



ROUTE & MÉDECINE

COUP DE FLASH ! ZÉRO !

La France a signé en 2020 la déclaration de Stockholm* sur la sécurité routière, s'engageant à diminuer de 50 % le nombre de morts et de blessés au cours de la prochaine décennie dans le cadre de l'initiative Vision Zéro d'ici 2050.

S'il apparaît hélas improbable que l'objectif de 2030 soit tenu, la mobilisation s'avère urgente afin de tenir celui de 2050 : zéro. Impossible pensez-vous ? Il y a un nombre incompressible de tués qu'il convient d'accepter en rançon de la mobilité affirmez-vous... Soit, mais lesquels ? Evidemment, vous ne tolérerez aucun autre taux de morts évitables parmi vos proches que le zéro ! Vous encouragerez le maire de votre commune à prendre toutes les dispositions afin de sécuriser les alentours des écoles et ne plus subir le moindre accident. Vous jetterez aux gémonies ce chef d'entreprise qui n'a pas pris toutes les dispositions pour prévenir les accidents de la route de ses salariés.

Clairement, la vision zéro est la seule acceptable et l'atteindre au niveau de la nation n'est possible qu'avec une mobilisation à tous les niveaux, celle que chacun valide nous l'avons vu. « Zéro + zéro + [...] = zéro » ! Écrire une feuille de route est de la responsabilité de notre gouvernement, gageons que le Comité Interministériel de Sécurité Routière, annoncé tandis que j'écris ce papier, s'en saisira. C'est une question de crédibilité mais surtout de vie !

Docteur Philippe Lauwick

 @PhilippeLauwick

www.acmfpermicommed.fr

* : <https://www.roadsafetysweden.com/contentassets/b37f0951c837443eb9661668d5be439e/stockholm-declaration-french.pdf>

SOMMAIRE

N° 1 - 2023

**02 Les modifications liées
à l'âge et les adaptations
de la conduite**

Les modifications liées à l'âge et les adaptations de la conduite

L'aptitude à la conduite des seniors fait l'objet régulier de nombreuses polémiques. Lors des Printanières de la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gériatologie), le Pr Sylvie Bonin Guillaume a précisé quelques éléments.

Qu'en est-il de notre conduite lorsqu'on vieillit, que l'on est une personne âgée et en activité ? Pour rappel, le permis a 100 ans depuis un an ! Nous avons de très vieux conducteurs qui conduisent encore. En France, on a potentiellement 8 millions de conducteurs. La majorité des personnes âgées de 65 ans et plus (64 %) possède une voiture qui n'est pas toujours très jeune, qui peut être à l'image du conducteur lui-même. On a tendance à limiter la conduite à un problème de capacités physiques et de capacités mentales et cognitives, alors que la conduite est finalement une tâche beaucoup plus complexe puisqu'elle concerne bien sûr l'aptitude, mais également la performance en conduite réelle. On a donc parfois des personnes qui ont des habitudes et une expérience très importante comparées à d'autres qui conduisent très rarement, cela doit être pris en compte. Il y a également le comportement du conducteur au volant qui doit être pris en considération, qui n'est pas forcément lié à l'âge, même s'il y a des études qui ont été faites chez les personnes âgées.

Adaptation de la conduite au cours du vieillissement

Plusieurs travaux ont essayé de définir les fonctions qui étaient essentielles à la conduite en général, à savoir les fonctions cognitives, sensorielles, sensitives et motrices. Et dans les fonctions cognitives, sont impliqués l'attention, la flexibilité mentale et l'inhibition, le jugement des situations, le comportement. D'autres éléments doivent être considérés comme les médicaments et l'alcool.

