



Déclaration des liens d'intérêt

**Je soussignée Dr BENDERITTER Lucie
déclare n'avoir aucun lien ou conflit
d'intérêt en rapport avec cette étude.**

Conduite automobile et vieillissement : Rôle des médecins généralistes

abstract n°CMGF2500214



Résultats d'une enquête **quantitative prospective, multicentrique** réalisée auprès de **449 médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine et d'Occitanie** via un formulaire de 36 questions.

Dr. BENDERITTER Lucie

université
de **BORDEAUX**

Avec l'aide des Docteurs :

Dr. **Gallot Anne-Marie**, conseillère technique interministérielle santé auprès de la Déléguée Interministérielle à la Sécurité Routière,

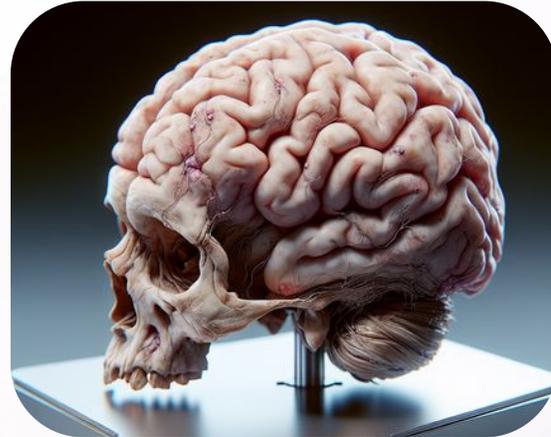
Dr. **Trinh-Duc Albert**, médecin urgentiste et médecin agréé à l'évaluation de la conduite automobile et

Dr. **Jouhet Christophe**, médecin généraliste, Maître de Conférence Associé.

Introduction : vieillesse de la population et mortalité routière



- séniors : 60 - 65 ans
- espérance de vie / vieillissement
- **INED** : +57% entre 2020 et 2040 de séniors de plus de 75 ans.

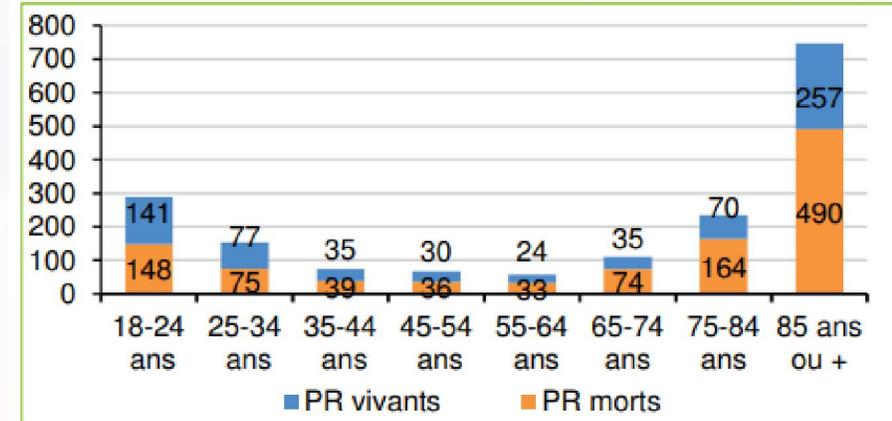


- Conduite automobile = activité complexe
- Vieillesse \neq C.I. à la conduite

* **Altérations physiopathologiques**

* **Co-morbidités / psychotropes**

- **Mortalité routière : enjeu santé publique**
- 2022 vs 2019 : mortalité 65-74 ans : +22% (25-34 ans : -10%)
- ONISR 2022 : Conducteurs 18-24 ans et > 75 ans : PR 80%
- INSEE 2019



Source : SDES – Enquête Mobilités des personnes 2019, traitements ONISR

Figure 1 : Nombre de conducteurs de véhicules de tourisme présumés responsables d'accidents mortels, par milliards d'heures passées en voiture, selon l'âge.
INSEE 2019 / ONISR 2022

Introduction : réglementations française concernant la sécurité routière des usagers non professionnels de la route

Pas dépistage systématique

- 23/29 des pays Européens
- ETSC 2021 / Etudes Européennes
- mesure contre-productive ?



- **L'arrêté du 28/03/2022** : liste d'affections médicales incompatibles avec le maintien du permis.

Le rôle des médecins agréés

- Médecins agréés : **habilités** à émettre un avis d'aptitude
- **Code de la route / instruction aux préfets 03/05/2024 DISR** : signalement au préfet par les proches ou les autorités

La responsabilité patient

- **le conducteur : 1er responsable de ses actes / décisions.**
- risque pénal, **sanctions judiciaires en cas d'accident à charge** : 2 ans d'emprisonnement / amende de 4500 euros

Introduction : rôle des médecins généralistes dans la sécurité routière



- Contrôle médical au cas par cas.

**- Obligation : conseil /
information**

- Si besoin : orienter vers médecin agréé.

- Implications juridiques et éthiques :

* Code de la santé publique / Code pénal :
respect du secret professionnel.

