

# CONTRÔLE DE L'APTITUDE À CONDUIRE DES SENIORS :

## QUELS ENJEUX ?



**Je ne déclare aucun conflit d'intérêt  
pour cette présentation.**

# LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE EST UN SUJET DE SANTÉ PUBLIQUE

- 1,25 million de tués/an au monde ;
- 3 655 tués et 75 127 blessés en France en 2016.

## L'ACTION MÉDICALE EST LÉGITIME

- **Prise en charge préventive et curative des pathologies interférant avec la capacité de conduire ;**
- **Intégration des besoins de mobilité d'un patient à toutes les étapes de sa prise en charge ;**
- **Prise en charge des victimes d'accident ;**
- **Les médecins sont majoritairement convaincus du rôle qu'ils peuvent jouer ;**
- **Ils se déclarent peu « armés » cependant, n'étant pas ou peu formés.**

## QUELQUES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES :

- **Espérance de vie 85,3 ans pour les femmes, 79,4 pour les hommes ;**
- **20 % de la population > 65 ans (12,8 % en 1985), > 75 ans (9,3 %)**

# MOBILITÉ DES SENIORS

- 79 % > 65 ans sont titulaires du permis, dont 60 % continuent à conduire (2007) ;
- 91 % > 70 ans qui conduisent le font au moins une fois/semaine ;
- 66 % > 70 ans déclarent que la voiture est leur moyen favori de mobilité ;
- 96 % des conducteurs > 70 ans déclarent se sentir à l'aise au volant.

# DES FREQUENCES DE MOBILITÉ QUI CROISSENT

- 2,07 « mobilité quotidienne » en 1994 ; 2,37 en 2008  
dont 1,21 versus 1,55 en voiture (pour les retraités)
- 3,5 longue distance versus 4,7/an pour les 65/75 ans.

- **Adaptation souvent spontanée des habitudes de conduite aux capacités : horaires et jours de sortie, itinéraires, voire arrêt « de précaution » pas toujours justifié (après pathologie aigue, hospitalisation...)**
- **Bonne observance des conseils donnés par le professionnel de santé dans la majorité des cas.**



## ACCIDENTALITÉ DES SENIORS

- 25 % des tués sur la route, en croissance depuis quelques années
- Mais... la part des piétons (+ 26 %) et cyclistes (+ 31 %) explique cette augmentation alors que le nombre de morts usagers véhicules de tourisme reste sensiblement stable ;
- Le surrisque au km parcouru augmente néanmoins de manière significative après 75 ans;
- Le taux de responsabilité en cas d'implication dans un accident est de 46,5 % entre 65 et 74 ans et de 59,3 % après 75 ans.



- **Les situations à risque sont bien identifiées : ronds-points, tourne à gauche, insertion voie rapide ;**
- **Les seniors impliqués dans un accident en sont les premières victimes en raison de leur plus grande vulnérabilité physiologique.**

# ET LE CONTRÔLE DE L'APTITUDE À CONDUIRE ?

- Pas d'argument fort pour un ciblage sur classe d'âge ;
- Pas de preuve d'une quelconque influence au vu des pays qui réalisent un contrôle médical.

# APTITUDE MÉDICALE À LA CONDUITE, QUE SAIT-ON, QUELS DOUTES ?

- Les principales causes d'accidents mortels relevant directement du champ de la santé sont les consommations d'alcool : 30 % des morts (< 4 % pour le cannabis) ;
- Nombre de médicaments altèrent les capacités de conduite :
  - 3,4 % des accidents mortels sont imputables à des prises médicamenteuses, mais on ne sait pas combien d'accidents sont évités grâce à la prise en charge médicamenteuse des pathologies ;

- **La généralisation des visites médicales ou leur réalisation à partir d'un certain âge, n'ont pas fait la preuve de leur efficacité pour réduire la mortalité routière à l'étranger ;**
- **Il y a peu d'éléments de littérature permettant de corréler la fraction attribuable d'accidents liée à une pathologie ;**
- **Il n'y a pas de consensus sur les modalités de dépistage d'une inaptitude médicale à conduire.**



