



HAL
open science

Approche des médecins généralistes dans la conduite automobile des personnes âgées en région PACA

Sophie Carbonnel

► **To cite this version:**

Sophie Carbonnel. Approche des médecins généralistes dans la conduite automobile des personnes âgées en région PACA. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02381270

HAL Id: dumas-02381270

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381270>

Submitted on 26 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Approche des médecins généralistes dans la conduite automobile des
personnes âgées en région PACA**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Octobre 2019

Par Madame Sophie CARBONNEL

Née le 23 septembre 1990 à Toulouse (31)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Président

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Monsieur le Professeur GENTILE Gaétan

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Asseseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements,

Aux membres du jury,

À Madame la Professeur Sylvie Bonin Guillaume,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de m'avoir fait partager votre savoir et m'avoir accompagnée et recadrée quand c'était nécessaire.

Merci de votre disponibilité et d'avoir rendu cette thèse possible. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Gaétan Gentile,

Vous me faites l'honneur d'être membre du jury de cette thèse. Soyez remercié de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

À Monsieur le Professeur Pascal Rossi,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À Madame la Docteur Aurélie Janczewski,

Notre rencontre a été rapide et permise grâce à la thèse, tu es compréhensive et as su me cadrer et me rassurer à chaque moment malgré l'éloignement géographique. Je te remercie de ta patience et de ton optimisme.

À ma famille et mes amis,

À Papet et à Mamouche qui ne sont plus là aujourd'hui mais qui ont été très importants dans mon évolution en tant que femme mais aussi en tant que médecin, j'espère devenir la médecin compréhensif qu'ils auraient aimés que je sois.

À ma Maman, qui m'a appris ce qu'était l'amour inconditionnel, et qui me soutient chaque jour, tu es la meilleure des mamans,
À mon Papa qui m'a appris la tolérance et les principes tu es le meilleur des papas,
À ma sœur chérie adorée qui est trop loin de moi, de nous, et pourtant à chaque fois qu'on se retrouve on est toujours aussi proche, je crois que en grandissant on se ressemble de plus en plus et j'en suis ravie, tu es la meilleure des sœurs.

À ma Tata Gene, tu m'éblouis de ton savoir, de ton intelligence et de ta capacité à rester humble, et surtout merci pour ton aide dans la rédaction de cette thèse tu m'as aidée contre la volonté de l'ordinateur hanté ou de l'alarme en folie, j'espère que cela n'a pas été trop difficile car je ne te l'ai pas encore dit mais l'an prochain je dois rédiger un mémoire et je compte sur toi.

À ma Mémé qui ne connaît que trop bien la douleur et les limites de la médecine, et qui pourtant essaye toujours de s'occuper de tout,
À mon Papouche toujours à fond, même à 75 balais (+ ou - 12 ans) et soutient toujours sa famille les yeux fermés sans hésitation.
À mes cousins, Bobo qui avec ton savoir politique et historique a largement dépassé les sauveurs du monde (A & M), Lulu qui avec son savoir anatomique et physiologique m'impressionne toujours, Yann qui avec son savoir humain et sa compréhension sans limite de sa cousine tu as toujours été un de mes meilleur confident.
À Loïc et Cricri, qui m'accueillent sans jamais rien dire, toujours avec le sourire,
À Nath, Odette, Nico, les Pellans, Lucie et Jeremy, Marie et Benji qui rendaient mes visites gonfaronnaises pleines de joie à chaque fois.
À Tontonchon et Tata -chat les plus sereins de la montagne,
À Pierrot qui a toujours le mot pour rire,
À ma famille plus éloignée que j'ai mieux connue en tant qu'adulte, Hélène avec ton sourire envers et contre tous, Céline malgré qu'on se connaisse peu ta bienveillance irradie autour de toi, Gérard et Laurent, qui m'avaient soutenue durant mon premier semestre et permis de découvrir Saint Mandrier.
À ma famille de cœur les Lamberts-Marboeufs, parce que vous m'avez vu en tant que Sophie la mouche, mais aussi les Peres il n'y a pas de justice dans la maladie et je suis triste à chaque fois que j'y pense mais je me rappelle aussi les bons souvenirs de découvrir de cette belle île à vos côtés, les Costanzo Cruz, Patricia la vecina de mi vida, Pablo qui m'a fait découvrir l'Argentine et Aymara avec ses fous rires incontrôlés.

À Nahuel mon ami mon frère de toujours, même au Canada, même si on ne se voit plus très souvent quand je te revois rien ne change et ne changera jamais.
À ma Hélène d'amour, qui me soutient vaille que vaille et avec qui je me sens en sécurité et en harmonie depuis toutes ses années.
À mon Gros Matt d'amour qui me permet de garder les pieds sur terre et de profiter de chaque instant.
À ma Jouuuuj ou grand frite molle qui me supporte depuis tant d'année, et qui rigole toujours à mes blagues pourries, et avec qui je peux toujours parler ouvertement sans aucun jugement.

À mon Anananamais, même si tu es loin tu es la colocataire de mes rêves, celle avec qui je peux créer des chansons et des jeux sans m'arrêter.
À ma Sauvageonne malgré nos différences tu restes une de mes amies les plus proches et avec qui je peux être moi-même.
À ma Camoune qui est la plus douce et la plus mignonne, et qui viendra toujours me voir ou que je sois pour me rassurer et surtout me faire rigoler.
À ma Marylou d'amour, qui n'a jamais été une amie partiellement partielle et qui a toujours la vanne qu'il faut quand il faut.
À mon Quentou qui me sauve de toutes les situations improbables, si je devais faire un cambriolage et brouiller les pistes tu serais mon acolyte.
À Momo et Quentin qui m'avaient épaulé et montré que la vie à deux en étant heureux ce n'est pas si compliqué.
À Isou, depuis le collège à chaque fois que je viens chez toi je me ressource, et j'admire ta sérénité à tout épreuve.
À Toto mon élano, parce que je me créerai un dossier médical spécial toto et que je veux bien être ton faux médecin généraliste.
À Clemou tu es trop loin mais je crois que grâce à nos idées et nos façons de vivre on restera toujours liées.
À Axel, je t'ai retrouvé grâce au mariage de M&Q comme avant tu m'as corrigé mes écrits^^ c'était cool de planifier et organiser avec toi et de redécouvrir ton imagination débordante.
À Bobby le photographe bientôt j'afficherai une photo de toi chez moi.
À Adri ou Adolf ou Carlos, parce que tu prends la mouche et que t'es atta-chiant.
À Adri -lèche, si le monde s'écroulait je te prendrais dans ma team de survie.
À Cassou tu es toujours sur-excitée à l'écoute et prête à rigoler.
à tous les autres avec qui j'ai plein de souvenir ,Max le cadavre ,Farcot le low , à Pierre la grosse peine, à Vince la pince, Lucie l'intello, à Maité la baskounette, à Mathieu Chabaud l'aventurier ,à Yann l'excessif, à Céline la blonde belge, à Antoine B qui me voit encore comme une coco engagée, à Marie la seule qui a assez de répartie pour contenir Quentou, à Clément qui se moque mais que je pardonne car tu fais rire Camoune tous les jours, à Laetitia avec ton sourire radieux et ton calme apparent à toutes épreuves, à Popo Macha Momo et Jeanne c'est avec vous que j'ai commencé cette aventure et je ne vous oublie pas, et je suis toujours contente de vous voir même si ce n'est pas souvent. Mais aussi à Simon, à Elodie, à Jo, à Flav, à Pauline, à Alo, à Léa, à Gaele, à Martin que je connais moins mais qui soutiennent mes amis et pour ça je vous en remercie.

À mes copains de Hendaye, Jo, Shrek, Mathilde, Léo, Clem-Clem, les Durets on ne se voit plus trop mais je pense à vous souvent.

À mes copains de lycées, la T12, Yannick, Alex, Steph, et Salim qui tape l'incruste, on ne se voit plus assez mais je sais que je peux compter sur vous.

À mes copains de la fac, Samy toujours prêt à tout et surtout à l'aventure, à Magalouche ma petite enfant sauvage qui est trop loin de moi (si tu veux je te négocie un poste dans le Sud Est ^^), à Aidouche qui a toujours le sourire et qui voit le côté positif partout !
à Ludivouche qui a toujours des idées et une réponse pour chaque problème même quand on vit dans une voiture, à tous les autres : Benquey mon super ami ^^ , à Carlito qui n'est jamais là , à Jojo le gros cliché asiatique , à Raph qui n'a aucune limite , à Sophie A ok tu seras toujours la première ^^, Marion princesse , Loulou la grenade , Alice le garçon manqué, mont'Anne, et Julie la toujours happy, à la Gaufre, à Fradet gros N..., Emmanuelle, Marine , Valérie,...

À la team Salamanca, Cara Bonita et Nicolouche mes acolytes, Carolouche ma sauveuse qui traverse les années, Amandouche ma motarde qui réalise chacun de ses rêves, Sarita Chiarita y Diego espero que nos vemos pronto !

À l'iMM, Sabine ma première co-interne avec qui j'ai survécu dans cette chambre étrange, Luc, Stephanie, Amalia, Claire, Manue, Sylvie, et toutes les équipes avec qui j'ai évolué durant mon premier semestre et avec qui j'ai bien rigolé,

À la Team des urgences d'Avignon et de l'internat, ma Stephou avec qui je ne m'ennuie jamais et avec qui je peux parler sans m'arrêter pendant des heures, Martino mon coloc et mon cadre pendant 6 mois compliqués de ma vie, Jeannette la plus optimiste de la bande, Pierre probablement la personne la plus drôle et la cynique que je connaisse, à Juju qui râle comme calimero, à Fred le padre qui sait profiter de chaque instant, à Marion avec qui les lanternes s'envolent toujours, à Adela et Noémie les inséparables avec qui les soirées incrustes et improbables ont été nombreuses, à Ismaa avec son sale caractère, à Mathieu qui supporte les potins et les discussions beaucoup trop girly, à Riri avec qui il n'y a jamais de verre de trop et avec qui j'espère partir en voyage bientôt, à Lucie et sa bonne humeur, à Jacques, Sarah, Chartier, Christophe, Claire, Chloé, Ludo, Fanny, Benoit, Valérie, Lauriane, Victorine, et tous les autres qui m'avaient tant appris.