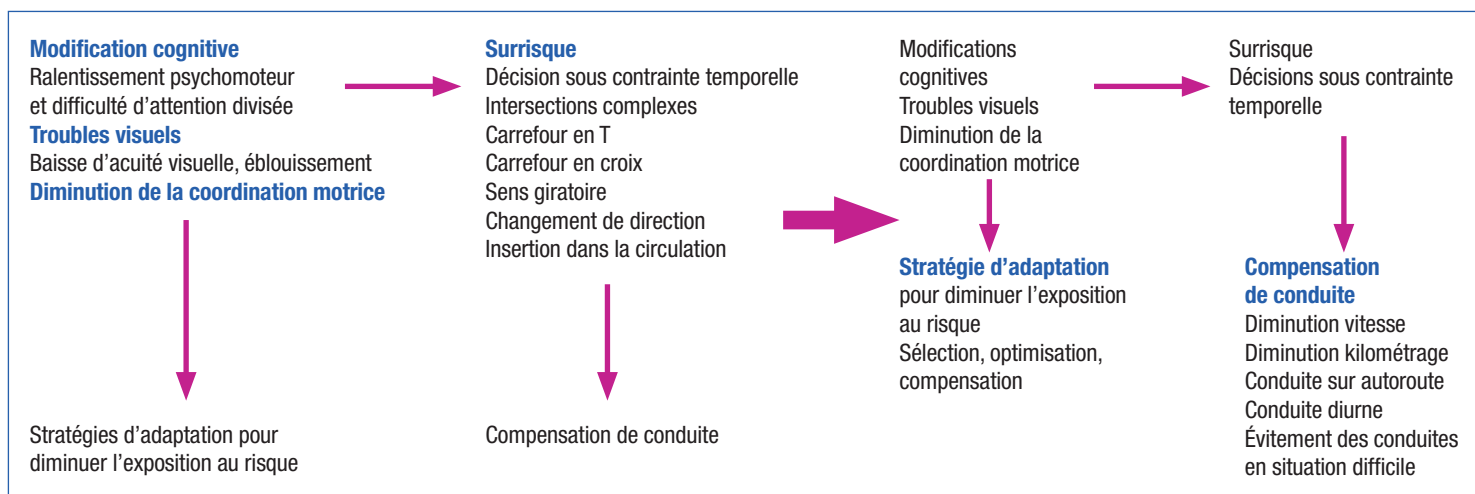


Mais il ne faut pas oublier tout ce qui est sensoriel avec la vue et l'ouïe, le sensitif sur l'appréciation des vitesses et des mouvements environnants, et puis la motricité de la personne. Donc, limiter la conduite à une fonction, c'est peut-être déjà en soi une erreur qu'il faut éviter de faire. Par ailleurs, si l'on s'intéresse à la conduite de façon globale, des modifications se retrouvent chez la personne âgée en bonne santé, sans pathologie identifiée. En effet, il existe un ralentissement psychomoteur et moteur très léger et quelques difficultés d'attention divisées qu'il va falloir prendre en compte. Sur le plan visuel, on sait qu'avec le vieillissement, il y a une baisse de l'acuité visuelle et un risque d'éblouissement important. Il existe également une diminution limitée de la coordination motrice (Roche J., GNPV 2005 ; Assailly JP et al. Presse Med, 2006 ; Bonin-Guillaume S, EGM, 2010) (Annexe 1). Ainsi, dans les accidents, il y a des surrisques en particulier dans les décisions sous

contrainte de temps ; et le carrefour en T ou le fait de tourner à gauche en font partie car ils correspondent à des charges cognitives importantes. Il en est de même pour le sens giratoire, les changements de direction ou pour les insertions dans la circulation. Lorsqu'on est une personne âgée, on va (comme pour tout vieillissement et pas seulement à propos de la conduite) adopter des stratégies d'adaptation pour diminuer l'exposition aux risques et compenser les difficultés liées à la conduite. On va sélectionner, optimiser, compenser, ce qui signifie sélectionner le chemin, optimiser la façon d'y aller et compenser les difficultés rencontrées, par exemple en diminuant la vitesse, en diminuant le kilométrage ou la durée des trajets, en préférant la conduite sur autoroute qui est parfois plus rassurante que la conduite sur certaines petites routes, en privilégiant une conduite diurne *versus* nocturne, et éviter les conduites en situation difficile (faire un détour pour éviter un carrefour complexe par exemple). Ces stratégies d'adaptation sont le propre d'un vieillissement qualifié de réussi dans le sens où la personne est capable de s'adapter ; si elle n'est plus en capacité de le faire, alors on rentre dans une situation plus pathologique qui demande un suivi plus important.

