aptitude à la conduite avec lui ?**

Une seule réponse possible.

- Systématiquement
 Régulièrement
 Parfois, selon la situation
 Rarement
 Jamais

14. **Globalement, comment vivez-vous la situation d'un patient dément qui refuse d'arrêter de conduire ?**

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Elle fait partie des difficultés habituelles associées au métier de généraliste.
 C'est pour moi un réel cas de conscience et d'éthique.
 Cela ne relève pas de ma compétence.
 Je me sens démuni face au système en place actuellement.
 Je ressens le manque d'information et de formation sur le sujet.
 J'entrevois les limites du secret médical dans une situation à risque pour la société.
 Autre vécu,

15. **Vous êtes le médecin traitant de ce type de patient, Comment définissez-vous l'influence de la relation médecin/patient dans la prise de décision d'arrêt de la conduite ? C'est :**

Une seule réponse possible.

- Une opportunité
 Insignifiant
 Une contrainte (par manque d'objectivité)
 Ne sais pas

16. **Qu'est ce qui pourrait vous aider à mieux prendre en charge ces situations d'inaptitude supposée face à l'avancée de troubles cognitifs nécessitant l'arrêt de la conduite ?**

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Auto-formation avec niveau de qualification progressif et possibilité de transmettre le dossier à des médecins de niveaux supérieurs ou à un organisme de référence.
 Auto-questionnaire rempli par le patient concernant sa conduite automobile et ses pathologies,
 Dérogation au secret médical afin de pouvoir informer les proches.
 Signalement possible aux autorités (Préfecture).
 Documents d'information pour le patient et la famille,
 Accompagnement en partenariat avec les services de consultation et d'HDJ de Gériatrie.
 Développement des tests de conduite avec moniteur pour évaluation de l'aptitude.
 Aucune de ces propositions.

Je vous remercie pour le temps accordé à mon travail.

Bibliographie

1. Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1176 p.
2. Olsen K, Taylor J-P, Thomas A. Mild cognitive impairment: safe to drive? *Maturitas*. juin 2014;78(2):82-5.
3. ONISR. Fiches thématiques/Personnes âgées - Grands thèmes de la sécurité routière en France [Internet]. Sécurité routière | Tous responsables. 2011 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/documentation/etudes-et-bilans/fiches-thematiques>
4. Bonin-Guillaume S. Elderly drivers: Assessing performance or predicting driving safety? *Eur Geriatr Med*. 1 mai 2010;1(2):93-4.
5. Allan CL, Behrman S, Baruch N, Ebmeier KP. Driving and dementia: a clinical update for mental health professionals. *Evid Based Ment Health*. 11 janv 2016;19(4):110-3.
6. Langford J, Bohensky M, Koppel S, Newstead S. Do older drivers pose a risk to other road users? *Traffic Inj Prev*. 2008;9(3):181-9.
7. Assailly J-P, Bonin-Guillaume S, Mohr A, Parola A, Grandjean R, Frances Y-M. Les conducteurs âgés en bonne santé font plus d'erreurs et d'oublis que d'infractions: Enquête auprès de 904 volontaires. *Presse Médicale*. 1 juin 2006;35(6, Part 1):941-7.
8. Siren A., Haustein S., Meng A., Bell D., Pokriefke E., Lang B., et al. CONSOL Report Word Package 5.1 : Driving Licensing Legislation [Internet]. European Commission / Directorate-General For Mobility and Transport; 2013 [cité 21 sept 2017]. Disponible sur: http://www.consolproject.eu/attachments/article/16/CONSOL%20Report_WP5.1_final.pdf
9. Hakamies-Blomqvist L, Johansson K, Lundberg C. Medical screening of older drivers as a traffic safety measure--a comparative Finnish-Swedish evaluation study. *J Am Geriatr Soc*. juin 1996;44(6):650-3.
10. Langford J, Fitzharris M, Newstead S, Koppel S. Some consequences of different older driver licensing procedures in Australia. *Accid Anal Prev*. 1 nov 2004;36(6):993-1001.
11. Viamonte SM, Ball KK, Kilgore M. A cost-benefit analysis of risk-reduction strategies targeted at older drivers. *Traffic Inj Prev*. déc 2006;7(4):352-9.
12. La conduite automobile | France Alzheimer | Union Nationale des Associations France Alzheimer [Internet]. [cité 25 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.francealzheimer.org/accompagner-au-quotidien/la-conduite-automobile>
13. Jacobs M, Hart EP, Roos RAC. Driving with a neurodegenerative disorder: an overview of the current literature. *J Neurol*. août 2017;264(8):1678-96.
14. Versijpt J, Tant M, Beyer I, Bier J-C, Cras P, Deyn PPD, et al. Alzheimer's disease and driving: review of the literature and consensus guideline from Belgian dementia experts and the Belgian road safety institute endorsed by the Belgian Medical Association. *Acta Neurol Belg*. 5 oct 2017;1-9.
15. Martin AJ, Marottoli R, O'Neill D. Driving assessment for maintaining mobility and safety in drivers with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 13 mai 2013;(1).
16. Barco PP, Baum CM, Ott BR, Ice S, Johnson A, Wallendorf M, et al. Driving Errors in Persons with Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 1 juill 2015;63(7):1373-80.
17. Frittelli C, Borghetti D, Iudice G, Bonanni E, Maestri M, Tognoni G, et al. Effects of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment on driving ability: a controlled clinical study by simulated driving test. *Int J Geriatr Psychiatry*. mars 2009;24(3):232-8.
18. Wilson S, Pinner G. Driving and dementia: a clinician's guide. *Adv Psychiatr Treat*. 1 mars 2013;19(2):89-96.
19. Breen DA, Breen DP, Moore JW, Breen PA, O'Neill D. Driving and dementia. *BMJ*. 30 juin 2007;334(7608):1365-9.
20. Trobe JD, Waller PF, Cook-Flannagan CA, Teshima SM, Bieliauskas LA. Crashes and violations among drivers with Alzheimer disease. *Arch Neurol*. mai 1996;53(5):411-6.
21. Brayne C, Dufouil C, Ahmed A, Denning TR, Chi LY, McGee M, et al. Very old drivers: findings from a population cohort of people aged 84 and over. *Int J Epidemiol*. août 2000;29(4):704-7.
22. Piersma D, Waard D de, Davidse R, Tucha O, Brouwer W. Car drivers with dementia: Different complications due to different etiologies? *Traffic Inj Prev*. 2 janv 2016;17(1):9-23.