Au cabinet de Real Panier, Julie, Hervé, Gaétane, François et surtout Danielle qui m'avaient appris beaucoup et surtout l'importance d'une bonne ambiance au travail pour réussir à tenir dans notre métier qui n'est pas toujours facile,

À l'équipe des Urgences pédiatriques de la Timone, c'était difficile mais j'ai pu traverser ça grâce à toi Olmi et heureusement qu'on avait le soutien de AG et tous les autres, mais maintenant je ne me rappelle que les bons souvenirs avec Pailhous, Boutin, Bremond et Moreau.

Au service de A2sud d'Avignon, Celia ma future collègue avec qui il me tarde de changer les choses en gériatrie, à Jérémie, à Claudia, à Zouzou, à Pauline, à Dr Bellahmer, à Marion, à Gaelle, à Delphine, à Thibault, à Raliah, à Paul, à Maéva, à Marine, à Dr Nachar, à Virginie, à Assia, à tout ce service qui m'avait tant apporté, et même si la plupart ne veulent pas rester, vous êtes une équipe qui déchire.

À l'HDJ mémoire et l'HDJ fragilité toulousain, Gaelle, Thomas, Cécile, Marion, Adeline, Sabrina, Brigitte, Audrey, Dr Chicoulaa, Zara, Kévin, Emeline, Léo, Julie, Odile, Arnaud, Céline, Dr Ghisolfi, Dr Sastre, Nadège, Dr Lala, Sandrine, Camille, Jackie, Fanny, et tout le reste de l'équipe vous avez été supers.

À Renato et Louise mon couple de hippie adoré et toujours ultra motivé, vous avez été une rencontre inattendue durant une aventure incroyable.

À Aurélie notre rencontre a été brève mais dès le début ça a été très potin et aventure en tout genre.

À ma belle-famille, Servane, Sébastien, Alex et Béatrice qui nous soutiennent au quotidien et avec qui chaque moment est chaleureux et plein de vie,

À mon amour Antoine, ta rencontre a changé ma vie, et je suis heureuse de t'avoir tous les jours à mes côtés.

Sommaire

I	INTRODUCTION.....	4
II	MÉTHODOLOGIE.....	6
1	LES DIFFÉRENTS TYPES D'APPROCHE EN ANALYSE QUALITATIVE.....	6
1a.	La théorisation ancrée.....	6
1b.	La biographie.....	6
1c.	L'ethnographie.....	6
1d.	L'étude de cas.....	7
1e.	La phénoménologie.....	7
2	LE CHOIX DE L'ANALYSE PAR "THÉORISATION ANCRÉE".....	7
3	CONSTITUTION DES ECHANTILLONS.....	7
3a.	Population d'étude.....	7
3b.	Échantillonnage des patients.....	8
4	CHOIX DE LA TECHNIQUE DES ENTRETIENS SEMI DIRIGÉS.....	8
4a.	Grille d'entretien.....	8
4b.	Déroulement des entretiens.....	9
5	L'ANALYSE DES RÉSULTATS.....	9
5a.	Retranscription.....	9
5b.	L'anonymisation des données.....	9
5c.	Le codage.....	10
5d.	L'analyse des données.....	10
6	DÉONTOLOGIE.....	10
6a.	Comité d'éthique.....	10
6b.	C.I.L.....	11
III	RÉSULTATS DES PATIENTS.....	11
1	Données générales de la population étudiée.....	11
2	Schéma des résultats.....	11
3	Être âgé.....	13
3a.	Être vieux c'est avoir une conduite dangereuse.....	13
3b.	Être vieux c'est être malade.....	13

3c. Être malade ne dépend pas de l'âge.....	14
3d. Peu de risque de conduite chez la personne âgée, tolérance de la conduite chez la personne âgée, sentiment d'empathie	14
3e. Amélioration à tout âge.....	14
3f. Le médecin généraliste s'exclut du groupe des personnes âgées.....	15
4 Société	15
4a. Danger pour les autres	15
4b. La conduite est un problème sociétal/vision médico-sociale.....	15
4c. Échec de la prise en charge sociale de la conduite automobile de la personne âgée	16
4d. Désacralisation de la conduite / aptitude à la conduite	16
4e. Rapport politique/économique	16
4f. Alternative à la conduite /technologique/manque	17
5 Procédure et Loi	17
5a. Échec de la prise en charge par manque de procédure	18
5b. Nécessité / interdiction par la loi / systématisation	18
5c. Loi stigmatise	18
5d. Importance du secret médical / Ne pas dénoncer le patient.....	18
5e. Le médecin ne peut être juge et parti.....	19
5f. La conduite est dangereuse quelque soit le trajet	19
6 Représentation de la conduite	19
6a. Besoin de la conduite.....	20
6b. Être enfermé immobile / la voiture c'est la liberté	20
6c. Conduire c'est avoir une vie sociale	20
6d. L'autonomie et la voiture	20
6e. L'amour de la conduite.....	21
6f. Image de la conduite.....	21
7 Médecin généraliste soignant/responsable	22
7a. Le médecin juge la maladie	22
7b. Responsabilité du médecin généraliste dans la conduite automobile du patient ..	23
7c. Parcours de soins et médecin généraliste	23
7d. Être un filtre	24
8 Médecin généraliste protecteur / lié au patient	24
8a. Lien avec le patient	24
8b. Responsabiliser le patient.	25
8c. Sortir du cadre	25
8d. Centre de la vie du patient	26
8e. Échec.....	26
9 Communication/relation médecin patient.....	26
9a. Acceptation	26

9b. Manière	27
9c. Relation médecin patients	28
10 Entourage du patient	28
10a. La famille.....	28
10b. Alliance médecin généraliste avec l'entourage	29
10c. Importance des aides extérieures	29
10d. Difficulté, isolement.....	29
11 Ressenti du patient	30
11a. Prise de conscience.....	30
11b. Pluri-thématique	30
11c. L'attitude	30
11d. Responsabilité du patient ?	31
11e. Image de soi	31
IV DISCUSSION.....	32
1. Validité de l'étude	32
1a. Forces	32
1b. Faiblesses.....	33
2. Comparaison avec la littérature	34
2a. Thèse sur les troubles cognitifs et la conduite	34
2b. Thèse sur le vécu de l'entourage.....	36
2c. Thèse sur le vécu des patients âgés	37
2d. Thèse sur les facteurs de risque d'accident de la route chez les sujet âgés	38
2e. Articles scientifiques.....	39
3 Comparaison des résultats en fonction des médecins.....	40
3a. Grands axes communs.....	41
3b. Différences d'opinion.....	41
4 Perspectives	42
4a. Le médecin généraliste	42
4b. Gouvernement.....	43
4c. Cadres/formations	43
4d. Une solution, plusieurs acteurs.....	44
V CONCLUSION.....	46
VI BIBLIOGRAPHIE	48
VII ANNEXES	51

I INTRODUCTION

La sécurité routière est un sujet d'actualité important pour le gouvernement : En effet, 3684 personnes ont perdu la vie sur les routes de France en 2017 (-1,4 %), dont 3 448 en Métropole (-0,8 %) et 236 en Outre-mer (-9,6 %).

La mortalité a toutefois baissé de 54 décès par rapport à 2016 (-29 en France métropolitaine, -25 en Outre-mer), mais même si le risque zéro n'existe pas, la diminution du nombre de tués sur les routes reste un enjeu majeur pour l'État.

Les personnes tuées sur la route sont catégorisées selon leur âge, et les « seniors », qui sont plus nombreux et en meilleure santé qu'autrefois, sont de plus en plus concernés par cette mortalité.

Mais qui sont les seniors ? L'O.M.S (Organisation Mondiale de la Santé) définit la personne âgée comme ayant plus de 65 ans. Cette catégorie représente actuellement 19% de la population en France, la conduite automobile des personnes âgées est donc un sujet de santé publique à part entière.

En 2012, le Sénat s'est réuni pour discuter une proposition de loi visant à instituer une évaluation médicale à la conduite pour les conducteurs de 70 ans et plus. Mais, du fait de la difficulté à établir un lien entre le risque sur la route et l'âge, la loi n'a pas été votée. Par ailleurs, certains sénateurs ont souligné le risque de perte d'autonomie pour une partie de la population, notamment celle vivant en milieu rural.

D'autre part, compte tenu de cette population vieillissante et en meilleure santé, le gouvernement souhaite préserver le vieillissement actif, c'est-à-dire créer des conditions

favorables pour que le sujet âgé de plus de 65 ans puisse participer pleinement à la vie en société.

Les chiffres de la mortalité concernant les personnes âgées sont importants. 25 % des morts sur la route étaient des « seniors » en 2017 : des piétons, mais également des sujets âgés au volant d'un véhicule.

Le Comité National de la Sécurité Routière (CNSR) a pour mission de faire baisser le nombre de morts par an sur la route. L'objectif de ce comité est de ramener ce nombre à 2000 par an avant fin 2020. Un des axes principaux mis en œuvre pour atteindre cet objectif de 2017 à 2020 est basé sur : "Conduite et Santé".

Sur le site du Ministère de l'Intérieur (www.interieur.gouv), dans la partie consacrée à la sécurité routière, on trouve des conseils destinés aux usagers seniors de la route. Ces conseils sont souvent liés à de possible(s) pathologie(s) ou à des prises de médicaments, et donc renvoient le patient vers les médecins, et la plupart du temps le médecin traitant.

En octobre 2012, une brochure est créée, intitulée : « *Pour une conduite adaptée à sa santé. Médecin : quel est votre rôle ?* ».

Elle a été réalisée par le gouvernement et la Sécurité Routière, et avec la participation de l'Ordre National des Médecins. Cette brochure a normalement été envoyée à chaque médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins et installé en cabinet. Elle rappelle les pathologies, et leurs stades respectifs, qui empêchent le patient de conduire, ou en tout cas qui nécessitent un aménagement.

Cependant, pour les médecins généralistes qui se retrouvent face à un patient malade et à risque selon les critères listés dans la brochure, il n'est pas toujours facile de prendre une décision. Et surtout la question de la manière dont les médecins doivent s'y prendre pour aborder le sujet avec leur patient se pose.

L'objectif de ce travail est donc de savoir quel est le ressenti des médecins généralistes confrontés à des situations de seniors conducteurs, et quel rôle ont ces médecins généralistes dans la conduite automobile des personnes âgées actuellement.

II MÉTHODOLOGIE

1 LES DIFFÉRENTS TYPES D'APPROCHE EN ANALYSE QUALITATIVE

De manière générale, la méthode qualitative est décrite comme la recherche du vécu, du ressenti.