- **Le test « normé » en situation de conduite est seul validé au vu de la littérature (transposition de connaissances sur conduite et cérébro-lésion) ;**
- **Les séances de remise à niveau du code et de la conduite méritent une évaluation avant proposition d'une éventuelle généralisation.**

## ET LE SECRET PROFESSIONNEL ?

- Il reste absolu : un médecin ne peut signaler un usager qui présenterait une contre-indication à la conduite ;
- Paraît souhaitable dans le cadre d'une relation de confiance et pour éviter qu'un patient ne cache des symptômes ;
- Ne dispense pas de délivrer une information et des conseils qui sont généralement suivis.

# LES MÉDECINS AGRÉÉS POUR LE CONTRÔLE DE L'APTITUDE MÉDICALE À LA CONDUITE

## Qui sont-ils ?

- Ils sont environ 3 500 en France ;
- Reçoivent leur agrément des préfets et sont inscrits sur des listes départementales ;
- Suivent une formation initiale et continue axée sur la sécurité routière, la réglementation, les consommations d'alcool et stupéfiants.





- **Examinent les usagers en cabinet de ville ou en commission préfectorale pour les condamnations de conduite sous l'emprise d'alcool et/ou stupéfiants ;**
- **Rendent un avis sur la capacité de conduire au préfet après examen clinique et, si besoin, examens complémentaires.**



## Quels avis ?

- **Aptitude ;**
- **Inaptitude ;**
- **Aménagements ou restrictions : aptitude limitée dans le temps, correction visuelle, orthèses, aménagement véhicule, conduite limitée à un périmètre autour du domicile, conduite de jour exclusive, etc.**

## QUELS SONT LES USAGERS SOUMIS À LA VISITE MÉDICALE OBLIGATOIRE ?

- Pathologie susceptible d'interférer avec la capacité de conduire (référentiel = arrêté du 18 décembre 2015)
- Conducteurs professionnels ;
- Après une hospitalisation d'office ;
- Après suspension, annulation ou invalidation du permis ;
- Conducteur impliqué dans un accident corporel de la circulation.



- **Nécessité de conduire un véhicule aménagé ;**
- **Conducteurs dont l'état physique peut permettre au préfet d'estimer qu'il est susceptible d'être incompatible avec le maintien du permis de conduire (= signalement par les proches ou forces de l'ordre).**

## CONCLUSION ET ENJEUX

- L'état actuel des connaissances ne justifie pas la généralisation des visites d'aptitude médicale systématique pour l'ensemble des conducteurs ;
- Le cas des conducteurs seniors, qui fait l'objet de nombreuses controverses, mérite une attention particulière en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des besoins de mobilité, mais la réponse pertinente ne se situe pas dans l'instauration d'une visite d'aptitude à la conduite obligatoire pour tous.



- **L'enjeu principal en matière de santé et conduite demeure la conduite sous influence : alcool, stupéfiants et médicaments ;**
- **Il importe d'avoir toujours à l'esprit que la préservation de l'autonomie des déplacements et la promotion des capacités restantes pour la conduite constituent des enjeux au moins aussi importants en matière de santé globale que celui d'écartier des conducteurs potentiellement dangereux.**



- **Il convient de sensibiliser et former les professionnels de santé, afin qu'ils soient en mesure de conseiller utilement leurs patients conducteurs ;**
- **Une démarche préventive et curative adaptée permet, dans la plupart des situations, de préserver le droit à conduire, si besoin avec des aménagements du permis de conduire ;**
- **Le rôle et l'expertise des médecins agréés méritent d'être renforcés et valorisés, pour leur permettre de devenir les référents pour les patients conducteurs et leurs médecins traitants.**



**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**

[philippe.lauwick@acmf.fr](mailto:philippe.lauwick@acmf.fr)