Réserve cognitive et contrôle attentionnel

Quelques études ont montré que l'âge en soi n'était pas en lui-même suffisant pour parler d'aptitude ou d'inaptitude à la conduite. La réserve cognitive est mesurée par un niveau socioéducatif ou une



Annexe 1. Adaptation de la conduite au cours du vieillissement normal
(Sources : J Roche J, GNPV, 2005; JP Assailly et al, Presse Med, 2006; S Bonin-Guillaume, EGM, 2010)

résolution de tâches complexes cognitives. Une étude récente montre qu'après 80 ans chez le sujet âgé en bonne santé, c'est la réserve cognitive qui est le meilleur prédicteur des capacités de conduite, meilleur que l'âge lui-même. Inversement, une faible réserve cognitive est associée à une diminution de l'exposition en conduite, c'est-à-dire que spontanément, une personne âgée qui a une réserve cognitive qui est plus faible va limiter sa conduite, va limiter ses déplacements et va préférer la conduite sur autoroute. Il s'agit d'une étude qui montre bien les capacités d'adaptation chez la personne âgée (Balzarotti S et al., *J Appl Gerontol*, 2021, 1758-67 ; Mac Murphy S et al., *Front Psychol*, 2022).

Un autre exemple concerne le contrôle attentionnel. Nous avons précisé auparavant qu'il existe avec le vieillissement normal des petites difficultés dans l'attention divisée. Il existe un vrai sujet lorsque l'on parle de sécurité routière avec l'afflux de panneaux d'affichage multiples et variés, qu'ils concernent la route à prendre ou qu'ils soient publicitaires, lumineux ou non, entraînant d'énormes distractions, aussi bien chez les jeunes que chez les personnes âgées. Cependant, chez les personnes âgées où il existe des capacités d'inhibition plus faibles, elles peuvent être davantage perturbées dans leur conduite et cela peut entraîner d'éventuelles erreurs de conduite. Cette diminution du contrôle attentionnel a été décrite comme étant associée à une diminution

du nombre de déplacements, de kilomètres parcourus, limitant les lieux de déplacement sur des lieux plus classiques ou en diminuant la conduite nocturne (Aschenbrenner AJ et al, *J Gerontol B*, 2022 : 1769-78). Encore une fois, lorsqu'on est au cours du vieillissement normal, il y a une adaptation aux difficultés rencontrées afin que la personne puisse continuer à utiliser sa voiture.

Comportements routiers et risques d'accident

Le comportement routier a été répertorié par une équipe anglaise, en adaptant un questionnaire spécifique des différents comportements du sujet jeune à la personne âgée (Parker D et al., *Accid Anal Prev*. 1995, 27 : 571-81). On définit trois types de comportements : les oublis (actions liées à un déficit d'attention), les erreurs (échec d'une action qui était prévue pour atteindre un objectif, par erreur de jugement ou par erreur d'observation), et l'infraction (conduite risquée, volontaire et délibérée, agressive ou ordinaire).

Une étude de cohorte a été réalisée il y a maintenant quelques années en région PACA auprès de 902 conducteurs âgés décrits comme sains qui venaient pour une consultation de prévention tout venant et qui n'avaient absolument pas de pathologie (Assailly JP et al. *Presse Médicale*, 2006). Dans 27 % des cas, ils avaient déclaré un accident dans les 5 ans précédents, en particulier les hommes. Malgré tout, 69 % se jugeaient bons conducteurs. Pourtant, lorsqu'on regardait les compor-

tements qu'ils présentaient, ils faisaient plus d'oublis que d'erreurs ou d'infractions. Les oublis sont en première ligne dans les comportements chez les conducteurs âgés, ce qui représente un sujet de travail ! Parmi ces conducteurs, 214 ont été revus après 5 ans et avaient en moyenne 75 ans ; 33,6 % avaient eu un accident. Les facteurs de risque associés étaient la conduite antérieure avec infraction, les antécédents d'accidents et la consommation antérieure de benzodiazépines (Laboratoire de Psychologie de la conduite, Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité, Institut Régional d'Information et de Prévention de la Sénescence, Marseille – Toulon – Nice).