« Les écrivains conviennent que l'on entreprend la recherche qualitative dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, leur analyse inductive, met l'accent sur la signification de participants, et décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage » Creswell, 1998.

Il y a différentes techniques d'investigation, différents concepts méthodologiques : La méthode dite de "théorisation ancrée", la biographie, l'ethnographie, l'étude de cas et la phénoménologie.

1a. La théorisation ancrée

La méthode dite de "théorisation ancrée" peut se caractériser par la conceptualisation des données empiriques. La méthode est un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et un processus de théorisation¹.

1b. La biographie

La biographie a pour but d'avoir une lecture complète du parcours de vie d'un individu (de sa naissance au moment de l'enquête).

1c. L'ethnographie

L'ethnographie, utilisée par les anthropologues, permet de présenter et de décrire les coutumes et plus largement, la culture d'un peuple en vue d'en dresser la « carte d'identité ».

¹ http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-15/hs-15-Meliani.pdf

1d. L'étude de cas

L'étude de cas est déjà largement reconnue par la communauté scientifique pour sa contribution aux recherches de type exploratoire et à la compréhension de facteurs difficilement mesurables, de même que pour son action synergique avec d'autres stratégies de recherche².

1e. La phénoménologie

La phénoménologie permet au chercheur d'explorer l'expérience de participants, le sens qu'ils donnent à leur expérience et les mécanismes psychologiques sous-jacents. C'est une approche reconnue en psychologie.

Pour ma question de recherche le recours à la méthode qualitative m'a paru évident car j'explore un rôle, un choix, un ressenti pour les médecins généralistes.

J'ai donc étudié des données subjectives.

2 LE CHOIX DE L'ANALYSE PAR "THÉORISATION ANCRÉE"

Parmi tous ces choix, mon choix s'est porté sur la méthode dite de "théorisation ancrée".

J'ai constitué avec l'aide de ma directrice de thèse un guide d'entretien avec des notes et les pistes à suivre (Cf. Annexes 2,3,4,5).

Ceci m'a permis d'adapter mes objectifs de recherche, tout au long de mon travail et d'insister sur des sujets plus précis, grâce à des questions qui étaient adaptées et me permettaient d'avoir de nouvelles informations.

3 CONSTITUTION DES ECHANTILLONS

3a. Population d'étude

La population d'étude est composée de patients majeurs, sans spécificité de sexe, de tout âge, qui sont médecins généralistes installés, citadin ou non, afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible des médecins généralistes de la région PACA.

² http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero32%281%29/rq-32-1-Alexandre.pdf

Le seul critère d'exclusion était d'être un médecin remplaçant.

Pour rester conforme à la méthodologie de la recherche qualitative, l'échantillon de personnes interrogées devait être diversifié.

3b. Échantillonnage des patients

Les patients ont été recrutés de plusieurs manières. L'échantillonnage a en partie été réalisé d'abord avec des médecins que je connaissais, mon ancien maître de stage ainsi que ses associés.

J'ai également demandé l'aide de mes anciens collègues internes, qui m'ont indiqué leurs anciens maîtres de stage, et leurs associées.

Enfin deux médecins ont été contactés par téléphone et ont accepté directement.

De cette manière le recrutement a été effectué par la méthode de proche en proche.

4 CHOIX DE LA TECHNIQUE DES ENTRETIENS SEMI DIRIGÉS

L'entretien individuel semi-dirigé vise à collecter des données en interrogeant les participants en face-à-face par des techniques de conversation. L'entretien est alors structuré à l'aide d'un guide d'entretien reprenant la liste de questions ouvertes ou une liste de sujets à aborder au cours de la discussion. L'utilisation d'un tel procédé, dans le contexte de la recherche en soins de santé, est justifiée lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, l'attitude et le vécu. Cette technique est utilisée chez les populations difficiles à déplacer et qui manquent de temps, ce qui me paraissait adapté pour les médecins généralistes dans leur cabinet.

4a. Grille d'entretien

La grille contenait des questions ouvertes, le plus neutres possibles, pour ne pas influencer les réponses qui suivaient.

Le questionnaire était divisé en trois parties :

Une partie commune à tous les médecins interrogés, avec 4 questions (annexe 2).

Puis en fonction de la réponse à la question : « Avez-vous déjà conseillé un patient de ne plus conduire ? », si le médecin répondait oui, il y avait une feuille avec une trame de 5 questions adaptées (Cf. Annexe 4).

Si le médecin répondait non, il y avait une feuille avec une autre trame de 7 questions (Cf. Annexe 3). Durant l'entretien il était nécessaire de s'adapter au déroulement spontané, et

donc de modifier quelques questions. Des questions de relance étaient notées aussi sur cette grille (en italique dans les annexes).

Cette grille n'a pas été fixe et a évolué au long des entretiens pour permettre un recueil de données plus productif.

À la fin des entretiens, un questionnaire quantitatif était proposé pour classer la population interrogée (Cf. Annexe 5).

4b. Déroulement des entretiens

Avant tout entretien, j'ai convenu avec la personne interviewée d'un lieu et d'un horaire à sa convenance.

Le consentement a été recueilli par écrit, par signature d'un formulaire de consentement (Cf. Annexe 1). Une notice d'information (Cf. Annexe 6) a ensuite été distribuée, afin de leur expliquer les tenants et les aboutissants de ce travail de recherche.

Les caractéristiques socio démographiques des médecins généralistes ont été relevées par questionnaire oral, après chaque début d'entretien semi dirigé (Cf. Annexe 5)

Chaque entretien a intégralement été enregistré (fichier audio) à l'aide d'un dictaphone et d'un téléphone.

5 L'ANALYSE DES RÉSULTATS

5a. Retranscription

Les enregistrements audios des entretiens semi dirigés ont été intégralement retranscrits, mot à mot, à l'aide du logiciel Open Office, par un seul chercheur.

Le langage non verbal (rires, pauses, silences, ...) a été précisé afin de faciliter la compréhension du texte.

5b. L'anonymisation des données

Les données ont été rendues anonymes lors du travail de retranscription.

Aucun nom n'a été utilisé. 4 chiffres et 2 lettres ont été attribués à chaque personne.

Toutes les informations permettant de reconnaître quiconque (noms, prénoms, lieux, éventuelles dates, ...) ont été remplacées par la lettre "X" lors de l'étape de retranscription.

À l'issue de ce travail de thèse, les fichiers audios seront détruits.

5c. Le codage

Le codage a été réalisé au fur et à mesure de la réalisation des entretiens.

Le codage final est le résultat d'une mise en commun des données interprétées, individuellement, puis avec un membre de ma famille neutre, qui ne connaissait aucun des médecins interrogés, afin de réaliser un double-codage.

Pour chaque entretien, chaque phrase ou partie porteuse de sens a été codée, et a abouti à la réalisation mots clés appelés "codes".

La réalisation des entretiens s'est arrêtée lorsque la saturation des données a été atteinte, lorsqu'il n'y a plus de génération de nouveaux "codes".

5d. L'analyse des données

Selon la méthode de la théorisation ancrée ou "grounded theory", selon Glaser et Strauss, l'analyse des données a été réalisée en trois temps :

Dans un premier temps, pour chaque entretien, un codage ouvert a été réalisé : chaque phrase ou partie porteuse de sens a été codée. Cela a permis de créer des mots clefs nommés "codes".

Dans un deuxième temps, un codage axial a été réalisé. Cela a consisté à regrouper les codes ouverts en des catégories principales.

Pour terminer, un encodage matriciel a été réalisé, avec l'aide d'un troisième chercheur, la directrice de thèse.

Ce dernier a permis de mettre en lien les familles de codes, catégories, pour construire un nouveau modèle.

6 DÉONTOLOGIE

6a. Comité d'éthique

Ce travail de recherche a été soumis pour avis au Comité d'Éthique de l'Université d'Aix-Marseille.

6b. C.I.L.

Ce travail de thèse a été déclaré au C.I.L (Correspondants Informatique et Liberté) de l'Université d'Aix-Marseille. Cette déclaration, en application de la loi numéro 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, a fait l'objet d'une inscription au registre tenu au sein de l'Université d'Aix-Marseille.

III RÉSULTATS DES PATIENTS

1 Données générales de la population étudiée

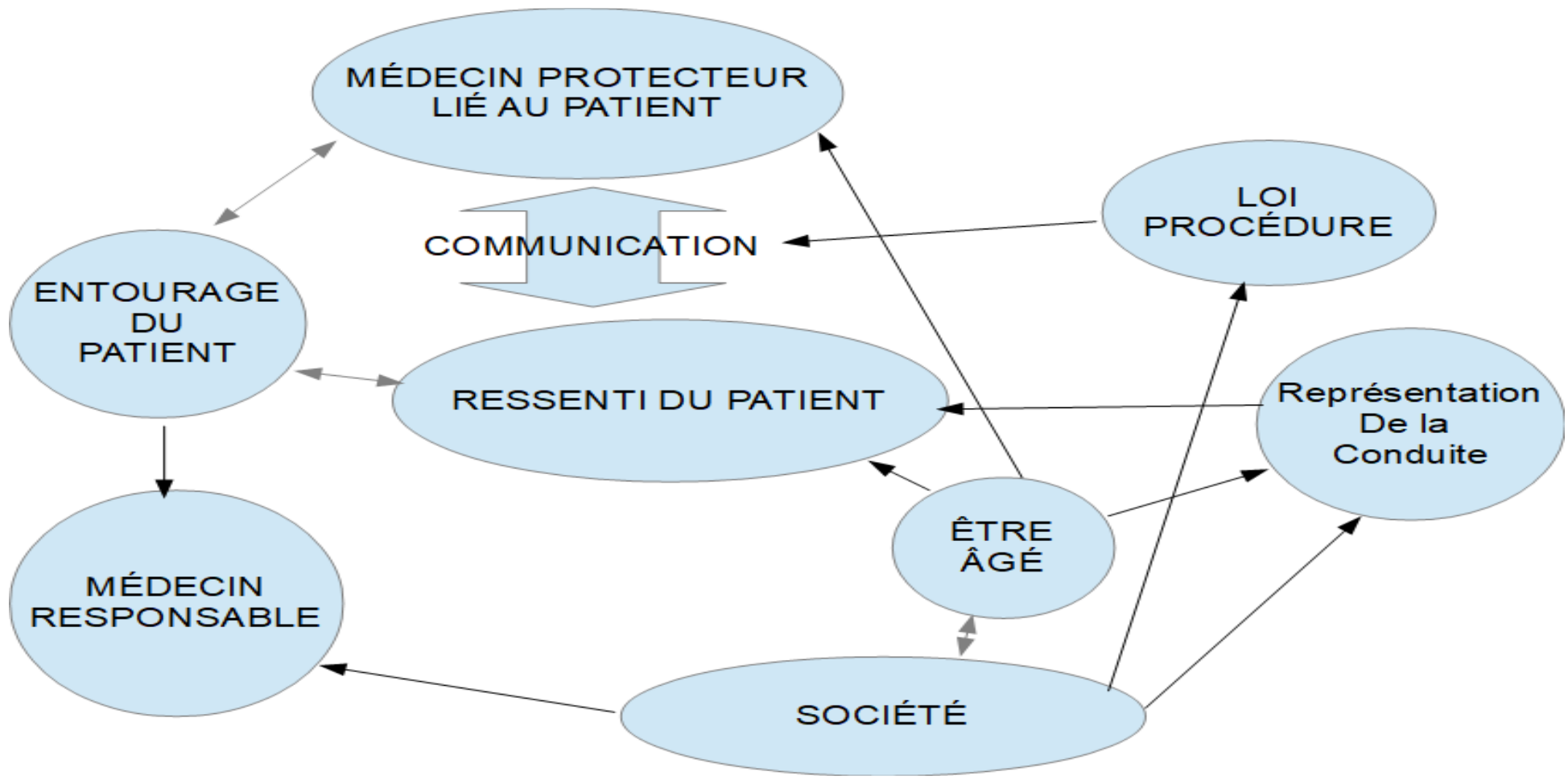
Les entretiens ont eu lieu du premier avril 2019 au 2 juillet 2019.