23. Duchek JM, Carr DB, Hunt L, Roe CM, Xiong C, Shah K, et al. Longitudinal driving performance in early-stage dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc.* oct 2003;51(10):1342-7.
24. Ott BR, Heindel WC, Papandonatos GD, Festa EK, Davis JD, Daiello LA, et al. A longitudinal study of drivers with Alzheimer disease. *Neurology.* 1 avr 2008;70(14):1171-8.
25. Bennett JM, Chekaluk E, Batchelor J. Cognitive Tests and Determining Fitness to Drive in Dementia: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* 1 sept 2016;64(9):1904-17.
26. D Piersma, ABM Fuermaier, D de Waard, RJ Davidse, J de Groot, MJA Doumen, et al. Prediction of Fitness to Drive in Patients with Alzheimer's Dementia. *PLoS One.* 24 févr 2016;11(2):e0149566.
27. Fuermaier ABM, Piersma D, Waard D de, Davidse RJ, Groot J de, Doumen MJA, et al. Assessing fitness to drive—A validation study on patients with mild cognitive impairment. *Traffic Inj Prev.* 17 févr 2017;18(2):145-9.
28. Arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite. NOR: INTS1232113A p. 13771.
29. Décret n° 2012-886 du 17 juillet 2012 relatif au contrôle médical de l'aptitude à la conduite. JORF n°0166 du 19 juillet 2012 juill 17, 2012 p. 11844.
30. Manaouil C, de Lentaigine de Logivière X, Seillier J-F, Jardé O. Rôle du médecin agréé pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite. Aspects pratiques, responsabilité et secret médical. *Presse Médicale.* sept 2015;44(9):923-30.
31. Pour une conduite adaptée à sa santé : médecin, quel est votre rôle ? [Internet]. Sécurité Routière; 2012 [cité 21 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/documentation/guides-et-depliants/reglementation-et-comportement-du-conducteur>
32. Büla C, Eyer S, von Gunten A, Favrat B, Monod S. Conduite automobile et troubles cognitifs: comment anticiper? *Rev Médicale Suisse.* 2011;7(316):2184–2189.
33. Arrêté du 31 août 2010 modifiant l'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. JORF n°0213 du 14 septembre 2010 page 16583, DEVS1019542A.
34. Directive 2006/126/CE du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 relative au permis de conduire (refonte) [Internet]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=URISERV%3A124141>
35. Lentaigine de Logivière X, Jardé O, Manaouil C. Évaluation médicale de l'aptitude à la conduite automobile au sein de l'Union européenne. *Presse Médicale.* sept 2015;44(9):935-40.
36. Mourgues JM, Bissonnier C. Que faire devant un patient inapte à la conduite ? *Bull Natl Ordre Médecins.* juill 2017;(50):25.
37. Mourgues JM, Bissonnier C. Les pathologies pouvant affecter la conduite automobile. *Bull Natl Ordre Médecins.* nov 2016;(46):30.
38. Haussmann R, Wagner T, Müller D, Bauer M, Laux G, Donix M. Assessment of ability to drive in patients with MCI and dementia. *Nervenarzt.* mars 2017;88(3):247-53.
39. Wagner JT, Müri RM, Nef T, Mosimann UP. Cognition and driving in older persons. *Swiss Med Wkly.* 17 janv 2011;140:w13136.
40. VIAS Institute : CARA, pour les médecins [Internet]. VIAS Institute. [cité 1 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.vias.be/fr/particuliers/cara/pour-les-medecins/>
41. Driver and Vehicle Licensing Agency - GOV.UK [Internet]. [cité 11 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/organisations/driver-and-vehicle-licensing-agency>
42. CBR - onze diensten - Eigen verklaring & keuring - Mag ik rijden als... - ...ik dementie heb? [Internet]. [cité 5 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.cbr.nl/11391.pp>
43. Melissa Vetsch, Neli Gantcheva, Noëlle Junod Perron, Bernard Favrat. Aptitude au volant : comment ne pas perdre les pédales ? *Rev Médicale Suisse.* 2014;443:1746-52.
44. Confidentiality-Patients fitnes to drive and reporting concerns to DVLA or DVA [Internet]. General Medical Council; 2017 [cité 17 sept 2017]. Disponible sur: http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/Confidentiality_-_Patients_fitness_to_drive_and_reporting_concerns_to_DVLA_or_DVA.pdf
45. Loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière (LCR) [Internet]. RS 741.01. Disponible sur: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19580266/index.html>
46. Boxho P, Eugene-Dahin B, Ravache-Quiriny J, Abati A, Kettel MF, Beauthier F, et al. [Medico legal issues related to driving: the role of the general practitioner]. *Rev Med Liege.* juin 2006;61(5-6):500-8.
47. Mazel JA. [The practice guideline « Dementia » (second revision) from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of general practice]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 12 juin 2004;148(24):1177-9.

