

**Recommandations de la DSR sur l'évaluation des troubles cognitifs des conducteurs dans le cadre de pathologies neuroévolutives type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA)
rédigées à l'issue d'une réunion de travail du mercredi 22 mai 2024**

La vie des usagers de la voie publique ne peut en aucun cas être mise en danger par l'inaptitude médicale connue d'un conducteur. La conduite est une activité complexe qui impose une attention permanente et une capacité à prendre des décisions sous très forte contrainte de temps. « *Les affections [...] qui provoque[nt] une altération des fonctions cognitives, constituent un danger pour la sécurité routière. Une grande vigilance est recommandée, étant donné l'importance et la gravité du problème pour la sécurité routière.* »¹ Il n'existe pas de juste pondération ou de juste équilibre ou de compromis possible. Le Conseil d'Etat a précisé que « *la mesure [prévue par l'arrêté du 28 mars 2022] n'est pas disproportionnée par rapport à l'objectif général d'assurer la sécurité des usagers de la route* »². L'actualité médiatique a mis, à plusieurs reprises, ce sujet en exergue.

Dans le cadre des troubles cognitifs des pathologies neuroévolutives types MAMA, l'arrêté du 28 mars 2022 distingue :

- **Les conducteurs du groupe 2 (aussi appelé « groupe lourd » en France)**, pour lequel l'arrêté prévoit directement une inaptitude à la conduite dès l'existence de troubles cognitifs ;
- **Les conducteurs du groupe 1 (aussi appelé « groupe léger » en France)**, pour lequel l'arrêté laisse une légère marge de manœuvre.

Pour les conducteurs de véhicule du groupe 1, la question essentielle est celle du repérage réalisé par le médecin « traitant » (généraliste ou spécialiste) afin de déterminer à quel moment les troubles cognitifs sont, à son avis, incompatibles avec la conduite.

L'arrêté distingue d'emblée la situation dans laquelle l'absence des troubles cognitifs est évidente et celle dans laquelle l'existence de troubles cognitifs est tout aussi évidente.

¹ Arrêté du 28 mars 2022 fixant la liste des affections médicales incompatibles ou compatibles avec ou sans aménagements ou restrictions pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de validité limitée (refonte)

² Décision du CE n°464677 du 29 septembre 2023

Dans ce dernier cas, les troubles affectent tous les domaines cognitifs, notamment l'attention ou l'orientation dans l'espace, la perte d'autonomie est évidente, et des actes comme la gestion de son traitement, des comptes, des formalités administratives ou des rendez-vous doivent être assistés ou compensés. L'arrêté prévoit une troisième situation qui est celle du doute sur l'existence de troubles cognitifs. L'évaluation est beaucoup plus difficile à faire au stade de trouble neurocognitif débutant. Il s'agit pourtant d'une question importante car, par ailleurs, et indépendamment de la conduite, les recommandations actuelles promeuvent le diagnostic précoce des MAMA.

Pour mémoire, à un stade qu'on pourrait qualifier de « **REISBERG 2+** » caractérisé par une préservation des fonctions attentionnelles et exécutives et des habiletés perceptivo-motrices, les conducteurs du groupe 1 n'exposent pas véritablement autrui à un surrisque d'accident. A ce stade, il peut n'exister, par exemple, que des troubles de la mémoire (difficultés à se remémorer avec précision les activités des semaines précédentes) ou du langage (difficultés à trouver les mots) qui n'affectent en rien les capacités de conduite dans un contexte non professionnel.

Le stade 3 de REISBERG³ évoque le fait que le trouble est manifeste et semble retentir sur les activités quotidiennes. Les troubles cognitifs commencent à retentir de l'attention de l'entourage car ils ont tendance à se répéter et s'intensifier : la personne se perd, égare ses objets, peine à se concentrer et à s'organiser, elle se répète et éprouve des difficultés à nommer les gens. **Ses aptitudes au travail et dans la sphère sociale en pâtissent.** Elle en prend elle-même conscience, ce qui engendre anxiété et déni, selon les cas.

Les premiers déficits se manifestent dans au moins deux des domaines suivants (après avoir éliminé un état dépressif non traité ou en rémission) :

- Les personnes peuvent se perdre quand elles se déplacent dans un endroit inconnu ;
- Les collègues de travail s'aperçoivent d'une baisse de performance ;
- La difficulté à trouver les mots et les noms devient évidente pour l'entourage ;
- Les personnes peuvent lire mais n'en retenir que peu de choses ;
- Elles ont moins de facilité à retenir les noms des personnes qui leur sont présentées pour la première fois ;
- Elles peuvent perdre ou mal placer des objets de valeur ;
- Les difficultés de concentration sont évidentes lors d'un examen professionnel ;

³ Laurens B, Dumas E, Berrut G, Goutte V, Bonin-Guillaume S et al. Recommandations pour l'accompagnement et l'orientation pour la conduite des patients atteints (ou suspectés) d'une maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : consensus des sociétés savantes françaises. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2023 ; 21(3) : 347-62. Doi :10.1684/pnv.2023.1124.