Au total 16 médecins ont été interrogés, dont 7 femmes et 9 hommes. Les médecins interrogés pouvaient être installés dans 3 départements différents, le Var (83), les Bouches du Rhône (13), et le Vaucluse (84).

Les médecins avaient entre 29 et 67 ans, ils étaient installés depuis au moins 8 mois ou depuis 40 ans.

Deux des médecins avaient une capacité de gériatrie et pouvaient donc être plus à l'aise sur le sujet.

2 Schéma des résultats



3 Être âgé

3a. Être vieux c'est avoir une conduite dangereuse

Certains médecins pensaient que le simple fait d'être une personne âgée impliquait une conduite dangereuse.

« Parce que on voit beaucoup de gens, de gens quand on roule et quand on regarde qui est au volant, c'est souvent une personne âgée, quand il y a des problèmes. »

02-RG-06

D'autres, sans le dire directement, démontrent qu'être jeune c'est être en bonne santé et donc bien conduire.

« Des personnes qui pensent dans leur tête qu'ils ont encore 20 ans, alors que clairement ce n'est pas du tout le cas » 02-DV-01

3b. Être vieux c'est être malade

Pour d'autres, sans parler directement de conduite, le fait d'être vieux impliquait systématiquement le fait d'être malade.

« Ce qui me vient tout de suite à l'esprit, c'est ces personnes qui deviennent handicapées entre guillemets, qui ont un handicap soit sensoriel, soit cognitif » 02-

SH-03

Sans parler véritablement de maladie, d'autres parlent de changement d'aptitude, de statut, avec l'âge :

« Ils ne sont pas habitués à ce qu'il y ait grand monde sur les routes, et là c'est plus difficile à gérer... Et les personnes âgées roulent doucement très souvent, et ils sont beaucoup trop lents par rapport aux vitesses autorisées. » 02-RG-06

3c. Être malade ne dépend pas de l'âge

A l'inverse, d'autres différencient être âgé et être malade. Il n'y avait pas d'âge précis mais plutôt des pathologies qui entraînaient des risques pour la conduite automobile.

« Ça ne dépend pas que de l'âge civil mais de son âge un peu physiologique, enfin pathologique plus ou moins on va dire. »02-BJ-05

*« Ben non, moi c'est plutôt sur les déficiences en fait, c'est pas l'âge qui fait le truc. »
02-RL-13*

3d. Peu de risque de conduite chez la personne âgée, tolérance de la conduite chez la personne âgée, sentiment d'empathie

Certains praticiens ne voulaient pas que l'on stigmatise les personnes âgées. Ils prônent plutôt la tolérance envers leur conduite, car ils ne la jugent pas dangereuse.

« La première chose, c'est que je crois que statistiquement c'est que le plus de morts c'est lié aux jeunes et pas aux vieux. Hein ? » ... « Ceux qui ont 90 ans, ils roulent doucement, ils n'ont pas beaucoup d'accident, ils font chier les autres, c'est tout, »02-DL-02

Une autre fait preuve d'empathie, et se sent gênée de prendre une décision.

« Moi ça me gêne toujours quand même parce que je me mets à leur place et je me dis ça va quand même être difficile pour lui... »

« Pas un vrai permis de conduire parce que, moi-même je ne suis même pas sûre que je repasserai quoi en fait. » 02-BC-15

3e. Amélioration à tout âge

Un des médecins pense qu'à tout âge il est possible d'apprendre ou de ré apprendre :

« De faire des stages de ré-accréditation pour justement rappeler, refaire les réflexes, pour pouvoir être rassuré, tout bêtement... refaire un peu des stages, quelques

heures, 5-6 heures de conduite, pour justement être réaccrédité et corriger les situations de potentiellement mise en danger » 02-DV-01

3f. Le médecin généraliste s'exclut du groupe des personnes âgées

D'autres médecins ne se sentent pas concernés personnellement et se différencient des personnes âgées.

« Je pense que cela ne leur pose pas de soucis particuliers.

C'est leur ressenti à eux, c'est ça ?

Je pense que pour eux il n'y a aucun problème, il n'y a aucune crainte.

Il n'y a aucune demande de la part des patients, sur le « est-ce que vous pensez que je puisse continuer à conduire ? » » 02-CD-10

4 Société

4a. Danger pour les autres

Nombreux sont les médecins qui pensent que la conduite automobile de la personne âgée est dangereuse pour eux, pour les autres, pour la société.

« Effectivement 90 ans, on s'en fiche, ou 85 ans on s'en fiche, mais... C'est sûr que c'est euh..., c'est pour euh... ceux qui sont en face, ouais. » 02-BC-15

« On a une vision sociale des choses, on pense qu'il y a un danger pour la société.

On a toujours peur qu'ils déclenchent un accident avec des conséquences graves bien sûr. » 02-SH-03

4b. La conduite est un problème sociétal/vision médico-sociale

Le danger pour les autres implique pour la plupart des médecins interrogés que la conduite est un problème médico-social.

« Il faut une campagne d'information qui soit suffisamment psychologue pour pas que ce soit vécu comme une restriction et encore une attaque chez les retraités. »

02-DP-09

« Nous, médecins, on a une vision médicale des choses, et on a en plus une vision sociale. » 02-SH-03

4c. Échec de la prise en charge sociale de la conduite automobile de la personne âgée

Certains médecins pensent que l'Etat français n'est pas encore au point dans la prise en charge de la conduite automobile chez la personne âgée.

« Mais c'est d'avoir une ordonnance la plus légère possible, ça s'améliore encore, enfin y a encore du boulot par rapport à d'autres pays. » 02-DP-09

« La santé publique en France, on est très en retard, donc là on est à fond dans un thème de santé publique.

On dépense énormément dans les soins, mais y a peut-être plus à gagner dans des thèmes de santé publique. » 02-SH-03

4d. Désacralisation de la conduite / aptitude à la conduite

Une des solutions apportées et la mise en place d'un contrôle systématique pour rendre les restrictions ou les autorisations à la conduite mieux acceptées.

« Examen d'aptitude un petit peu médical dédié à la conduite pour leur dire « ben écoutez, vous êtes toujours aptes, donc très bien, tant mieux ».

Que toutes les personnes âgées adhèrent à un suivi un petit peu systématique. » 02-CD-10

4e. Rapport politique/économique

Le rapport sociétal se précise quand plusieurs médecins ramènent la conduite automobile à des rapports politiques, économiques et même écologiques au sein de la société.

« Dans mon idée, une personne âgée, elle va avoir une belle voiture, elle va acheter une belle voiture, si on lui restreint, y a un petit système qui s'effondrerait, je ne suis pas sûre qu'au niveau politique, sociétal, économique... ce soit dans la volonté politique, et même des gens, hum hum, voilà » 02-DA-07

« Après c'est politique, c'est un engagement financier comme toujours. » 02-EY-14

« Pour la planète, après, quelqu'un qui est en bonne santé, c'est ce que j'espère quand je serais retraité, être le plus souvent à pied ou à vélo et ne pas prendre la voiture, mais là c'est pour...

C'est une option écologique » 02-DP-09

4f. Alternative à la conduite /technologique/manque

Quelques médecins semblent confiants dans la technologie et les alternatives proposées pour prolonger la conduite automobile un peu plus longtemps.

« Ce qui a de bien maintenant c'est bien on a tous ces trucs, ces bip bip quand tu t'approches, tu vois, ça c'est intéressant quand même, c'est... La technique...

Bientôt on aura les voitures automatiques, on n'aura plus besoin de voir » 02-DL-02

Un autre pense qu'il y a des solutions dans les aides de l'Etat quand l'arrêt de la conduite est obligatoire.

« Et donc je m'appuie sur l'aidant là-dessus en lui disant ben justement... Pour proposer autre chose quoi. Proposer le taxi, le chauffeur, le allô bus. » 02-SH-03

Deux des médecins pensent qu'il manque d'alternative à l'arrêt de la conduite.

« Oui parce que ne plus avoir de voiture ça peut isoler, et parce qu'on est dans une région où les transports en communs ne sont pas très très bien développés, donc si on n'a pas de voiture on est bloqué chez soi » 02-DV-01

5 Procédure et Loi

5a. Échec de la prise en charge par manque de procédure

Après avoir parlé de la société, les médecins demandent un cadre de loi, qui d'après eux leur donneraient un pouvoir plus important.

« C'est pas moi qui vais dire non, arrêter de conduire de toute façon ça sert à rien, j'ai aucune... J'ai aucun pouvoir, aucun pouvoir décisionnel. » ... « Mais encore une fois, je me répète, ce serait tellement plus simple si c'était quelque chose qui était officialisé. »

02-EY-14

5b. Nécessité / interdiction par la loi / systématisation

Plusieurs médecins pensent qu'une loi, qui impliquerait un contrôle systématique, pas seulement pour les personnes malades ni âgées, serait nécessaire.

« Peut-être qu'il nous faudrait des outils pour pouvoir guider sur ce genre de consultation et être plus systématique là-dessus. » 02-CD-10

« La seule chose qu'il faudrait mettre en place c'est... Encore une fois c'est du domaine public, c'est mettre en place, ce qu'ils font aux États-Unis depuis des années, c'est-à-dire de faire passer le... un test tous les 5 ans, d'aptitude c'est tout... Même tous les 5 ans pour tout le monde. » 02-EY-14

5c. Loi stigmatise

Alors que d'autres pensent qu'une loi serait trop stricte, qu'être systématique serait pénalisant.

« Donc, je ne sais pas, il ne faudrait pas un système, malheureusement dans les systèmes, c'est trop rigide, qui serait trop rigide.

Partir sur un système, on les vérifie tous après 65 ans, et puis on va les recalculer.

Je pense que ça serait un peu de trop. » 02-DP-09

5d. Importance du secret médical / Ne pas dénoncer le patient

Beaucoup de médecins ont insisté sur le secret médical, et le fait de ne pas dénoncer qui fait partie de leur rôle de médecin traitant.

« Non, je pense que c'est un peu délicat, par rapport au secret médical, donc non ça je ne le fais pas.

Y a que si voilà c'est la famille qui est en consultation, là oui, mais sinon non. » 02-DA-07

« Parce que nous, je veux dire, on ne va pas dénoncer les gens en fonction des pathologies, je veux dire c'est pas possible. » 02-WA-12

5e. Le médecin ne peut être juge et parti

Quelques médecins pensent qu'ils sont trop impliqués avec leurs patients et que leur objectivité serait sans doute compromise.

« C'est un peu, y a une part de subjectivité quand même... Donc euh, c'est difficile d'être... Y a des cas qui sont très clairs, d'autres qui sont douteux, on ne peut pas trancher de manière très très catégorique hein ? » 02-GA-16

« Je pense que quand on est ... Des fois on a du mal à les voir en fait, déjà en fait de ne plus être apte à conduire en fait je pense que y a ce... Un petit côté on ne voit plus, quand on est un peu attaché à nos patients des fois on se dit « zut » ça nous gêne » 02-BC-15

5f. La conduite est dangereuse quelque soit le trajet

Des médecins rappellent que si un patient est dangereux dans la conduite, il l'est sur n'importe quel trajet, et donc renvoient à un cadre, des règles.

« Si vous êtes dangereux au volant, que vous fassiez 5 km ou 500 km, vous êtes dangereux je veux dire. » 02-SP-11

6 Représentation de la conduite

6a. Besoin de la conduite

Pour beaucoup de praticiens, la conduite est une nécessité, un besoin.

« Y a beaucoup de gens qui habitent dans des quartiers excentrés, voire dans des lotissements, enfin à l'extérieur, qui ont un besoin absolument indispensable de leur voiture, ne serait-ce que pour faire leurs courses, et puis pour aller rencontrer leurs amis, enfin pour euh... » 02-SP-11

6b. Être enfermé immobile / la voiture c'est la liberté

Pour des médecins, ne pas pouvoir conduire entraîne une immobilité forcée du patient.

« Mais oui, ça a été dur pour elle, c'est une femme qui avait conduit toute sa vie...

Et là d'un coup elle se retrouve le cul sur une chaise. » 02-DL-02

Pour d'autres, la voiture représente un symbole de liberté.

« Quand on leur retire leur voiture, ça y est c'est fini la liberté, donc après je pense chez eux, ils restent chez eux, ça devient vraiment... Des fois la prison donc c'est compliqué. » 02-BC-15

6c. Conduire c'est avoir une vie sociale

Les médecins pensent que la voiture permet un lien social.

« Voilà, avoir une vie sociale en fait, qu'ils n'auraient pas s'ils n'avaient pas la voiture en fait. » 02-BC-15

« Y a beaucoup de gens qui habitent dans des quartiers excentrés, voire dans des lotissements, enfin à l'extérieur, qui ont un besoin absolument indispensable de leur voiture, ne serait-ce que pour faire leurs courses, et puis pour aller rencontrer leurs amis. » 02-SP-11

6d. L'autonomie et la voiture

Certains pensent que l'autonomie ce n'est pas que la voiture, que l'on peut être autonome sans la voiture.

« Être le plus souvent à pied ou à vélo et ne pas prendre la voiture, mais là c'est pour... » 02-DP-09

Alors que d'autres pensent que l'autonomie et la voiture sont liées chez la personne âgée :

« Ces patients-là, les derniers, ils allaient au restaurant une fois par semaine, en fait, tout seuls tranquilles, donc c'est vrai que c'est compliqué, en fait, quand on arrête ça, des fois, on arrête beaucoup de choses derrière quoi. » 02-BC-15

« Souvent ils voient ça de façon péjorative en disant « Ben, c'est une perte d'autonomie, je régresse etc. ça y est. » Voilà. » 02-SJ-08

6e. L'amour de la conduite

Des médecins généralistes parlent également du simple plaisir de la conduite en elle-même.

« Donc ils y allaient vraiment..., c'était un plaisir de faire un petit tour. » 02-BC-15

6f. Image de la conduite

Pour certains l'image de la conduite dépend du genre, ou du lieu de vie ou encore d'une époque connue par les personnes âgées.

« Pour eux, pour cette génération-là, c'est tout un symbole d'autonomie, d'indépendance » 02-MB-04

« Quand vous avez la femme qui est à côté (rires), une fois j'ai eu une femme qui se faisait conduire par son mari, mais le mari arrivait en consultation, c'est elle qui parlait pour lui, elle avait une efficacité cognitive qui était bien supérieure, par contre, là, pour conduire, c'est lui qui conduit » 02-MB-04

« En ville c'est pareil, ceux qui sont en ville et ceux qui sont à la campagne, le mec qui est à 5 km s'il ne conduit pas, il est seul quoi.

C'est sûr, ça a un impact la localisation des gens. » 02-DL-02

D'autres insinuent que la conduite implique un statut social :

« Ah ben la conduite je pense... euh..., on le voit bien avec l'actualité, je pense que, la voiture vous l'enlevez à des gens... ça... Ça définit une personne je pense enfin ça. » 02-SJ-08

Et enfin l'image de la voiture renvoie à l'ego et à l'image qu'on a de soi-même.

« Oui, je pense que ça a un impact, la personne se sent atteinte dans sa « fierté » entre guillemets, dans son intégrité, quoi... » 02-BJ-05

7 Médecin généraliste soignant/responsable

7a. Le médecin juge la maladie

Pour certains médecins, c'est le fait d'être malade qui implique d'avoir une conduite dangereuse.

« Ben disons que ça dépend de l'état général de la personne, de ses pathologies de ses antécédents.

Ça ne dépend pas que de l'âge civil mais de son âge un peu physiologique, enfin pathologique plus ou moins on va dire. » 02-BJ-05

Et donc l'absence de maladie qui entraîne l'aptitude à conduire

« Je vois mon oncle qui a plus de 70 ans passés mais il conduit toujours mais il est apte à conduire, mais il est en bonne santé en fait. » 02-DV-01

Plusieurs médecins procèdent à une hiérarchisation des maladies pour la conduite.

« ...souvent quand même ils n'ont pas trop de problème particulier.

Je veux dire ils ont pas... Alors si, ils ont peut-être un petit début de cataracte, et encore, ils n'ont pas trop de troubles visuels, de troubles auditifs ou quoique ce soit.

Ils sont quand même en bonne santé, maintenant... » ...

« Parce que on ne va pas se mentir, c'est surtout des patients qui ont des... des

troubles neuro... neuro cognitifs. » 02-SJ-08

7b. Responsabilité du médecin généraliste dans la conduite automobile du patient

En tant que médecin généraliste, certains pensent qu'ils sont responsables, notamment par le biais des prescriptions mais aussi dans le cadre de conseil de prévention.

« Je crois que c'est la première chose du rôle du médecin généraliste, c'est de voir dans les traitements ou dans les maladies qu'est ce qui peut nuire effectivement à l'autonomie, et à la conduite automobile. » 02-DP-09

Certains médecins se sentent responsables, mais ne sont pas sûrs que les patients les écoutent et donc préfèrent l'écrire dans le dossier ou se renseignent auprès des autorités.

Ils disent se protéger vis-à-vis de leur responsabilité.

« Donc du coup je lui ai informé des risques, on va dire, je me suis protégée moi. Dans le dossier en disant, en disant que j'avais informé le patient du risque qu'il prenait à continuer à... la conduite.

Et que j'ai déconseillée fortement » 02-SJ-08

D'autres pensent que ce n'est pas la responsabilité du médecin généraliste, de s'occuper de la conduite automobile de la personne âgée.

« Euh comment on pourrait faire ? Pffff ... J'ai envie de dire qu'il ne faut pas que ça passe par nous, parce que... euhhhh... on n'a pas, je pense, la relation euuuh, pour le faire parce que, bon, on voit que c'est très délicat en pratique, non peut-être à partir d'un certain âge une commission ou enfin...

C'est très délicat, hein ?

Mais peut-être une commission à partir d'un certain âge... » 02-DA-07

7c. Parcours de soins et médecin généraliste

Plusieurs médecins rappellent le rôle central du médecin dans le parcours de soins

et la santé du patient.

« Si on remplit trente-six mille dossiers, MDPH, APA, etc., ça c'est une chose mais pas particulièrement la conduite automobile. » 02-DP-09

7d. Être un filtre

Finalement plusieurs médecins pensent que le médecin généraliste pourrait peut-être faire un premier filtre dans la conduite automobile.

« On dise " Moi je pense que vous... que ce serait raisonnable de réétudier tout ça ? Est-ce que vous êtes d'accord ? "

Et s'il était d'accord, je pense qu'on pourrait le signaler. »02-WA-12

8 Médecin généraliste protecteur / lié au patient

8a. Lien avec le patient

Quelques médecins s'identifient au patient, et ressentent ce que les patients pourraient ressentir, ils font donc preuve d'empathie.

« Moi je suis diabétique, je vois pas trop mal mais enfin moins bien qu'avant quand même, j'entends plus pratiquement, tu vois, c'est très très dur à vivre. Mais en plus si on te dit qu'en plus de ça tu ne conduis pas. » 02-DL-02

Mais nombreux sont les médecins généralistes qui s'adaptent au patient, dans leur façon d'agir pour rechercher l'acceptation du patient.