48. Hendriks A., Heimans J., Mast R. Moet ik mijn patiënt adviseren geen auto te rijden? *Ned Tijdschr Geneesk* [Internet]. 1 août 2017 [cité 31 déc 2017];161. Disponible sur: <https://www.ntvg.nl/artikelen/moet-ik-mijn-patient-adviseren-geen-auto-te-rijden>
49. Langendries M. Au volant malgré la démence ? *Medi-sphere*. 22 avr 2015;(476):16-7.
50. Assessing fitness to drive: a guide for medical professionals [Internet]. Driver and Vehicle Licensing Agency; 2017 [cité 17 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/guidance/assessing-fitness-to-drive-a-guide-for-medical-professionals>
51. Yates M, Ibrahim JE. Responsible management of motor vehicle drivers with dementia. *J R Coll Physicians Edinb*. 2014;44(1):4-7.
52. Arrêté Royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire [Internet]. Disponible sur: <https://www.code-de-la-route.be/textes-legaux/sections/ar/ar-230398>
53. Asociacion Espanola Centros de Reconocimiento de Conductores. ANEXO IV ACTUAL con todas sus modificaciones [Internet]. [cité 3 juin 2017]. Disponible sur: <http://centros-psicotecnicos.es/galicia/uploads/file/ANEXO%20V%20ACTUAL%20con%20todas%20sus%20modificaciones.pdf>
54. Koninkrijksrelaties M van BZ en. Regeling eisen geschiktheid 2000 [Internet]. Disponible sur: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0011362/2017-05-12>
55. Ordonnance du 27 octobre 1976 réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière (Ordonnance réglant l'admission à la circulation routière, OAC) [Internet]. Disponible sur: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19760247/index.html>
56. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening) | NHG [Internet]. Nederlands huisartsen genootschap. 2012 [cité 26 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-depressie-tweede-herziening>
57. Confédération Suisse. Amélioration de la qualité des évaluations de l'aptitude à la conduite [Internet]. Département Fédéral de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication (DETEC); 2015 [cité 5 févr 2017]. Disponible sur: <https://medtraffic.ch/fr/Medecins-psychologues/Niveaux-de-qualification>
58. Pfaffli M, Kissling B. Evaluation d'aptitude à la conduite par le médecin de famille. *Prim Care Hosp*. 25 oct 2017;17(20):385-8.
59. Grob J-P, Breil D. Le médecin de famille et le patient âgé. *Prim Care Hosp*. 14 juin 2017;17(11):212-5.
60. Iverson DJ, Gronseth GS, Reger MA, Classen S, Dubinsky RM, Rizzo M, et al. Practice parameter update: evaluation and management of driving risk in dementia: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 20 avr 2010;74(16):1316-24.
61. Bredewoud R.A. Cognitieve stoornissen en het rijbewijs-. CBR; 2008.
62. Driving and dementia [Internet]. Alzheimer's Society; 2013 [cité 17 sept 2017]. Disponible sur: http://oxleas.nhs.uk/site-media/cms-downloads/Driving_and_dementia_factsheet.pdf
63. Pentzek M, Michel JV, Ufert M, Vollmar HC, Wilm S, Leve V. Fitness to drive in dementia – theoretical framing and design of a recommendation for German general practice. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. 1 janv 2015;109(2):115-23.
64. Dawson JD, Anderson SW, Uc EY, Dastrup E, Rizzo M. Predictors of driving safety in early Alzheimer disease. *Neurology*. 10 févr 2009;72(6):521-7.
65. Leve V, Ilse K, Ufert M, Wilm S, Pentzek M. Driving and dementia : an issue for general practice?! *Z Gerontol*. 2017;50(Suppl 2):55-62.
66. Marieke B, Wouter B, Koek HL, Dautzenberg PLJ. Patients and relatives desire their physician to give a judgement about driving abilities: a survey by questionnaire on a Dutch memory clinic. *Int J Geriatr Psychiatry*. déc 2006;21(12):1217-8.
67. Chihuri S, Mielenz TJ, DiMaggio CJ, Betz ME, DiGiuseppi C, Jones VC, et al. Driving Cessation and Health Outcomes in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. févr 2016;64(2):332-41.
68. Siren A, Meng A. Cognitive screening of older drivers does not produce safety benefits. *Accid Anal Prev*. mars 2012;45:634-8.
69. Romy Sauvayre. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Dunod; 2013. 156 p. (Psycho Sup).
70. Nicolas Guégen. 30 grandes notions de statistique descriptive en psychologie [Internet]. Dunod; 2016 [cité 10 févr 2018]. 160 p. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/30-grandes-notions-statistique-descriptive-en-psychologie>
71. Conseil national de l'ordre des médecins. La démographie médicale en région Lorraine [Internet]. 2013 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lorraine_2013.pdf