Face à un double discours, faut-il limiter la conduite ou est-ce qu'on s'adapte à la conduite, et est-ce que la conduite est un enjeu sociétal ? Le rapport Aquino de février 2013 l'avait très bien montré : la conduite automobile est indispensable pour une autonomie préservée dans notre société. Il précisait qu'il fallait savoir adapter la conduite à son état de santé, repérer et compenser les problèmes de santé, préserver l'autonomie et indiquait que la route doit être un espace partagé entre les générations. Dix années plus tard, avons-nous fait des progrès ? Des études ont montré que l'arrêt de la conduite avait chez le sujet âgé un impact qui pouvait être négatif, à savoir une diminution de la santé générale perçue, une diminution des engagements dans les activités sociales, mais également une surmortalité à 5 ans

(+ 68 %), un risque de dépression majoré, et un risque d'entrer en maison de retraite qui était multiplié par 4,85, notamment lorsqu'on ne conduit plus et qu'on est dans une zone un peu isolée ou rurale. Mais, ce risque d'admission en institution était également augmenté lorsque le conducteur du domicile disparaissait (*Chiburri S et al, J Am Geriatr Soc, 2016, 64, 332-41*). [...]

Le rôle des médecins et celui du conducteur

Le médecin doit informer le patient sur les modifications liées à une pathologie ou favorisées par l'âge, le mettre en garde sur les risques d'accident et évoquer ce qui existe comme la Commission d'aptitude à la conduite. Cette dernière, sans être sanctionnante, peut parfois permettre à certaines personnes d'aménager leur pratique avec des vrais conseils. Il est important aussi pour les médecins d'être très sensibilisés sur la consommation de médicaments. L'accompagnement, c'est inciter le patient à

diminuer sa conduite et à arrêter. Donc il est possible d'inciter et d'accompagner, d'évoquer les difficultés par des questionnaires avec le patient, avec les aidants. Poser la question de savoir si le patient conduit toujours est déjà un moyen d'entrer dans cette discussion. Il sera toujours temps ensuite d'approfondir ou d'aller voir des spécialistes.

Pour conclure, dans la conduite automobile des personnes âgées, certaines actions de préventions primaire, secondaire et tertiaire pourraient être envisagées. En prévention primaire, il faut s'assurer d'un bon contrôle visuel, d'un contrôle auditif, des habitudes de conduite de qualité. Lorsqu'on commence à présenter des fragilités, qu'elles soient cognitives, motrices ou autres, peut-être faut-il envisager un permis aménagé, proposer l'utilisation des transports en commun et penser aux alternatives à la voiture. Et, lorsqu'on commence à ne plus être en capacité, il faut accompagner l'arrêt de la conduite et l'utilisation d'autres mobi-



Document Direction Sécurité Routière.

lités pour les personnes concernées. Encore faut-il pouvoir disposer de transports en commun efficaces, efficaces et accessibles financièrement et sur le plan moteur pour ces personnes.

Professeure Sylvie Bonin-Guillaume,
Marseille, Gériatre, AP-HM



© Pixabay

Synthèse

- La conduite automobile est un facteur indispensable au maintien de l'autonomie chez la personne âgée
- Avec l'âge apparaissent des altérations modifiant les résultats à certains tests
- Le sujet âgé ayant un vieillissement normal s'adapte à son vieillissement
- La performance aux tests ne suffit pas pour parler d'incapacité
- Éviter de mettre en avant l'âge chronologique comme seul facteur de risque pour la conduite afin d'éviter les stéréotypes négatifs liés au vieillissement et l'arrêt injustifié de la conduite



1, Bd Pasteur – 75015 Paris – Tél : 01 47 04 09 01 – info@acmf.fr - www.acmf.fr
Retrouvez-nous également sur acmfpermicomed.fr