« Oui on dépense de l'énergie à l'informer de l'aptitude nécessaire pour conduire.

Et donc là notre rôle, je pense que c'est justement de faire réévaluer la vue, faire réévaluer l'audition en les adressant chez l'ophtalmo, chez l'ORL, ça aide à la prise de conscience, que maintenant ça ne va plus quoi. » 02-SH-03

Plusieurs médecins font preuve de tolérance par rapport à la conduite chez les personnes âgées. Ils ne pensent pas que cela soit un réel danger.

« Moi, donc on pense tout de suite aux patients Alzheimer, donc, eux en général ils

se perdent mais c'est rare qu'il y ait vraiment des accidents graves, c'est des accrochages, des fautes d'attention. » 02-SH-03

Le lien entre le patient et le médecin généraliste engendre une angoisse du médecin pour prendre une décision pour le patient.

« Putain, moi j'ai peur de baisser le traitement, attends, tu te dis le mec il va conduire, putain, moi ça me ferait peur de faire ça et alors là tu es content d'avoir un neurologue pour baisser le traitement. C'est très compliqué les voitures. » 02-DL-02

« Je me dis « oulalalah », quand est-ce qu'il va falloir que je leur dise qu'ils ne peuvent plus conduire, ou... » 02-BC-15

8b. Responsabiliser le patient.

Plusieurs médecins essayent de responsabiliser le patient en le culpabilisant, et parfois même en lui faisant peur.

« Mais il faut expliquer les choses aux gens, par exemple un mec avec une hémianopsie par exemple, tu le prends tu lui dis « Allez regardez-moi, est ce que vous voyez mon doigt » « Non ? Alors vous voyez si y a un passager piéton qui vient vous l'écrasez » tu vois ? S'il n'est pas trop con il le comprend tu vois c'est... » 02-DL-02

8c. Sortir du cadre

Mais en connaissant bien leurs patients, plusieurs praticiens sont prêts à sortir du cadre légal si le patient devient vraiment dangereux.

« Mais y a un moment quand même, faut quand même dire ce qu'il se passe, donc le secret médical ok, mais si la personne a une maladie dégénérative cérébrale, neuro-vasculaire ou Alzheimer.

On est bien obligés de le dire, c'est normal. » 02-DP-09

« Ça j'avoue des fois je... je...je réagis pas comme ça, mais c'est pas bien hein, parce que je pense... que je romps le secret médical. » 02-BC-15

8d. Centre de la vie du patient

Plusieurs médecins généralistes pensent être au centre de la vie de leurs patients, et que leur avis a une grande importance dans la prise de décision du patient.

« Donc c'est compliqué et c'est normal, mais après je pense que c'est notre boulot, c'est notre travail à nous en tant que médecin généraliste, le premier interlocuteur de leur faire comprendre que c'est pas ... » 02-SJ-08

8e. Échec

Tous les médecins, pour des raisons différentes, passent à l'aveu sur le sentiment d'échec de la prise en charge de la conduite automobile chez la personne âgée.

« On est pas compétent parce que je pense qu'il faut faire des tests euuhh... psychomoteurs ou, j'sais pas... des trucs de réflexes, ou j'imagine un...

Un simulateur de conduite ou des trucs comme ça.

Moi je pense que nous on, on n'a pas les outils pour ré-évaluer euh. » 02-WA-12

« Ah c'est compliqué je pense.

Ben euh pfff... Moi je fais le MMS, mais euh bon le MMS ça reste du débrouillage donc c'est pas suffisant pour euh... se rendre compte si ils sont aptes ou pas...

Euh la vue moi j'ai mon examen de vue, mais je ne le fais pas forcément. » 02-BC-15

« Comment on peut faire sans porter atteinte au secret médical pour donc...

Donc après, il faut... c'est compliqué, voilà.

On n'a pas d'outils. » 02-SP-11

9 Communication/relation médecin patient

9a. Acceptation

Les médecins recherchent l'acceptation du patient grâce à diverses techniques de communication.

Un des médecins généralistes pense à la valorisation de la conduite pour que le patient accepte mieux les conséquences.

« Et chez eux ils avaient le permis encadré, tu vois, ça veut dire j'ai le permis mais je conduis plus quoi, et ça c'est la meilleure façon de faire. » 02-DL-02

Un des médecins pensent que l'honnêteté fonctionne bien :

« Oh moi je dis les choses, hein ? » 02-MB-04

Un autre préfère la négociation avec le patient

« Et là ben justement, en ayant posé la question, j'aborde le sujet et je dis que c'est dangereux alors je dis « quel trajet faites-vous ? » et j'essaye déjà de négocier des trajets connus, courts ». 02-SH-03

Un encore joue, théâtralise la communication pour se faire entendre.

« Ça dépend de la personnalité du patient ou de la patiente, moi souvent, moi ce que je fais, je, comme dans beaucoup de situations, je fais semblant de réfléchir, je sais très bien que je ne peux pas lui conseiller d'arrêter de conduire.

Souvent j'ai mon interne à côté, ça me facilite les choses, je me tourne vers mon interne et je dis « Mais ça me pose quand même problème parce que... » et voilà, je réfléchis à haute voix, je développe mes arguments, mais sans m'adresser à la personne. » 02-MB-04

9b. Manière

Pour que l'information passe, certains médecins pensent que l'information doit être progressive.

« Je pense qu'il faut plusieurs consultations pour que ça rentre, pour que ce soit... compris quoi. » 02-BJ-05

D'autres pensent aussi qu'il faut répéter plusieurs fois le même message.

« Les troubles de mémoires débutants, donc là on a l'impression qu'il y a encore un message qui peut passer donc c'est par la répétition qu'on essaye de persuader la personne de changer ses... son usage de la voiture. » 02-SH-03

9c. Relation médecin patients

La plupart des médecins traitants notent l'importance de la relation médecin/patient.

« Donc de la part d'un médecin avec qui normalement on a une bonne relation en tant que médecin traitant... Avoir une bonne relation avec les patients, pfff... c'est très... » 02-DA-07

Et ne veulent surtout pas provoquer la rupture de cette relation

« En gardant l'anonymat du médecin, c'est pas la peine que la confiance soit rompue avec son médecin traitant, quand même.

Parce que ce n'est pas que ça la vie, la vie au quotidien c'est aussi... » 02-MB-04

10 Entourage du patient

10a. La famille

La plupart des médecins pensent que la famille joue un rôle, que ce soit dans l'arrêt ou le non-arrêt de la conduite, en donnant son avis.

« Y a pas grand-chose à faire mais il faut prendre la voiture. Et elle ne conduit pas, c'est lui qui conduit. Elle me dit « tout se passe bien » donc ça va, mais euuuh, voilà c'est... » 02-MB-04

Et en partageant ses inquiétudes

« La famille, c'est plus un soulagement (Rires) de voir que le docteur appuie la demande, voilà hein.

Donc plus un soulagement des accompagnants, la plupart du temps c'est ça, ouais, hum hum. » 02-DA-07

Mais aussi pour pouvoir permettre l'arrêt définitif de la conduite, la famille a un rôle important.

« Après tu as ce qu'on fait le plus souvent surtout quand ils sont un petit peu perturbé intellectuellement, je dis à la famille de lever une pièce du moteur, tu vois, bon là ça

marche pas » 02-DL-02

Les médecins pensent aussi qu'il y a un impact de la conduite du patient sur sa famille.

« Parce que par exemple si la femme elle est... handicapée.

Si du jour au lendemain le mari il ne peut plus conduire euhh...

Ou l'inverse hein ? Ben du coup ça va... il faut qu'il s'organise complètement autrement pour leur vie quotidienne. » 02-WA-12

Ce qui peut engendrer une influence négative de la famille sur la conduite du patient.

« Que la conduite est compliquée, mais que en même temps, c'est l'aidant principal de son épouse.

Bon déjà si y a des troubles visuels et que c'est l'aidant principal de son épouse ça commence à être compliqué je pense mais oui ça peut-être, du coup, problématique pour lui. » 02-SJ-08

10b. Alliance médecin généraliste avec l'entourage

De manière générale, beaucoup pensent que pour l'arrêt de la conduite de la personne âgée, la famille reste une alliée.

« Voire même si par chance il était accompagné d'une autre personne, j'ai insisté auprès de cette autre personne pour qu'elle-même intervienne pour convaincre le malade, le patient, d'arrêter de conduire. » 02-SH-03

10c. Importance des aides extérieures

Avoir l'avis des aides à domicile au sens large était aussi souvent apprécié par le médecin.

« Je ne sais pas, les patients, sur plein de choses souvent ce sont les infirmières qui nous alertent car on n'est pas avec eux au quotidien. » 02-RL-13

10d. Difficulté, isolement

Plusieurs fois, les médecins ont noté que sans aide extérieure, que ce soit familiale ou sociale, l'isolement était un blocage pour stopper la conduite automobile.

« C'est pour ça que les situations les plus compliquées c'est quand c'est une personne âgée isolée, hein ? Voilà. » 02-SJ-08

11 Ressenti du patient

11a. Prise de conscience

Les médecins disent qu'à un moment donné le patient se rend compte, et accepte l'arrêt de la conduite, souvent car il n'est plus capable.

« La personne âgée finit petit à petit par se résigner à... à son incapacité à conduire. » 02-GA-16

11b. Pluri-thématique

Plusieurs médecins s'accordent sur le fait que la conduite dépend de plusieurs thèmes de la vie du patient.

« Le patient ne revient pas pour ça parce qu'il n'a pas envie d'arrêter de conduire bien sûr.

Donc des consultations difficiles, parce que ça n'est pas un thème unique. » 02-SH-03

11c. L'attitude

Un des médecins pense que la peur peut entraîner une conduite dangereuse.

« Puis le fait qu'il ait déjà eu un problème en voiture, souvent ça les limite, quand ils ont déjà eu un problème, souvent ils sont réticents à reprendre la voiture parfois. » 02-BJ-05

Plusieurs médecins pensent que les habitudes de vie du patient agissent sur la conduite du patient.

« Mais je te dis est ce que c'est vraiment des gros dangers ?

C'est plus dangereux un mec qui boit. » 02-DL-02

Un patient dans l'incompréhension aura souvent une attitude inadaptée.

« C'est souvent IL, c'est souvent l'épouse qui en parle, qui a peur, donc qui en parle, donc euuh, le patient, lui, il peut refuser, souvent il refuse. » 02-MB-04

11d. Responsabilité du patient ?

Certains médecins pensent que les patients sont responsables de leur conduite.

