

Conduite automobile et démence : enjeux humains, enjeux éthiques

Février 2012

Marc PACCALIN

Professeur de gériatrie au CHU de Poitiers

De plus en plus de conducteurs sont très âgés et parmi eux 18% des plus de 75 ans et 30% des plus de 80 ans sont atteints d'un syndrome démentiel ¹. L'arrêté du 21/12/2005 considère qu'une incompatibilité doit être prononcée si un syndrome démentiel est documenté.

Au sein du Centre Mémoire de Ressources et de Recherche du CHU, nous avons mené une enquête régionale en 2004 auprès de neurologues et gériatres. Sur une période donnée, un tiers des consultants avec trouble cognitif avéré (âge moyen 78,1 ± 8,5 ans; score MMS moyen de 17,6 ± 5,6), étaient conducteurs ². Peu de patients au stade sévère de la maladie gardent encore une autonomie suffisante pour conduire et la plupart ont arrêté cette activité. D'autres patients ont fini par perdre les points nécessaires à la conservation du permis, d'autres encore auront capitulé face à l'augmentation majorée de leur assurance voiture en raison de réparations itératives de carrosserie. Mais il reste encore beaucoup de patients avec déclin cognitif, à un stade léger à modéré, qui continuent de conduire. Les données de la littérature font état d'un risque d'accident de la voie publique majoré chez ces patients. Il faut cependant admettre une hétérogénéité des performances au volant chez les patients déments avec un décalage entre l'évaluation pratique et le risque réel d'accidents. Les conducteurs, atteints de démence, ont souvent adapté leurs habitudes mais la poursuite de la conduite reste source d'inquiétude familiale. Conscient de l'importance de l'activité de conduire, l'entourage familial culpabilise et peine à prendre une décision radicale.

Que décider face à un patient conducteur avec troubles cognitifs qui vit à distance d'une zone urbaine, dans une zone mal desservie, et dont l'épouse ne conduit pas ?

La conduite automobile représente une activité instrumentale de base de la vie quotidienne. Elle permet une indépendance dans la société, l'accès aux activités (courses, loisirs) et aux soins médicaux. L'arrêt de la conduite est souvent mal vécu, favorisant l'isolement et la perte du réseau relationnel.

Seule la Commission du permis de conduire est habilitée à statuer sur la compatibilité. Cette commission est saisie par la famille et non par les médecins sous peine de violation du secret médical. Or les données actuelles font état de peu de dossiers concernant des patients avec troubles cognitifs, expertisés par la commission. L'alcool et les accidents avec dommage corporel représentent la majorité des expertises.

Face à ce dilemme, quel rôle peut jouer le médecin traitant ?

La mémoire ne doit pas être la seule fonction cognitive à expertiser. Le « MMS » n'est pas conçu pour juger de l'aptitude à la conduite. La perception visuo-spatiale, l'attention, le jugement doivent être appréciés. Le sujet doit être considéré dans sa totalité. Ainsi, les capacités fonctionnelles, la force musculaire, les capacités sensorielles (auditive et visuelle), les co-morbidités et le traitement médicamenteux doivent être pris en considération. A ce propos, l'arrêté du 18/07/2005 impose la présence de pictogrammes sur les boîtes de médicaments pour signaler un risque de baisse de vigilance.

L'évaluation globale permet au médecin de prodiguer des conseils pour abandonner cette activité ou l'adapter : conduite régulière pour garder les réflexes, sur des trajets courts, par météo clémente, en période diurne. Il est utile que la consultation se déroule en présence de proches du patient. Le médecin doit notifier les conseils qu'ils donnent. L'arrêt de la Cour de cassation (25/02/1997) est explicite sur ce point : « *Le médecin est tenu au devoir d'information et doit pouvoir en apporter la preuve si litige* ».

L'anosognosie du patient et ses troubles de mémoire altèrent néanmoins la rémanence des conseils. Ainsi, *quid du patient qui a oublié les conseils et dont l'épouse, qui les a bien entendus, pourrait se mettre en danger en empêchant son mari de sortir la voiture un jour de pluie...*

L'important pour le patient, l'entourage et le médecin est la prise de conscience des difficultés attentionnelles et exécutives. Le problème de la conduite automobile doit donc être abordé au cours de la consultation et sensibiliser l'entourage familial pour aider à une prise de décision raisonnable. On pourrait préconiser l'avis d'un moniteur d'auto-école. Mais cela représente un coût et un temps de disponibilité peu envisageables à grande échelle. La proposition d'utilisation d'un GPS (Global Position System) aiderait-elle à palier les problèmes d'orientation ?

Aujourd'hui, nous manquons de consensus pour juger pertinemment de l'habileté à la conduite de bon nombre des conducteurs avec altération cognitive³. A l'avenir, les règles vont évoluer. En effet, à compter de 2013, le titulaire du permis européen devra se soumettre à un contrôle de l'aptitude médicale à la conduite tous les 10 à 15 ans. Cela concerne cependant une autre génération...

Références

1. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF ; PAQUID. Prevalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les sujets de plus de 75 ans : résultats issus de la cohorte PAQUID. *Rev Neurol* 2003 ;159 :405-11
2. Paccalin M, Bouche G, Barc-Pain S, Merlet-Chicoine I, Nedelec C, Gil R. Conduite automobile et démence : enquête régionale. *Presse Med* 2005;34:919-22
3. Carr DB, Ott BR. The older adult driver with cognitive impairment: "it is a very frustrating life". *JAMA* 2010;303:1632-41