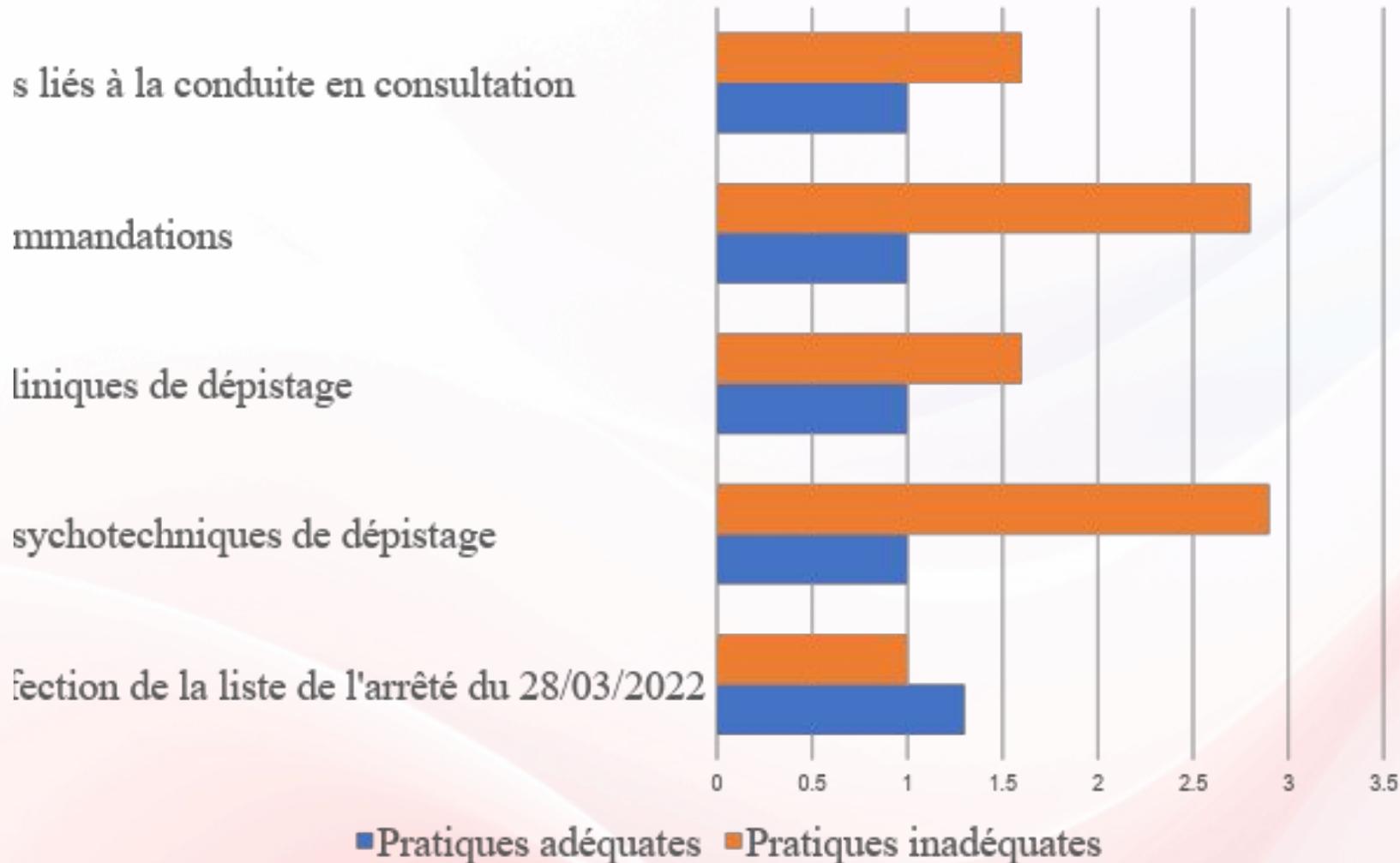
* Arrêt du 25/02/1997 de la
Cours de cassation : Le
médecin est tenu d'une
obligation d'information
particulière vis à vis de son
patient et il lui incombe de
prouver qu'il a informé son
patient.

**- Consigner les
recommandations**

Résultats principaux :

1) Stratégies de **dépistage** des situations à risque des conducteurs seniors

Taux de stratégies de dépistage adéquates versus inadéquates



**Davantage de
stratégies
inadéquates**

Résultats principaux :

2) Stratégies **d'accompagnement** des conducteurs seniors

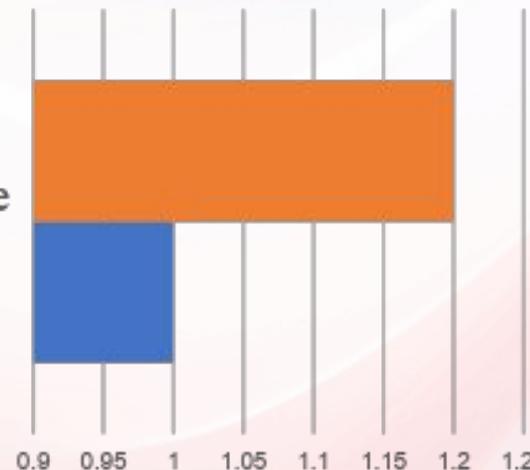
MG : 27.6% informent de la loi

3) Stratégies **d'orientation** des conducteurs seniors à risque

Taux de stratégie d'orientation adéquate versus inadéquate

Adresser les patients conducteurs seniors à risque à un médecin agréé

■ Pratique adéquate ■ Pratique inadéquate



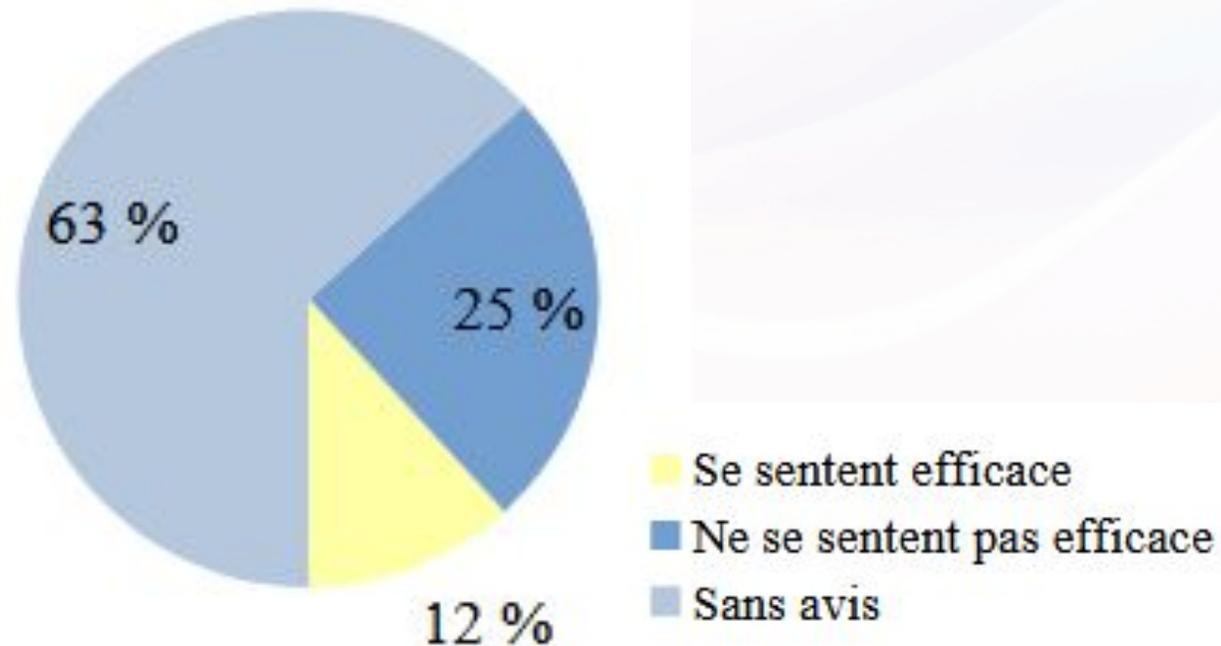
Davantage de stratégies inadéquates.