72. Article 4 - Secret professionnel | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins. [cité 19 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>

73. Meyer-Heine A. Séniors et enjeux de la réglementation européenne du permis de conduire. *Rev Marche Commun Union Eur.* 2017;(605):115-25.

VU

NANCY, le 13 Février 2018
Le Président de Thèse

NANCY, le 27 février 2018
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Laure JOLY

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10190

NANCY, le 06 mars 2018

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Notre travail de thèse comporte dans un premier temps une revue de la littérature européenne qui analyse les différences de modèles d'évaluation de la conduite mis en place pour les patients présentant des troubles cognitifs ou mnésiques. L'objectif est de mettre en évidence des solutions applicables à l'exercice de la médecine générale.

Suit une partie présentant nos travaux de recherche avec notamment les résultats d'une enquête qualitative, menée par questionnaire, auprès d'un échantillon représentatif de généralistes lorrains pour recueillir leur vécu et leurs attentes par rapport à cette problématique. Les réponses mettent en évidence deux facteurs discriminants : l'expérience et le milieu d'exercice. Le médecin agréé par la préfecture semble ne pas représenter une solution adaptée et, finalement, n'est que peu consulté.

Enfin, nous poursuivons notre travail par une discussion argumentée concernant la gestion du problème en médecine générale qui met en évidence des disparités d'organisation et de législation en matière de secret et d'obligation du praticien. L'établissement d'un diagnostic de démence et de syndrome pré-déméntiel apparaît alors essentiel dans cette problématique. La modification du cadre légal et l'utilisation de l'hôpital de jour gériatrique comme relais s'avèrent être des pistes concrètes pour les praticiens interrogés.

En conclusion, nous proposons une stratégie initiale permettant au généraliste de distinguer la dangerosité au volant des personnes démentes de celles atteintes de troubles cognitifs légers isolés afin de les conduire à la réalisation d'une hospitalisation de jour où ils peuvent bénéficier de tests de conduite pédagogiques ou évaluatifs en cas de situation à risque pour la société.

TITRE EN ANGLAIS : Driving and dementia : What role for a general practioner ?
Review of european literature, practice survey and ethical side.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2018

MOTS CLES : CONDUITE AUTOMOBILE – DEMENCE – APTITUDE – PROBLEME ETHIQUE – MEDECINE GENERALE – EUROPE

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex