

CONCLUSION GENERALE

Il existe dans notre pays un consensus sur le fait qu'il faut réduire l'accidentalité routière, même si les moyens restent encore aujourd'hui sujets de débats volontiers passionnels.

Le groupe d'experts qui vient de conclure ses travaux, tout en étant conscient des dimensions sociales de l'incapacité à conduire, au vu des données de la littérature médicale tant nationale qu'internationale et des niveaux atteints par l'insécurité routière en France, estime qu'il est justifié de mettre en place un dispositif visant à l'évaluation des capacités médicales à conduire de l'ensemble des conducteurs.

En outre, dans le cadre de la promotion de la recherche médicale en sécurité routière, il leur apparaît indispensable, particulièrement au vu des travaux réalisés à l'étranger, de mettre en place en France, parallèlement au développement du dispositif d'exams médicaux périodiques des conducteurs, une **veille sanitaire en santé - sécurité routière** intégrant un volet relatif à la pathologie médicale. Elle serait alimentée par le recueil des données issues de l'évaluation des capacités/incapacités médicales abondées par les médecins. Ceci compléterait utilement les données accidentologiques françaises, dont on souligne souvent le caractère relativement parcellaire. Le traitement statistique des informations, qui pourraient ainsi être recueillies dans le cadre de l'examen des conducteurs, au décours immédiat de certains accidents graves, ou consécutivement aux suivis médicaux périodiques, permettrait de disposer, à moyen terme, d'un meilleur reflet, non pas de l'existence des relations entre les pathologies et les accidents de la route, qui sont déjà largement connues, particulièrement au niveau international, mais de la prévalence des incapacités médicales à la conduite. Il serait ainsi possible de comparer valablement nos résultats avec ceux d'autres pays de développement similaire, mais plus avancés dans le domaine de la prise en compte de la capacité médicale des conducteurs, comme la Belgique.

Pour lutter contre l'insécurité routière, des actions et des mesures diverses et variées ont vu le jour au fil des trente dernières années. Elles se déclinent autour de trois axes majeurs :

- l'amélioration de l'infrastructure routière et des véhicules ;
- la limitation des vitesses ;
- la modification des comportements au volant.

Pour atteindre le troisième objectif, dont la difficulté n'échappe à personne, certains préconisent, outre la formation des conducteurs et l'éducation au « civisme routier », une modification de l'infrastructure routière, de telle manière que le conducteur se trouve contraint à respecter les conditions de conduite qu'on veut lui imposer. Si de telles propositions ont, bien sûr, une efficacité potentielle, il ne faut cependant pas oublier que la contrainte infrastructurelle devrait être généralisée à l'ensemble du réseau routier pour être pleinement efficace, ce qui n'est pas possible, sauf sur le très long terme. C'est en effet sur le réseau secondaire que le nombre d'accidents mortels est le plus élevé. De plus, chacun sait qu'on ne peut modifier durablement les façons de conduire qu'à force d'éducation, d'information, de formation et de contrôles. Le développement de telles actions, complémentaires à l'intervention médicale doit bien sur être amplifié.

A côté de cela, il apparaît tout aussi indispensable de promouvoir la responsabilisation des conducteurs dans le bon usage des capacités physiologiques et psychologiques qu'ils ont, et surtout dans leurs préservations sur le long terme. L'acte de conduite est un acte de sécurité, il implique que les capacités du conducteur soient optimales et qu'elles ne soient pas uniquement techniques ou civiques mais aussi médicales.

La généralisation de l'évaluation des capacités médicales à travers des rendez-vous médicaux réguliers, et à chaque fois que de besoin en cas de dégradation des capacités médicales ayant des incidences sur la conduite, apparaît dans cette optique scientifiquement judicieux. En effet, n'est-il pas opportun de disposer de tous ses moyens lorsque l'on est notamment confronté à des situations qui nécessitent un bon degré de performances dans la prise d'informations, une rapidité dans le traitement de celles-ci et de la précision dans les réponses sensori-motrices qu'implique la conduite d'un véhicule en toute sécurité ?

Cependant une telle mesure ne pourra être pleinement acceptée que si elle est comprise : il en va de son efficacité. Elle doit pour ce faire être **orientée non vers l'exclusion mais vers la valorisation des capacités**, particulièrement lorsque celles-ci peuvent être altérées par la maladie ou l'âge. Elle sera d'autant plus efficace que le rôle de conseil du médecin est le complément habituel à l'acte de soin, et qu'il bénéficie d'une écoute certaine auprès des patients, particulièrement dans le contexte d'un suivi médical régulier. Se priver d'une telle approche, comme c'est encore le cas aujourd'hui, apparaît illogique alors même que l'on s'interroge sur les façons de mieux faire comprendre aux patients l'intérêt du bon usage des médicaments et des conséquences de leur utilisation sur la conduite, ce qui implique de facto la participation de l'ensemble des professionnels de soins et de santé.

L'argument, qui consiste à opposer liberté individuelle et évaluation médicale des conducteurs, ne peut qu'être contre productif pour la lutte contre l'insécurité routière, à un niveau individuel comme à un niveau collectif. S'il convient de tout faire pour limiter, et le cas échéant minimiser, les conséquences d'une incapacité médicale à la conduite, il convient d'éviter celle-ci non par le rejet de l'intervention médicale, mais par la recherche de solutions adaptées au risque de désocialisation que l'arrêt définitif de la conduite pourrait, à l'occasion mais pas systématiquement, entraîner.