- Rapport de la printanière de la SFGG 2023 : sous-utilisation du parcours officiel

Résultats : le sentiment d'efficacité des MG dans leur rôle dans la sécurité routière automobile des conducteurs seniors

- **Minorité** (7.1% des MG non agréés).

Pourcentage des MG participant en fonction de leur sentiment d'efficacité



Résultats : les facteurs d'influence

1) pour 50% des MG : **empathie = frein**

2) Les variables significativement et proportionnellement liées au fait d'avoir des stratégies adéquates :

- Le fait d'être médecin agréé
- Le score de connaissance
- L'âge
- Avoir une stratégie standardisée
- Evoquer les risques liés à la conduite en consultation
- Se sentir efficace

3) Conclusion :

- les **mieux formés**
- ceux ayant le **plus d'expérience**

Résultats secondaires : étude des connaissances

- Statut de connaissance global insatisfaisant.

- aspects :

* légaux

* médicaux

* organisationnels

- 410 MG non agréés. 10 questions de connaissances.

- score de connaissance

* **moyenne : 57.76%**

- points clefs sur les questions :

* 46.4%  : l'absence de dérogation au secret médical

* 71%  : Alzheimer

* 76.6%  : rôle du préfet

Résultats secondaires : étude des attentes et suggestions

Dérogation au secret médical ?

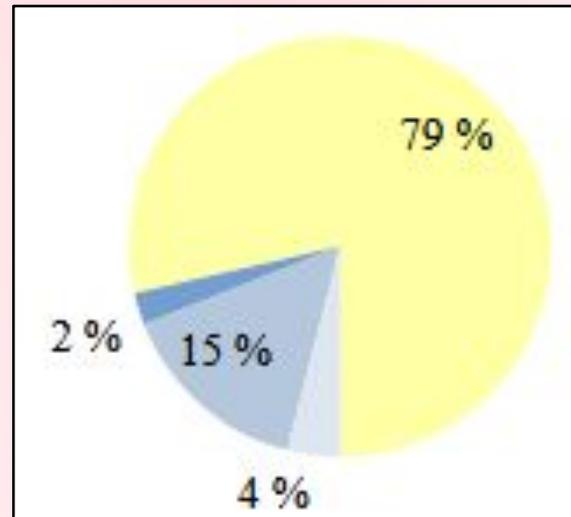
- **69% des MG favorables.**

- rapport DOMONT

- Canada, Australie, 11 pays européens...

Dépistage systématique ?

Avis favorable des MG dépistage systématique :



■ Favorables
■ Défavorables
■ Mitigés
■ Sans avis

Intégration à la pratique courante ?

- **PARADOXE**
34.1% : intégration possible

- **Limites**

* Domont : 1.6 millions de Cs

* **30 min la CS**

* **pénurie MG**

Capacité d'évaluation des inaptitudes ?

- **60% des MG non agréés : ne s'en sentent pas capables.**

- **printanières 2023 SFGG** :
« Ne se sentent pas l'autorité [...] N'ont pas les outils ».

- **Bulletin Académie Nationale de Médecine 2018** :

* 21.8% : manque d'information

* 16.4% : manque de supports

CONCLUSION

RESULTATS PRINCIPAUX :

- **MG peu pro-actifs**
- **Stratégies inadéquates**
- sentiment d'efficacité faible
- **stratégies de dépistage** : Recherche affection de la liste des contre-indication (28/03/2022) / acuité visuelle / MMS
- **Freins à l'investissement** :
 - * **formation / sensibilisation**
 - * uniformisation des pratiques ?
 - * le manque de temps
 - * empathie?

RESULTATS SECONDAIRES :

- **Statut de connaissances insatisfaisant.**
- **Favorables** : dérogation secret médical
- **Favorables** : dépistage systématique

Patients conducteurs seniors et sécurité routière, réglementations :

- **Rôle du médecin traitant :** le médecin traitant doit informer le patient des risques de la conduite en lien avec ses pathologies et/ou traitements. La responsabilité du médecin traitant peut-être engagée en cas de défaut d'informations auprès du patient. Il lui incombe de prouver qu'il a informé son patient (1).

- **L'arrêté du 28/03/2022, fixant la liste des affections médicales incompatibles pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée :** Le patient atteint par l'une des affections de cette liste doit se soumettre de lui-même ou sur les conseils de son médecin traitant à un contrôle médical auprès d'un médecin agréé (2).

- **Le secret médical :** l'ordre des médecins rappelle que le secret médical s'impose en toutes circonstances. Aucune exception n'est prévue pour le signalement des conducteurs à risque. Si un patient s'obstine à vouloir conduire malgré les recommandations de son médecin traitant, celui-ci ne peut pas saisir lui-même les autorités. Le secret professionnel doit également être respecté auprès de l'entourage familial (1).

- **La responsabilité patient :** le conducteur est le premier responsable de ses actes et de ses décisions. Selon l'article R412-6 du code de la route, il doit se tenir constamment en état de contrôler son véhicule.

- **Les risques pour le patient :** Si un patient omet de se soumettre au contrôle médical, il s'expose à des sanctions judiciaires en cas d'accident à charge : une peine de deux ans d'emprisonnement et une amende de 4500 €. Aussi, son assurance ne le couvrira pas (1).

- **Les frais sont à la charge du patient :** La sécurité sociale ne prend pas en charge les frais de la visite médicale (36€), ni ceux de la commission médicale (30€), ni ceux des éventuels examens complémentaires.