- Elles peuvent aussi présenter une incapacité à exécuter des tâches complexes, une diminution des performances dans les situations professionnelles ou sociales difficiles et un déni.

Dans ce contexte, il est proposé, pour repérer ce stade de troubles cognitifs pour les conducteurs du groupe 1, la démarche pratique et graduée qui suit. Cette démarche repose sur les données de la littérature scientifique et médicale, pour assister les médecins dans leur évaluation. Ces recommandations ont été faites en concertation avec le collège de médecine générale, la fédération des centres mémoires, la société française de gériatrie et de gérontologie et l'automobile club médical de France.

La démarche d'évaluation d'un trouble cognitif identifié ou suspecté chez un conducteur du groupe 1 repose pour les médecins « traitants » sur :

- **Un protocole d'évaluation simplifié à destination des médecins généralistes**, adapté au temps dont ils disposent et basé sur des outils connus et standardisés comme le GPCog⁴ ou le seul test de l'horloge et sur *un auto-questionnaire* pour le patient et pour l'accompagnant qui a pour vocation à dépister des signaux d'alerte (pertes de repère, non reconnaissance de certains panneaux, accrochages récents, difficultés pour utiliser la voiture...). Si le médecin généraliste n'a pas de doute, sur l'absence de troubles cognitifs réels, il le dit à son patient et il inscrit dans son dossier le fait qu'il a donné cette information. Si à l'inverse, le médecin généraliste n'a pas de doute sur l'existence de troubles cognitifs incompatibles avec la conduite, il dit à son patient de ne pas reprendre le volant dès la sortie de la consultation et il inscrit dans son dossier le fait qu'il a donné cette information. Si le médecin généraliste a un doute, il conseille l'arrêt de la conduite et demande un avis spécialisé auprès d'une équipe pluriprofessionnelle qui comprend au moins un ou des médecins spécialistes. Cette équipe peut s'appuyer, lorsqu'elle en dispose, sur un plateau d'évaluation de la conduite qui peut être associé à un service médical de réadaptation ou à un service de gériatrie, de neurologie ou à un centre mémoire ;
- **Un protocole d'évaluation personnalisée à destination des consultations**

⁴ GPCog = General Practitioner assessment of cognition

mémoire, reposant sur une évaluation pluriprofessionnelle neuropsychologique (avec des tests tels que le TMT-B, le Test des codes de Wechsler de la WAIS-R et une évaluation des habiletés perceptivo-motrices), neurologique et globale (comorbidités et traitements psychotropes) et les mêmes auto-questionnaires. En fonction du résultat de l'équipe pluriprofessionnelle, le médecin spécialiste informe son patient du stade des troubles cognitifs constatés et il l'inscrit dans son dossier le fait qu'il a donné cette information à son patient ainsi que le conseil pour la conduite en fonction du stade constaté. Si la conduite n'est pas possible, il lui demande de ne pas repartir au volant de son véhicule ;

- Dans les deux cas, ces médecins généralistes ou spécialistes sont liés à leur patient par le secret médical absolu. Ils peuvent donner au patient tous les éléments qui lui sont nécessaires et qui lui appartiennent. En revanche, ils ne peuvent pas répondre directement à une question d'un médecin agréé pour un patient qu'ils soignent, les échanges ne peuvent se faire que par l'intermédiaire du seul patient-conducteur.

La démarche du médecin agréé, pour le groupe 1, est autre car les situations sont différentes de celle que rencontre le médecin traitant et l'avis du médecin agréé est directement pris en compte par le préfet :

- **La première situation est celle du patient-conducteur qui vient, adressé par son médecin traitant.** Le médecin agréé ne peut pas être le médecin traitant ou avoir été le médecin traitant du patient-conducteur. Il n'a pas accès au dossier médical du patient. Le patient peut, en revanche, venir avec tous les éléments dont il dispose pour le contrôle par le médecin agréé, ce qui facilite le travail et qui est donc à préconiser. L'intérêt à venir spontanément pour le patient conducteur existe uniquement s'il pense qu'il pourrait continuer à conduire malgré les doutes exprimés par le médecin traitant. La démarche du médecin agréé est alors largement similaire à celle du médecin traitant détaillée ci-dessus. Dans certains cas, les éléments sont assez probants pour que le médecin agréé, rende directement un avis d'inaptitude. Dans d'autres cas, le médecin agréé a recours, comme le prévoit l'arrêté, à une équipe pluriprofessionnelle. Cette équipe comprend au moins un médecin spécialisé (en règle, le plus souvent, neurologue, gériatre, psychiatre ou médecin MPR). Contrairement aux autres avis spécialisés qui portent uniquement sur l'aspect médical, cette équipe peut rendre au patient et au médecin agréé un avis direct