De nombreux pays de par le monde ont depuis de nombreuses années mis en place des politiques de lutte contre le fléau routier en y impliquant le corps médical. Certains de ces pays ont même introduit l'incapacité médicale comme un fait délictuel au volant. Par exemple en Angleterre (Pays de Galle), il existe depuis 15 ans deux délits qui cadrent la répression de l'insécurité au volant :

→ l'un punit la **conduite dangereuse** ; elle englobe l'utilisation d'un véhicule en mauvais état, la vitesse excessive et les états médicaux incompatibles avec la conduite ;

→ l'autre punit la notion de **comportement accidentogène** (« *careless driving* ») : changements de direction sans précaution, usage inapproprié de l'éclairage des véhicules, inattention et mauvaise gestion de la capacité de vigilance en situation de conduite.

Sans rendre délictuel le fait d'être malade au volant, il apparaîtrait tout aussi illogique de méconsideérer l'intérêt de l'intervention médicale. Cependant, vouloir appréhender concrètement le volet de l'évaluation médicale de la capacité des conducteurs impose de le faire dans une démarche d'aide, de conseil, d'assistance et non de contrôle et d'exclusion.

Le dispositif actuel de suivi médical des conducteurs, pour certains types de permis ou pour les infractionnistes, a bien sûr un effet positif sur la sécurité routière. Il aide à la prise de conscience des règles d'hygiène de la conduite, chez les infractionnistes notamment, il les met devant leurs responsabilités, par exemple en matière de pratiques addictives. Il aide aussi les

autres conducteurs examinés à préserver leur capital santé par le suivi et le dépistage de certaines pathologies (diabète, altérations de la vue...) qui peuvent être incapacitantes pour la conduite. Son organisation, en dehors du système de soins, diminue cependant l'efficacité que l'on serait en droit d'attendre. Compte tenu de tout ceci, la réforme, telle que proposée par le CISR, apparaît indispensable à l'ensemble des experts réunis.

A côté de l'évolution structurelle, il faudrait aussi améliorer le dispositif sur un plan fonctionnel pour que la qualité et la quantité des informations recueillies permettent de progresser encore mais de manière plus nette dans le secteur de l'accidentologie routière. Le corps médical, au-delà d'une liste d'affections potentiellement dangereuses pour la conduite, doit disposer de référentiels médicaux, validés par les Sociétés Savantes et de protocoles d'examens pour les visites périodiques, afin d'aider l'action médicale dans le domaine de la promotion des capacités à conduire. C'est alors que les craintes formulées sur les risques liés à l'arrêt définitif de la conduite, évaluées à leur juste place, seront mieux appréhendées dans l'intérêt de tous. Il faut sortir de la logique de réflexion traditionnelle qui conduit **de la maladie à l'inaptitude, en passant par le contrôle des incapacités**, en lui substituant un nouveau mode de raisonnement positif, à l'image de celui proposé pour l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées: **maladie, promotion des capacités, lutte contre les handicaps**, ici en situation de conduite.

Tout le monde n'a pas la chance de pouvoir garder intacte sa capacité médicale de conduite tout au long de la vie, il faut, dès lors, tout mettre en œuvre pour retarder l'émergence des éventuelles incapacités définitives. C'est pourquoi il faut aujourd'hui que soit mieux définie l'intervention du médecin. Elle ne doit plus se limiter à la seule prise en charge des situations post-accidentelles (relevage des blessés) et au contrôle médical des infractionnistes, mais elle doit être élargie au dépistage et à la prévention des pathologies susceptibles d'altérer les capacités médicales de conduite.

Il est indispensable aussi, pour que cette nouvelle approche trouve toute sa place dans l'ensemble du dispositif de sécurité routière, que le **traitement social de l'interdiction définitive de conduire** soit également réfléchi. Outre le fait que l'évaluation médicale des capacités/incapacités doit être complétée, sauf évidences médicales, et chaque fois que de besoin, par des tests de conduite avant toute formulation d'incapacité médicale définitive, cette dernière doit aussi pouvoir être combattue par la mise en place de nouvelles possibilités de modulations du permis.

Ainsi, il est proposé d'instaurer, pour ceux ayant des capacités de conduite altérées, qui ne leur permettent plus de faire face à toutes les situations rencontrées sur la route, une **modulation du permis et des aides spécifiques** pour satisfaire « **aux nécessités essentielles de la vie courante, en fonction de leur zone géographique de vie, et en excluant la conduite sur voies rapides et de nuit** ». Un tel compromis, pour être acceptable notamment par les personnes âgées, devra être élaboré à partir d'une double démarche d'évaluation médicale et gériatrique, ainsi que technique du conducteur. Les **incapacités résiduelles à la conduite, dûment évaluées, devraient alors pouvoir, en fonction des zones de vie, ouvrir droit à des aides spécifiques**, pour ceux dont l'isolement consécutif à l'incapacité de conduire, risquerait d'entraîner une désocialisation.

PARIS, le 30 juin 2003
Professeur Alain DOMONT