- **Les médecins agréés :** Ils sont chargés du contrôle médical d'aptitude à la conduite. Ils sont agréés par le préfet du département. Ils reçoivent les conducteurs ou les candidats au permis (Seul le préfet peut enjoindre à une personne de prendre rendez-vous avec un médecin agréé). Ils émettent un avis médical portant sur l'aptitude à la conduite, la durée de cette aptitude (ou inaptitude) et éventuellement les restrictions qui s'y appliquent. En effet, ils peuvent poser des restrictions ciblées qui n'impliquent pas forcément un arrêt de la conduite, telles que, l'obligation d'un aménagement du véhicule, l'obligation d'un suivi médical ou l'obligation de conduire uniquement en journée. Ils peuvent demander au préfet de convoquer la personne examinée devant la commission médicale primaire du département. Ils peuvent demander des examens complémentaires, et conditionner leur décision à l'avis d'un spécialiste (1).

- **Sources :**

(1) : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/sante-publique/laptitude-medicale-conduite>

(2) : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045464094>

(3) : <https://www.preventionroutiere.asso.fr/wp-content/uploads/2018/04/brochure-MACSF-APR-avril-2018.pdf>

Patients conducteurs seniors et sécurité routière, quelle prise en charge ?

- **Dépister les patients à risque :**

• **Évoquer le sujet** en consultation.

• Réaliser un **examen clinique** standard : tension artérielle, auscultation cardiaque à la recherche de troubles du rythme, examen ostéo-articulaire et neurologique (3).

• **Adapter ses prescriptions médicamenteuses :** les médicaments les moins sédatifs possibles (3).

• Rechercher une pathologie de la liste de l'arrêté du 28/03/2022, dont la **maladie d'Alzheimer au stade de déclin cognitif léger** (stade 3 de l'échelle de Reisberg) (2).

• Réaliser les tests cliniques et psycho-techniques suivant les recommandations du CERMT et de l'association Prévention Routière (**seuils d'alertes en rouge**) (3) : l'**Acuité visuelle de loin (<5/10 en binoculaire)**, le **champ visuel au doigt (<50° à D et à G, < 20° en haut et en bas)**, l'équilibre debout les yeux fermés (recherche de vertiges), le **Mini Mental State (≤ 24 / 30)**, l'échelle simplifiée de Mc Nair pour tester la mémoire (> 15/45) et l'échelle de somnolence d'Epworth (>8).

• La réalisation d'un **IADL** version courte (échelle d'activités instrumentales de la vie courante de Lawton à 4 items) (**score/8, plus il est bas, moins la personne est autonome**).

- **Orienter les patients à risque :**

• **Les adresser vers un médecin agréé :** Il existe une sous-utilisation du parcours officiel dans les mécanismes de l'arrêt de la conduite des seniors. Selon le dernier rapport de la printanière de la S'GG (2023), le parcours officiel est très rarement emprunté : il représenterait 2% des cas d'arrêt de la conduite du senior.

- **Accompagner les patients à risque :**

• **Inform**er le patient des risques de la conduite en lien avec ses pathologies et/ou traitements. Informer le patient de la réglementation. En cas de déni ou de résistance de la part du patient, ne pas se résigner : insister sur les recommandations. **Consigner** ses recommandations dans le dossier patient (1).

• **Entrer en contact avec les proches du patient avec accord du patient (1)**. Encourager le patient à se confier à ses proches. Encourager les proches à soutenir le patient psychologiquement, et si possible, techniquement (ex : covoiturage). Encourager les proches à essayer de raisonner le patient. En cas de déni ou de résistance de la part du patient, encourager les proches à saisir le préfet afin d'enjoindre le patient à consulter auprès d'un médecin agréé.

• Encourager le patient à utiliser les **services d'aides proposés par les mairies** (portage des repas, livraisons de courses à domicile, accompagnateurs pour activités extérieurs etc, etc...)

• Encourager le patient à se tourner vers les **transports en commun** et le **covoiturage** (la Délégation à la Sécurité Routière (DSR) travaille avec la plateforme de mobilité « wimooov » sur le sujet).

• Dans une démarche préventive, l'orienter vers les mairies et les associations afin d'intégrer des **formations de remise à niveau** concernant le code de la route et la conduite automobile.

- **Autres supports :**

- **DSR :** <https://www.securite-routiere.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/dsr-memento-bd.pdf>

- **CMG et DSR :** <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2024/01/La-situation-de-mon-patient-presente-elle-des-risques-2024.pdf>

- **CNOM :**

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/brochuresr_conduiteetsante2017_bd3.pdf

Merci pour votre attention.



Pour aller plus loin ...

- **Observe-t-on un impact positif à la mise en place d'un dépistage systématique dans le reste du monde ?**
- **Zoom sur l'impact du niveau de connaissance sur l'utilisation de stratégies adéquates ?**
- **Quelles sont les conséquences néfastes d'une cessation de la conduite et quelle est la dangerosité objective des séniors pour les autres usagers de la route ?**
- **Quelles sont les dernières mesures discutées au niveau gouvernemental pour le repérage des situations à risque ?**
- **Quels sont les acteurs de la sécurité routière en France ?**
- **Quels sont les moyens mis à la disposition des médecins généralistes ?**
- **En pratique, quelles sont les autres stratégies mises en place par les médecins généralistes pour gérer les situations à risque ?**
- **Matériel et méthode de l'étude ?**
- **Quels sont les modalités de dépistage dans le reste du monde ?**
- **Quelles perspectives peut-on discuter pour faire évoluer cette problématique ?**

Hors de l'Union-Européenne : résultats favorables au dépistage systématique

- Etude 2009 en Colombie-Britannique au **Canada** :

- 1) **permis restrictif** = -11% d'implication des sujets âgés dans les accidents mortels au Canada
- 2) conducteurs avec restrictions = «conservation permis de conduire» et «conduite sans collision» plus longtemps.