« Apparemment, c'est que j'ai plutôt des gens assez raisonnables, qui se sont aperçus qu'il ne fallait plus conduire. » 02-DP-09

Alors que d'autres pensent qu'à l'inverse les patients sont souvent irresponsables.

« Le gars était boucher à Carpentras, il coupe de la viande, il ne voyait absolument rien (rires), et il est venu en consultation justement pour son problème de vue en suivi, et il est venu en voiture alors qu'il n'y voyait rien. » 02-DV-01

« C'est le patient lui minimise totalement et refuse d'arrêter de conduire même si des arguments qui ont été présentés comme quoi ça devient dangereux. » 02-SH-03

11e. Image de soi

Des médecins pensent que le patient vit mal l'arrêt de la conduite car il y a un rapport avec l'image de soi.

« Ouais ouais d'un point de vue narcissique euuh... Si on a conduit pendant 70 ans ou...

Tout d'un coup de ne plus pouvoir conduire, ça doit être un choc, hein ? » 02-WA-12

IV DISCUSSION

1. Validité de l'étude

1a. Forces

- Échantillon :

L'échantillon était diversifié, que ce soit au niveau de l'âge des médecins, de leur sexe ou du lieu d'installation.

- Originalité :

Les études sur ce sujet sont le plus souvent quantitatives, aussi bien en termes de prévalence que de conséquences sanitaires.

Mais à ma connaissance il y a peu d'étude qualitative sur le sujet de la conduite automobile de la personne âgée et le rôle du médecin traitant.

- Climat actuel de la société :

La conduite est un enjeu de société majeur actuel, par exemple avec les limitations de vitesses qui sont souvent modifiées et qui font polémique.

Dans une société où la médiatisation et la recherche de la responsabilité de chacun sont mises en avant, les accidents de la route sont un sujet important.

La responsabilité, c'est aussi celle de la société, du gouvernement et des choix à faire sur la sécurité et la surveillance à avoir sur les différents groupes de population dont celui des personnes âgées.

- Intérêt suscité :

Durant les entretiens, les médecins généralistes étaient tous intéressés par l'intitulé

de cette thèse et avaient soif de savoir quelles pourraient être les solutions en ce qui les concerne, et connaître leurs droits et leurs devoirs.

- Qualitatif :

Pour cette étude, la méthode a été le recours au double codage (deux investigateurs) et à la triangulation des chercheurs (deux investigateurs et directeur de thèse).

La saturation des données a été atteinte. Cependant, avec un nombre plus important d'entretiens, les résultats auraient pu être différents.

1b. Faiblesses

- Biais de subjectivité :

Bien qu'il ait été précisé avant chaque entretien la totale objectivité, en fonction du contexte et de la personne qui était interrogée, il est possible que des réponses aient été induites sans s'en rendre compte.

L'explication a été donnée aux participants sur le fait qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses, mais que ce qui était recherché était leur ressenti.

Mais étant jeune médecin face à des médecins expérimentés dans la communication grâce à leur expérience, des erreurs ont pu être commises.

- Compréhension :

Bien que la trame des questions ait été revue plusieurs fois, parfois les participants ne comprenaient pas bien les questions et demandaient plus d'explication, c'est donc à ce moment-là que les entretiens ont éventuellement été orientés. Relancer les participants sans les orienter a parfois été difficile et a, parfois, échoué.

- Échantillon :

Il peut exister un biais de sélection malgré la méthode de proche en proche. En effet la majorité des médecins interrogés étaient des maîtres de stages, car ils étaient plus faciles à contacter et étaient souvent plus sensibles aux travaux de thèses des étudiants en médecine.

Le fait que sur les 28 médecins contactés seulement 16 aient accepté l'entretien,

peut faire penser qu'il y aurait pu avoir des réponses totalement différentes, ce qui engendre un biais de non-réponse.

- Temps :

Pour la plupart des médecins généralistes, les entretiens ont duré entre 15 et 21 minutes maximum, c'est à dire le temps d'une plage horaire destinée à une consultation patient. Il est possible qu'ils ne voulaient pas prendre de retard sur le reste de la journée.

Deux des médecins m'ont reçue plus de 30 minutes ; ces deux médecins avaient une capacité en gériatrie et ressentaient probablement plus d'intérêt pour mon sujet de thèse.

- Biais de recueil de données :

Les enregistrements ont été faits à partir d'un téléphone portable et d'un enregistreur de petite taille. Bien que les participants n'aient pas eu l'air dérangé, il se peut qu'ils n'aient pas été tout à fait spontanés et honnêtes durant l'enregistrement. Cela peut avoir eu le même effet sur l'investigateur, étant donné qu'il était enregistré également.

2. Comparaison avec la littérature

Plusieurs thèses sur le sujet de la conduite automobile et le ressenti de plusieurs acteurs dans la conduite ont été rédigées et retrouvent sur des points les mêmes réponses que dans cette thèse.

2a. Thèse sur les troubles cognitifs et la conduite

De nombreux médecins interrogés expliquaient que les patients qu'ils trouvaient les plus à risques étaient ceux qui avaient des troubles cognitifs.

D'après une thèse de Saloua Zaghdoudi qui est une étude observationnelle quantitative transversale sur « L'évaluation du conseil de l'arrêt de la conduite automobile chez les patients atteints de troubles cognitifs par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées », en France, le diagnostic d'une démence arrive 2 ans trop tard.

Cela implique une anosognosie dans la maladie qui engendre une non-adaptation des patients à l'arrêt de la conduite. Ils ne comprennent pas leur maladie, ni le conseil de l'arrêt de la conduite.

Donc nous pouvons penser que si un diagnostic plus précoce d'une maladie neuro dégénérative était fait, par le biais de consultations avec des spécialistes, ou une formation plus approfondie des médecins généralistes, cela pourrait aider à la discussion sur l'arrêt de la conduite.

Lors des interrogatoires, très peu de médecins ont mentionné avoir des consignes de spécialistes sur la conduite à suivre, hormis par les ophtalmologues et certains neurologues pour l'épilepsie, certains ont même dit n'avoir jamais eu de consigne sur la conduite automobile.

La plupart d'entre eux seraient pourtant plus rassurés s'il y avait une consigne d'un autre médecin, ou se sentiraient plus appuyés dans leur démarche.

Vient alors le problème de la discussion avec les spécialistes et les consultations.

En effet, l'étude du Dr. Zaghdoudi fait état également d'un manque de coordination entre les spécialistes gériatres et les médecins généralistes de ville.

Il est aussi expliqué que les médecins généralistes seraient prêts à jouer un rôle pourvu qu'ils soient mieux formés et qu'on leur fournisse des outils, une marche à suivre.

Dans cette étude, il est évoqué également les freins aux discussions au sujet de l'arrêt de la conduite automobile.

En effet, les médecins généralistes ont peur de l'impact important de cette décision sur la qualité de vie et donc de l'autonomie de leur patient. En effet, lors des interrogatoires, le lien qui existe depuis plusieurs années entre le médecin de famille et le patient s'avère être un autre frein pour aborder le sujet.

Cela engendre un avis subjectif dans la décision de l'arrêt de la conduite.

Dans cette thèse, les médecins ont aussi évoqué un manque de support familial et technique, ce qui est différent de ce que j'ai retrouvé dans mes interrogatoires durant lesquels les médecins déclarent s'appuyer beaucoup sur la famille, et la plupart font état d'une alliance obligatoire avec l'entourage.

2b. Thèse sur le vécu de l'entourage

D'après une thèse de Audrey Flottes « Vécu et attitudes et représentations des proches de personnes conduisant ou ayant conduit après quatre-vingts ans », la famille et l'entourage des conducteurs âgés se sentent isolés et trouvent que de prendre la décision pour leurs proches, leurs parents est une responsabilité souvent trop importante.

En effet, l'entourage ne tient pas à prendre cette décision seul. En effet, une angoisse et des conflits découlent souvent des décisions de l'arrêt de la conduite par les proches.

Cette angoisse et ces conflits proviennent sans doute du fait que dans notre société l'arrêt de la conduite signifie une perte de mobilité et d'autonomie, et donc engendre chez les membres de la famille une idée culpabilisante qui est « est-ce que je laisse mon proche conduire de façon dangereuse ? » ou « est-ce que je lui enlève ses clefs et donc son autonomie ? »

Les personnes interrogées par Audrey Flottes dans le cadre de sa thèse parlent même d'une décision d'arrêt de la conduite « contre nature » dans la relation enfant-parent.

Mais après l'arrêt de la conduite, comme le signifie Audrey Flottes, il n'a pas été démontré par les études une réelle perte d'autonomie, mais peut-être est-ce un sujet à étudier pour rassurer et démontrer que l'autonomie n'existe pas seulement à travers la voiture.

Pour la famille, le médecin généraliste semble être au centre de la vie du patient, et avoir un impact majeur sur les décisions du patient.

Lors des entretiens, certains médecins évoquaient la même idée, et se sentaient la responsabilité d'appuyer ou d'aider à choisir un mode de vie pour certains patients.

De plus, les proches souhaitent un cadre législatif et même certains semblent parler d'un rôle que pourraient avoir les assurances dans l'alerte d'accident ou de réparation à répétitions sur les véhicules.

Dans aucun de mes entretiens n'a été évoqué le rôle des assurances, mais en revanche plusieurs médecins souhaitent une aide par le biais d'un cadre législatif, une ligne de conduite et des outils.

Il est aussi fait mention d'aide de l'État que ce soit au niveau de transports en commun adaptés ou de solutions pour éviter l'immobilité, l'isolement de la personne âgée.

En effet, lors des discussions, les médecins évoquaient aussi un manque d'alternative autre que la famille, qui peut s'ajouter au manque d'outil dont ils se plaignent également.

2c. Thèse sur le vécu des patients âgés

Une autre thèse écrite par le Dr Romain Roche sur « Les automobilistes âgés : Sont-ils prêts à rendre les clefs ? Vécu et opinions des conducteurs âgés sur leur conduite et sa limitation. Quelle note donnent-ils aux médecins généralistes ? » démontre que la place du médecin généraliste est importante pour le patient lui-même.

En effet, les patients expriment un avis favorable à un examen médical annuel exécuté par le médecin traitant. Ils expriment également le souhait d'une meilleure communication sur la conduite entre le médecin et le patient, et seraient également plus à même d'accepter des restrictions de conduite qu'ils appliquent déjà tout seuls pour la plupart, plutôt qu'un arrêt brutal.