sur l'aptitude médicale à la conduite, en s'appuyant, par exemple, sur des tests de conduite réelle sur route, ou sur simulateur de conduite. Toutefois, l'avis d'aptitude ou d'inaptitude au préfet est toujours rendu par le seul médecin agréé. Si les troubles n'affectent pas encore la capacité à conduire mais qu'ils sont évolutifs, alors un avis d'aptitude temporaire peut-être rendu, sans pouvoir être inférieur à six mois. Il convient de noter que le médecin agréé doit se prononcer sur l'aptitude médicale à la conduite du conducteur en fin du processus d'évaluation et transmettre cet avis au préfet. Il ne peut pas rendre un avis sans le transmettre au préfet.

- **La seconde situation, est celle du signalement au préfet par les forces de sécurité intérieure (gendarmerie ou police), par l'entourage du conducteur ou, éventuellement par toute autre personne.** Dans ce cas, la survenue d'évènements antérieurs n'est plus une hypothèse mais une certitude, sauf le cas particulier d'un signalement mal documenté ou étant le résultat d'une erreur manifeste d'appréciation. Il est hautement probable que, l'examen clinique, dont l'interrogatoire, avec une évaluation cognitive systématique de la MOCA et a minima par le test de l'horloge, confirmeront l'existence d'une affection médicale incompatible avec la conduite, que ce soient des troubles cognitifs, des troubles neuromoteurs ou une altération de la fonction visuelle. Sauf erreur d'appréciation par les personnes ayant effectué le signalement, l'hypothèse de l'absence de tout trouble est à considérer avec la plus grande circonspection car hautement peu probable. L'avis d'inaptitude est la règle, il peut, dans certains cas, être rendu directement devant un tableau suffisant. Dans les autres cas, le recours à des avis spécialisés en fonction de l'affection médicale, est nécessaire, avec inaptitude à la conduite dans l'attente du ou des avis.
- **La troisième situation du groupe 1 est celle d'un conducteur qui vient pour un contrôle médical obligatoire dans le cadre d'une infraction, typiquement pour une conduite sous l'emprise de l'alcool ou après la prise de stupéfiants ou pour un grand excès de vitesse.** Le patient-conducteur peut aussi venir passer un contrôle médical pour une toute autre pathologie que les troubles cognitifs. Le patient-conducteur peut avoir des troubles cognitifs associés, qui invitent alors à être encore plus vigilant. Le sujet est de savoir dépister une atteinte des fonctions cognitives qui n'est pas le motif du contrôle médical. La démarche est alors sur le même principe que celle du

médecin généraliste, telle qu'elle est exposée ci-dessus.

Point d'attention : Les conducteurs du groupe 2, qui sont des professionnels de la route, se distinguent des conducteurs du groupe 1, dont traite le texte ci-dessus, par deux particularités :

- Le contrôle médical par un médecin agréé est périodique et systématique, même en l'absence de toute affection médicale connue. La périodicité varie selon l'âge du conducteur et le type de véhicule, de cinq ans à un an. Le médecin agréé est donc le plus souvent en première ligne pour le repérage des troubles cognitifs débutants ;
- Par ailleurs, compte-tenu des exigences professionnelles, aucune marge de manœuvre n'est possible. Le maintien du principe du « risque négligeable pour autrui » exige, ici, la suspension de la conduite dès la suspicion de troubles cognitifs, y compris débutants jusqu'à la confirmation.
- Le reste de la démarche est largement superposable. L'arrêt de la conduite est définitif, pour les pathologies neuroévolutives, dès la confirmation du trouble cognitif. La reprise de la conduite est possible uniquement si le diagnostic de trouble cognitif est infirmé et qu'il n'y a pas d'autre affection médicale incompatible avec la conduite.

Ces recommandations de la DSR ont été établies à la suite d'un groupe de travail sur l'évaluation des troubles cognitifs des conducteurs dans le cadre de pathologies neuroévolutives type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA) qui comprenait :

Dr Anne Marie GALLOT (Conseillère technique interministérielle Santé à la Sécurité Routière), Agathe SEIBEL (Sous-direction de l'éducation routière et du permis de conduire de la DSR), Pr Régis GONTHIER (membre de l'Académie de médecine), Dr Dominique RICHTER (Président du syndicat des médecins agréés), Dr Philippe LAUWICK (Médecin agréé à Lille-Président de l'Automobile club médical de France-Permicomed), Pr Sylvie BONIN-GUILLAUME (CHU de Marseille-Présidente du Conseil scientifique de la Société française de gériatrie et de gérontologie) et Pr Thibaud LÉBOUVIER (CHU de Lille- Vice-Président de la Fédération des Centres Mémoire)