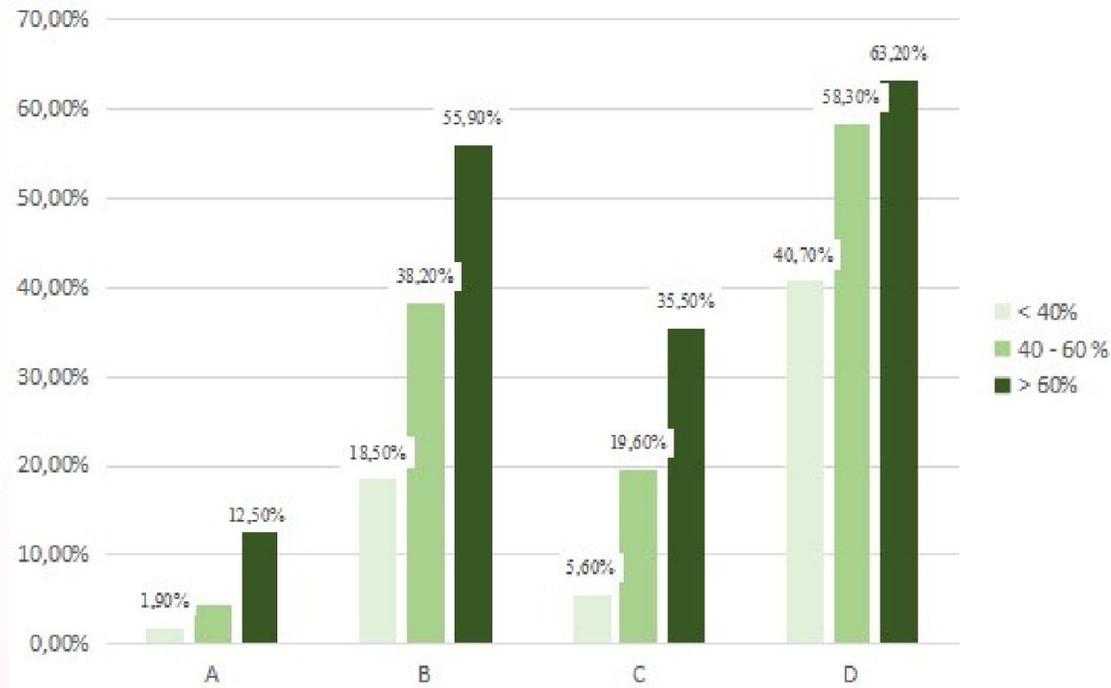
- Etude du Journal of the American Geriatrics Society 2023 :

tests cognitifs senior = diminution des accidents de voiture au **Japon**

- Etudes aux **États-Unis** :

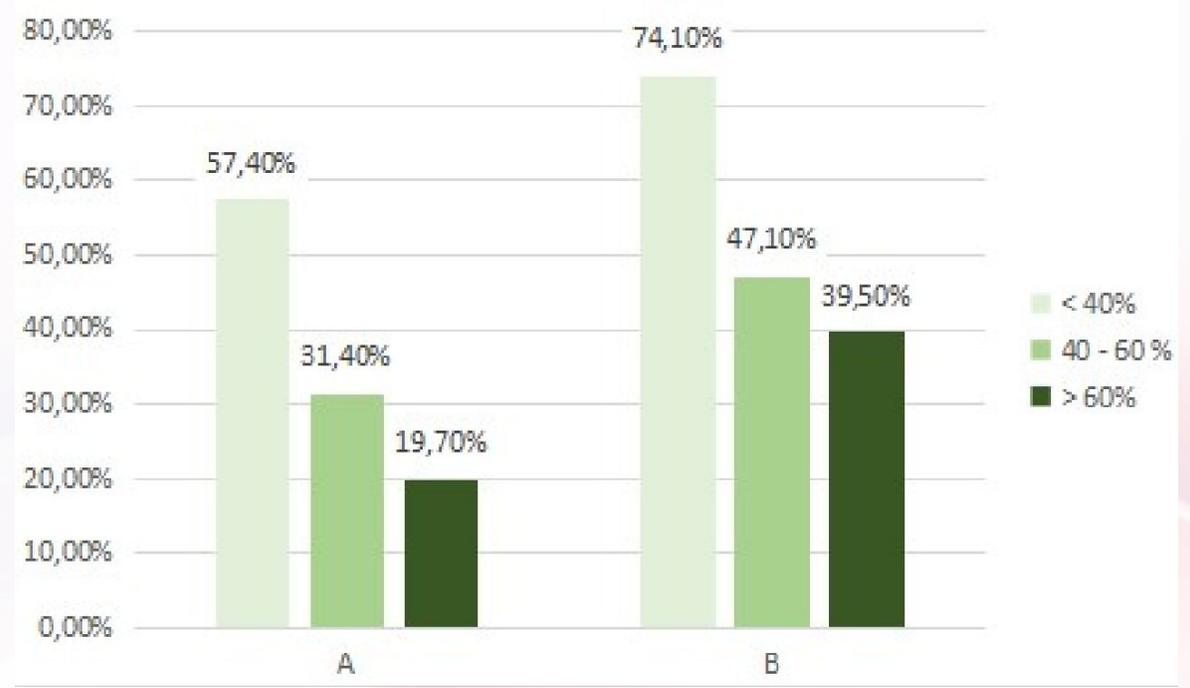
- 1) 1995 : **tests visuels** = diminution du risque d'accidents mortels de la route chez > 70 ans.
- 2) 2004 : **renouvellement en personne du permis des > 85 ans** = diminution du taux de mortalité.
- 3) 2014 : **renouvellement en personne du permis** = baisse de la mortalité routière.

Analyse croisées des stratégies selon le score de connaissance



A = Se sentir efficace dans le rôle de prévention de la sécurité routière des séniors
 B = Avoir pour stratégie d'orienter le patient vers les médecins agréés
 C = Avoir pour stratégie d'informer le patient de la loi en vigueur
 D = Avoir pour stratégie d'entrer en contact avec la famille du patient avec son accord.

Figure 4: Sentiment d'efficacité et stratégies d'accompagnement et d'orientation utilisées par les médecins en fonction de leur score de connaissance



A = Ne réaliser aucun des gestes cliniques recommandés de dépistage d'une conduite à risque
 B = Ne réaliser aucun des tests psychotechniques recommandés de dépistage d'une conduite à risque

Figure 5: Stratégies de dépistage utilisées par les médecins en fonction de leur score de connaissance

Conséquences néfastes d'un arrêt de la conduite chez les séniors

- diminution de la qualité de vie :

- 1) **méta analyse 2016** : 2 fois plus d'épisodes dépressifs et sur-risque global de mortalité.
- 2) étude de cohorte prospective 2004 : 4 à 6 fois plus de décès dans les 3 ans post arrêt.
- 3) étude 2006 : augmentation du risque d'institutionnalisation.

Dangerosité des séniors conducteurs vis à vis des autres usagers de la route

- Problème éthique : peu d'études / plus bas niveau de preuve (grade C, niveau 4)

- Résultats **divergents** :

1) certaines études : risque accru vis-à-vis d'autrui

2) études plus optimistes (Dr Lafont Sylvianne et étude COSERA) : « réduction significative du taux d'années de vie perdues pour les autres usagers impliqués dans un accident à mesure que l'âge du conducteur augmente » / « la dangerosité des conducteurs de VL diminuerait avec l'âge du conducteur »

3) dangerosité vis à vis d'eux-même + + +

Mesures en cours pour le repérage des situations à risque

Projets de loi récents



- **Directives Européenne de 2006 et 2009** : uniformisation des pratiques
- **Annexe III : «Normes minimales concernant l’aptitude physique et mentale à la conduite»** : préconisation rejetée.
- **Débat au Parlement européen du 28/02/2024** : visite médicale obligatoire ? rejet du texte (323 vs 270)

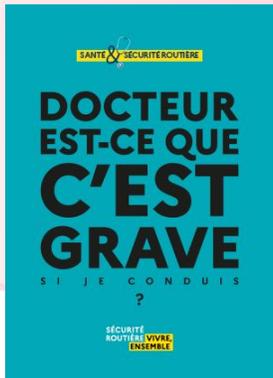
Outils d’évaluation

- Évaluation non standardisée.
- Tests sur simulateurs de conduite : projet ESSC (Exploration d’une conduite Sécuritaire via Simulateur de Conduite)

La sécurité routière en France

La DISR

- Rattachée au **ministère de l'Intérieur** depuis 2008.
- **Missions** : code de la route / éducation routière / politique de sécurité routière au plan national et au plan local / réalisation des études et expérimentations avec l'ONISR.
- Campagne de communication :



- * Mémento pour les médecins
- * Dépliant pour les patients
- * Affiche

Le CISR

- Créé en 1972. Présidé par le premier ministre.
- Conseil du 17/07/2023, dossier de presse « **Circuler en sécurité et en sérénité sur les routes de France** ».
- * **Axe 2** : «Mieux détecter, évaluer et suivre les incapacités à la conduite».
- * renforcement des plateaux techniques médicalisés d'évaluation de l'aptitude médicale à la conduite (SMR)

Le CMG

- Interlocuteur officiel de tous les ministères.
- Convention avec la DISR : stand sécurité routière de la DISR à la 17^e édition du Congrès de Médecine Générale en mars 2024



Rôle des médecins généralistes dans la sécurité routière : moyens d'évaluation.

- Association Prévention routière + CERMT + CNOM + MACSF + Dr Mercier-Guyon : **brochure « le médecin et son patient conducteur »** 04/2018.
- **Examen clinique classique + méfiance sédatifs**
- **Mesure de l'acuité visuelle de loin + mesure du champ visuel au doigt + perception de la voix chuchotée à 3 mètres + évaluation de l'équilibre debout les yeux fermés**
- **Test MMS** pour le dépistage des troubles cognitifs + test de l'échelle simplifiée de Mc Nair pour le dépistage des troubles de la mémoire + test de l'échelle de somnolence d'Epworth.

- **DSR** : « Mémento pour le médecin d'un patient conducteur » 01/2024.
- **CMG et DSR** : « Sécurité routière : la situation de mon patient présente-t-elle des risques ? Sensibiliser pour accompagner le changement » 12/2023.
- **Rapport Domont (IADL)**
- **HAS et Centres mémoire de France** : protocole cognitif MG-Cog.

ÉDITION AVRIL 2018

LE MÉDECIN ET SON PATIENT CONDUCTEUR

Comprendre les risques et la réglementation selon les pathologies pour une meilleure prévention



BROCHURE RÉALISÉE PAR L'ASSOCIATION PRÉVENTION ROUTIÈRE ET SON CONSEIL MÉDICAL, AVEC LE SOUTIEN DE LA MACSF, MUTUELLE D'ASSURANCE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.

association PRÉVENTION ROUTIÈRE

MACSF

Les autres stratégies

- Orienter le patient vers auto-école ou simulateurs de conduite :



- Demander à la famille d'intervenir sur le véhicule :

* SFGG (printanières 2023) : 23% des cas d'arrêt



- Orienter le patient vers la mairie, les aides sociales, les transports en commun :

- * manque de connaissance
- * SFGG (printanières 2023) : aides sous-exploitées.
- * DSR : wimoov



MATERIEL ET METHODE

Type d'étude :

- Thèse action : **transfert de connaissances**
- formulaire d'enquête
- étude **quantitative** prospective descriptive transversale
- multicentrique : **MG de Nouvelle-Aquitaine et d'Occitanie.**

Extraction des données :

- questionnaire google forms
- 36 questions

Nombre de sujets nécessaire :

- formule de Cochran
- intervalle de confiance de 95%
- marge d'erreur de 5%
- échantillon minimal : **376 MG**

Critère de jugement principal :

taux de stratégies adaptées par rapport au taux de stratégies inadaptées, utilisées par les MG.

Critère de jugement secondaire :

Pourcentages.

Méthode d'évaluation

:
Détermination des pratiques adéquates et inadéquates concernant les différentes stratégies.

Méthodes statistiques :

- Etude descriptive des variables et analyses en sous-groupes.
- Logiciel : IBM SPSS 26
- variable qualitative à deux modalités de taille supérieure à 30 croisée avec une variable quantitative : test de Student. Sinon, test de Mann Whitney.
- Si plus de deux modalités et des classes de taille supérieure à 30 : Anova à un facteur. Sinon, test de Kruskal Wallis.
- **Risque de première espèce alpha : 5 % (différence significative pour une valeur de p inférieure à 0,05).**
- pour la question 29 (question ouverte à réponses ouvertes) : codage ouvert avec indexation thématique de chaque réponse pour la formulation d'hypothèses.

Aspect éthique :

Données anonymisées. Pas d'intervention sur les participants.

4/ Réglementations mondiales, Européennes, Française concernant la sécurité routière des usagers non professionnels de la route



- **Canada** : renouvellement du permis pour les plus de 80 ans par examen médical et visuel tous les 2 ans.
 - **État-Unis** : restrictions réglementaires à l'encontre des séniors pour le renouvellement du permis dans 29 états sur 50.
 - **Japon** : tests cognitifs nécessaire au renouvellement du permis des plus de 75 ans. Macaron statut séniors à coller sur le véhicule.
-
- **Europe** : 23 pays sur 29 instaurent un contrôle médical régulier pour le renouvellement du permis (excepté la France, l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, la Hongrie et la Suède). La majorité des pays ont adopté une dérogation au secret médical dans le cadre de la sécurité routière.
-
- **France** : Pas de dépistage systématique des inaptitudes à la conduite. Pas de dérogation au secret médical. **L'arrêté du 28/03/2022** établit une liste d'affections médicales incompatibles avec le maintien du permis.

Discussion : perspectives

- **FORMATION / SENSIBILISATION**

(Formation internat / FMC / outil / supports / campagne nationale)

- **Création de recommandations standardisées**

- **Création ROSP / consultation dédiée à cotation majorée**

- **Etude des attitudes préventives des MG**

- **Evolution des réglementations : dérogation partielle au secret médical ?**

- **Recherche de solutions alternatives de dépistage des inaptitudes : simulateurs de conduite ?**

- **Recherche des facteurs prédictifs : projet «FAMACO» , gérontopôle Auvergne-Rhone-Alpes.**

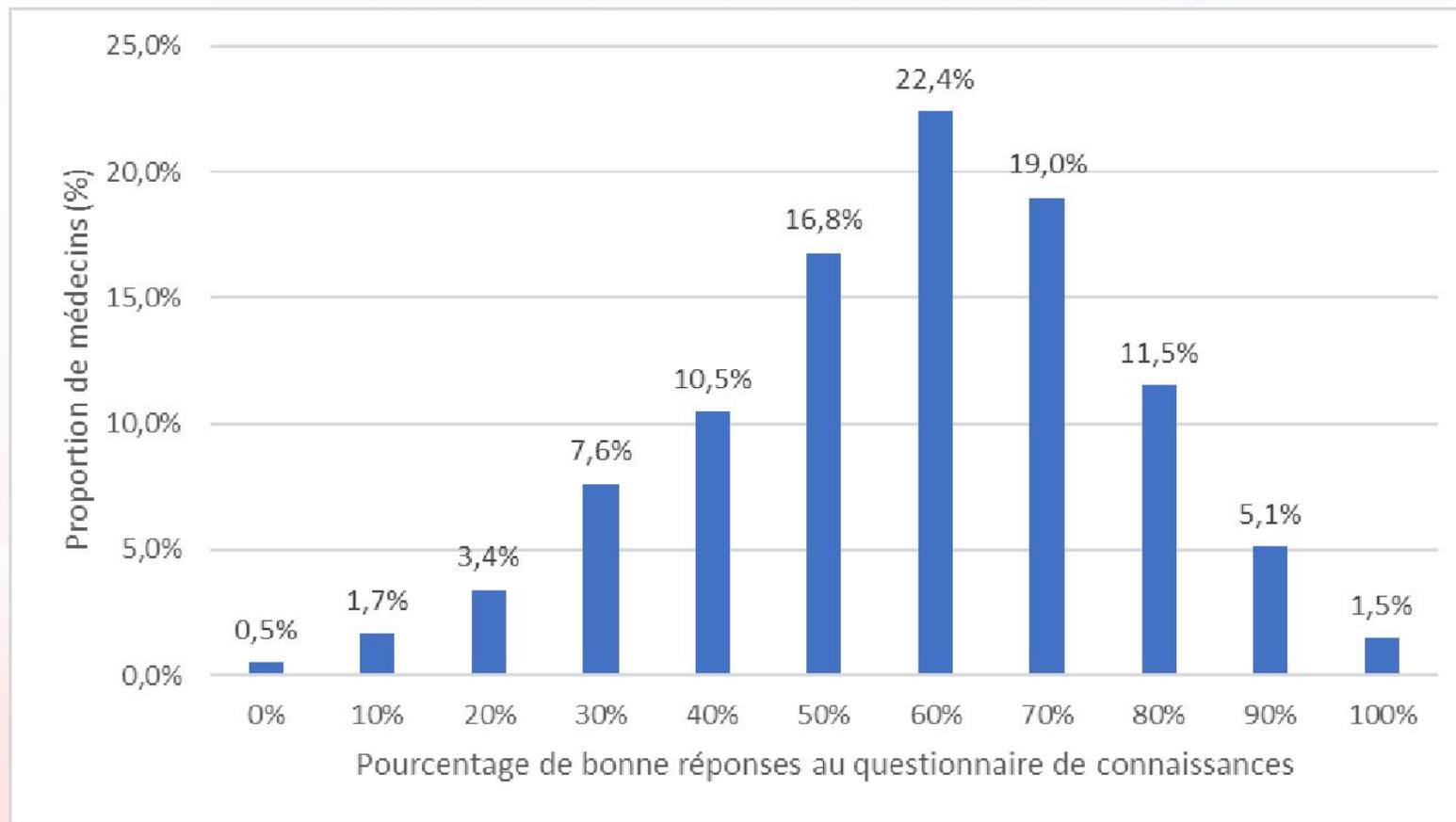
- **Recherche dans le domaine des véhicules automatisés.**

Score de connaissance : 10 questions

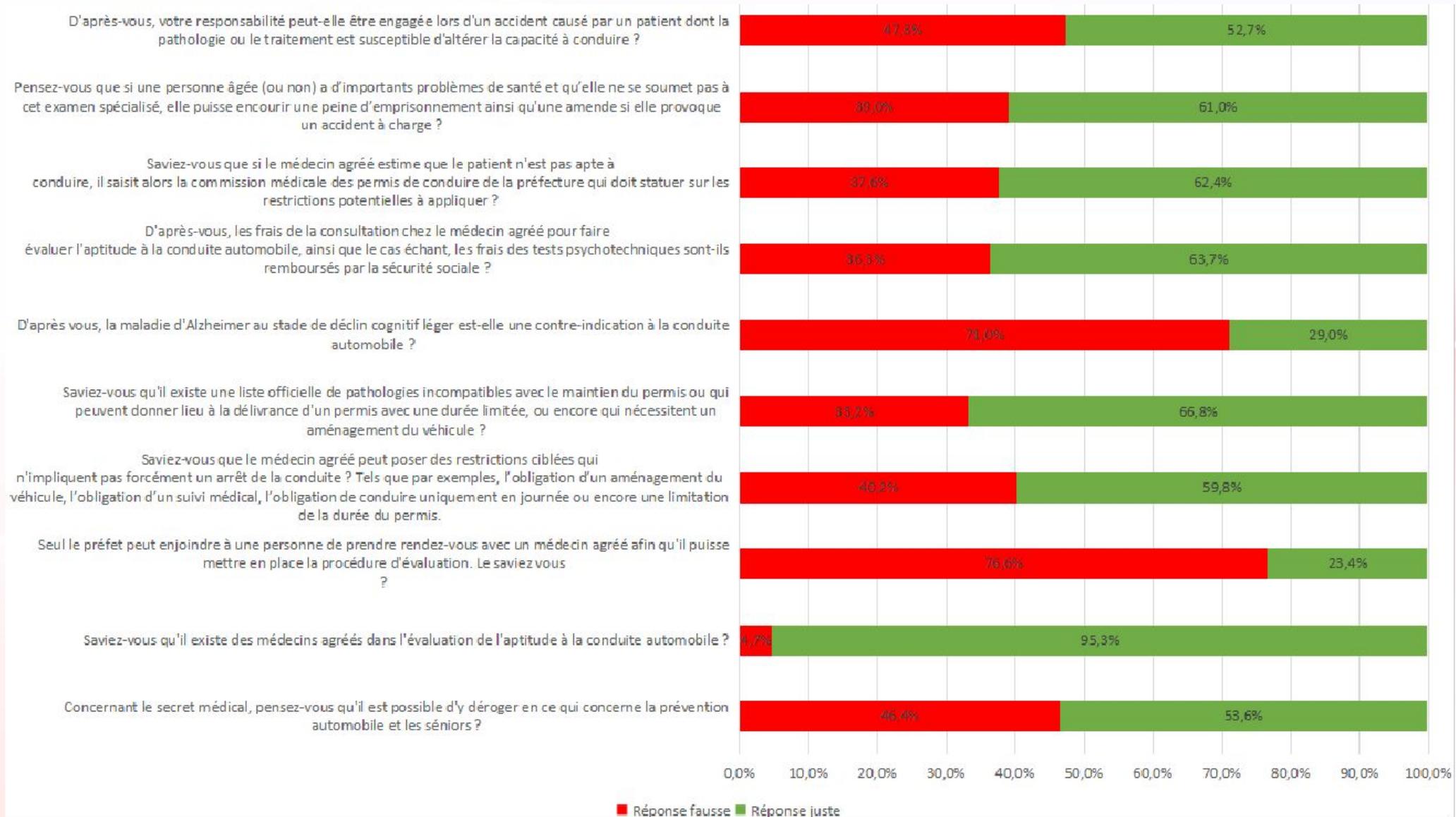
Le score de connaissance varie entre 0% et 100% avec une moyenne de 57,76% et un écart type de 19,29%.

Le score de connaissance médian est de 60% avec un intervalle interquartile [50% ; 70%].

La répartition du score de connaissance est représentée ci-dessous



Répartition des bonnes et mauvaises réponses aux questions de connaissances



**PROFESSIONNELS DE SANTÉ
QUEL RÔLE EN MATIÈRE DE
PRÉVENTION ROUTIÈRE
ENVERS LEURS PATIENTS ?**



94%

DES PRATICIENS ÉVOQUENT SYSTÉMATIQUEMENT LES RISQUES DE LA CONDUITE AUTOMOBILE FACE À UN PATIENT DONT LA PATHOLOGIE OU LE TRAITEMENT EST SUSCEPTIBLE D'ALTERER LA CAPACITÉ À CONDUIRE

PLUS DE 3

PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR 4 ESTIMENT INDISPENSABLE D'INFORMER LE PATIENT SUR LES RISQUES DE LA CONDUITE AUTOMOBILE ET SUR LES BONS GESTES À ADOPTER DANS LES CAS DE SOMNOLENCE, D'ADDICTION, OU DE TROUBLE DE LA VISION



77%

DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PENSENT AVOIR UN RÔLE SPÉCIFIQUE À JOUER EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ROUTIÈRE

71%

DES PRATICIENS NE SE SENTENT PAS LÉGITIMES À INTERDIRE DE FAÇON DÉFINITIVE LA CONDUITE À LEURS PATIENTS



42%

DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PENSENT QUE LEUR RESPONSABILITÉ PEUT ÊTRE ENGAGÉE LORS D'UN ACCIDENT CAUSÉ PAR L'UN DE LEURS PATIENTS DONT LA PATHOLOGIE OU LE TRAITEMENT EST SUSCEPTIBLE D'ALTERER LA CAPACITÉ À CONDUIRE



54%

REGRETTENT LE MANQUE DE FORMATIONS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ ROUTIÈRE

52%

DES PRATICIENS ESTIMENT QUE L'ÉVALUATION DE L'APTITUDE À LA CONDUITE DOIT ÊTRE CONFIEE À UN MÉDECIN PROFESSIONNEL DE SANTÉ AGRÉÉ DANS LE CADRE DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE POUR LES PERMIS DE CONDUIRE



58%

CONSIDÈRENT QUE C'EST EN PRIORITÉ AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ AVANT UN CONTACT AVEC LE PATIENT DE DÉLIVRER DES CONSEILS DE PRÉVENTION ROUTIÈRE, 37% PAR LES ASSOCIATIONS ET ORGANISMES DE PRÉVENTION ET SÉCURITÉ ROUTIÈRES, ET 25% PAR LES ASSUREURS



Étude menée par l'association Prévention Routière en relation avec son Conseil Médical et la MACSF, réalisée en février 2018 en France auprès de 578 professionnels de santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes...) sociétaires MACSF

Infographie de l'étude sur le rôle des médecins généralistes dans la sécurité routière réalisée en 2018 par l'association de prévention routière avec le soutien de la MACSF

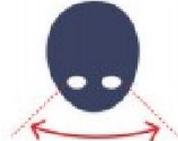
LES 4 GESTES CLINIQUES :

Mesure de l'acuité visuelle



- De loin, corrigée ou non

Vérification du champ visuel



- Au doigt

Perception de la voix chuchotée à 3 mètres



Équilibre debout les yeux fermés



LES 3 QUESTIONNAIRES :

L'échelle simplifiée
de Mc Nair



- Dépistage des troubles de
mémoire

L'échelle
d'Epworth



- Au volant, pour analyser et
évaluer les capacités restantes

Le
"Minimal Mental Score"



- Dépistage des troubles cognitifs

Brochure de sécurité routière illustrée par la MACSF