Bien sûr, si l'arrêt de la conduite s'avérait obligatoire ils demanderaient des aides spécifiques plus adéquates que celles existantes aujourd'hui.

Dans cette thèse il est mis en avant que le patient, le conducteur reste au centre des décisions.

En effet, les personnes âgées ont connu les médecins avec qui ils avaient une relation paternaliste, c'est à dire que le médecin avait une place de décideur, il décidait pour le patient.

Mais grâce à des études d'anthropologie et de science sociale, dans les années

1960 les relations évoluent, et aboutissent tant bien que mal à un modèle de relation dit délibératif, qui se base sur l'information apportée par le médecin et la décision prise par le patient quand il a toutes les informations en mains.

Donc, prendre des décisions, que ce soit légal ou médical, sans l'accord ou la compréhension du patient, paraît absurde, comme une régression.

La thèse du Dr Roche met en avant l'importance du ressenti du patient et donc ce qui guidera ses décisions futures.

Les résultats montrent que les patients font confiance à leur famille et à leur médecin traitant, et qu'ils souhaitent aussi avoir une confirmation de la prescription concernant la restriction de leur conduite.

Cette restriction pourrait se situer au niveau légal, par exemple ne pas conduire la nuit, ou encore ne pas conduire sur l'autoroute.

Cela nous donne en fait une piste qui semble pluriprofessionnelle, et qui ne semble pas insensée vu que la conduite reste un thème pluri-thématique comme plusieurs interlocuteurs l'ont fait remarquer.

2d. Thèse sur les facteurs de risque d'accident de la route chez les sujet âgés

Après avoir lu la thèse de Emilie Alione « Conduite automobile des sujets âgés : recherche de facteurs de risques d'accidents, rôle du médecin traitant », il paraît évident que les facteurs de risques d'accident de la route sont trop complexes et nombreux pour tous être réalisés lors d'une consultation chez le médecin généraliste. En effet, au niveau ophtalmologie l'acuité visuelle n'a aucune corrélation avec le risque d'accident de la route sauf si elle est très importante. En revanche, la diminution de l'attention visuelle (mesurée par le Useful Field Of View Test, UFOV, localisation de signaux visuels sur un écran d'ordinateur) et plus particulièrement la mesure de l'attention divisée HR semble être un meilleur facteur prédictif d'accident de la route, mais les valeurs seuils semblent encore floues. Ce genre d'examen n'est pas envisageable pour le médecin traitant, car il faudrait une formation, du matériel (un ordinateur spécialisé) et du temps.

Dr Alione démontre également que les 5 mots de Dubois et le score à l'Échelle Clinique de la démence (CDR) sont des facteurs prédictifs importants d'accident de la route, mais ne suffisent pas pour repérer les conducteurs dangereux.

Dans cette thèse, il est indiqué que les trois facteurs prédictifs d'accident de la route sont le fait d'avoir déjà eu un accident de la voie publique, de manière moins significative le comportement « infractions » qui est peu représenté chez les personnes âgées et enfin la prise d'anxiolytiques.

En effet, aucun lien n'a pu être établi entre une augmentation du risque d'accident sur la route et le fait d'avoir une pathologie chronique.

Sur les trois critères retrouvés dans la thèse du Dr Alione, le médecin généraliste n'a pas d'impact ni de rôle, en effet le fait d'avoir déjà eu un accident n'est pas nécessairement signalé à son médecin traitant ainsi que le comportement en voiture du patient sur la route qui n'est lui certainement pas signalé.

Les deux facteurs de risque d'accident de la route, non spécifiques de la personne âgée, rappellent qu'il doit y avoir une prise en charge autre que médicale avec pourquoi pas un contrôle extérieur et peut être obligatoire, soit par les assurances, soit par la loi à partir d'une infraction ou d'un accident sur la voie publique.

Cependant la prescription de benzodiazépines, non spécifique de la personne âgée, doit être contrôlée par le médecin traitant et par les pharmacies. En effet, 10 % des accidents de la route incluent des patients qui sont sous benzodiazépines.

Le médecin généraliste garde un rôle de prévention dans la société actuelle, et la prescription dépend du médecin généraliste et engage sa responsabilité.

Il doit donc prévenir le patient des risques sur la conduite.

Sur ce dernier point, la mise en place d'ordonnance sécurisée ou d'une surveillance de la distribution de benzodiazépines serait peut-être à étudier, pour savoir si cela serait efficient pour une diminution de la consommation.

2e. Articles scientifiques

En 1998 une recherche pour examiner l'association entre des problèmes médicaux et l'implication dans un accident de voitures a été menée aux USA, les 3 facteurs retrouvés étaient une réduction de 40% ou plus du champ de vision, une histoire de chute dans les 2 ans précédant l'accident de voiture, et la non prise de bêtabloquant. Ces résultats restent reconnus encore aujourd'hui avec les interdictions mises en place en France pour la conduite, avec une surveillance de l'acuité visuelle qui doit

être supérieure à 5/10, un contrôle rapproché des personnes présentant une fibrillation auriculaire, ventriculaire, une hypertension non contrôlée ... qui peuvent être réduites par la prise de bêtabloquant.

La chute dans les 2 années précédant l'accident peut avoir des causes multiples et variées dont la plupart semblent être citées dans les maladies à contrôler, vertiges, déficit moteur, troubles rachidiens, neurologiques...

En 2003, d'après un article « Some consequences of different older driver licensing procedures in Australia », la comparaison entre un groupe de personnes âgées avec un contrôle sur la conduite dans un État du pays, face à un groupe de personnes âgées sans contrôle sur la conduite dans un autre État, démontre qu'il n'y a pas de différence notable dans l'implication des conducteurs âgés dans les accidents de la route très graves.

En 2017, un article évoque le fait qu'être un patient avec des maladies psychiatriques et/ou des problèmes d'abus de médicament semble être un facteur de risque de conduite dangereuse.

Les benzodiazépines utilisées de façon passagère ont déjà démontré un risque dans la conduite automobile, alors que pour le moment aucune étude ne démontre que l'utilisation de benzodiazépines au long terme est néfaste sur le comportement du conducteur.

L'alcool en plus des médicaments augmentent le risque d'une conduite dangereuse sur la route et donc d'accident.

Tous ces articles démontrent bien que le corps médical a un rôle à jouer dans la conduite automobile de la personne âgée que ce soit au niveau des prescriptions, mais également de certaines pathologies du patient.

3 Comparaison des résultats en fonction des médecins

3a. Grands axes communs

- La plupart des médecins généralistes n'étaient pas d'accord avec la définition de l'OMS qui définit une personne âgée à partir de 65 ans, globalement les praticiens auraient préféré parler de personne âgée à partir de 75 ans, voire 80 ans pour certains.

- Les médecins se sentent en échec face à ce rôle mal défini qu'on leur attribue parfois.

Pourquoi eux plutôt que d'autres médecins ?

Leur lien avec le patient semble être un frein à la réalisation d'un examen pouvant avoir une retombée importante sur la vie quotidienne du patient, dans laquelle ils ont une place importante.

Les médecins généralistes veulent bien être un filtre, ils seraient d'accord pour participer à la prévention, avoir un rôle, mais ne veulent pas être le décisionnaire dans l'arrêt de la conduite définitif de leur patient âgé.

3b. Différences d'opinion

- *En fonction de l'âge*

Les médecins interrogés n'avaient pas le même âge ni la même localisation ni la même façon d'exercer.

De ce fait, les médecins les plus âgés étaient plus tolérants, et ne voulaient pas forcément de loi de peur qu'elle stigmatise les personnes âgées.

Au contraire, les médecins jeunes qui venaient de s'installer voulaient un cadre sévère

- *Localisation*

Même si aucun médecin ne s'est dit médecin rural, ils n'étaient pas tous en milieu urbain, et ceux qui exerçaient dans le milieu semi rural comprenaient que leur patient ne soit pas d'accord avec le fait d'arrêter de conduire par le simple fait qu'il ne puisse plus aller faire ses courses ou aller chez son médecin.

- *Solutions*

Les solutions proposées étaient diverses et correspondaient aux personnalités différentes des médecins, ce qu'il faudra prendre en compte si une loi devait passer.

En effet, certains n'hésitent pas à outrepasser le secret médical, si le danger leur semble important, alors que d'autres se refusent à divulguer quoique ce soit et attendent que le patient prenne sa responsabilité.

Il faudra, en effet, définir de façon précise ce que le médecin a le droit et le devoir de faire, notamment dans les maladies neuro-dégénératives.

4 Perspectives

4a. Le médecin généraliste

Prendre conscience du rôle potentiel que l'on a en tant que médecin :

Le rôle du médecin généraliste semble rester prépondérant dans la vie des personnes âgées, et semble donc adapté pour aider, être un premier recours, un filtre pour les personnes âgées dans la conduite.

Lors des entretiens, beaucoup de médecins généralistes étaient prêts à être un filtre.

En effet, ils ne sont pas prêts à prendre la décision de l'arrêt de la conduite, mais sont prêts, si un cadre le leur permet, à signaler, à prévenir une autorité ou un autre confrère afin qu'un contrôle soit effectué.

Il faudrait pour cela des critères précis qui ne seraient pas trop contraignants au niveau du temps et de l'application. En effet pour la plupart des médecins traitants, imaginer une consultation spécifique faite par le médecin traitant paraît à l'heure actuelle peu probable.

Dans la société actuelle, le manque de médecin se fait sentir quotidiennement, et ne favorise pas l'acceptation des médecins à ajouter un devoir à leur fonction déjà pluri thématique dans la vie du patient.

De plus, il ne faudrait pas qu'une nouvelle consultation spécifique du médecin traitant soit mise en place sans que les médecins soient eux-mêmes au courant et ne la pratiquent pas. Cela est déjà arrivé avec la consultation annuelle à l'aidant principal dans le cadre de la maladie d'Alzheimer qui est une consultation qui est connue par moins de 40 % des médecins généralistes français d'après la thèse du Dr Elodie Martinez, et qui est recommandée par l'HAS depuis 2010.

A priori, le diagnostic de maladie d'Alzheimer étant tardif en France, peut-être faudrait-il faire plus de formations sur ce sujet pour les médecins de ville, qui avec plus d'expérience pourraient parler plus tôt à leur patient, et peut être ne pas devoir prendre des décisions dans l'urgence et se sentir coupable.

4b. Gouvernement

Plusieurs des médecins interrogés dans le cadre de ce travail, ainsi que ceux cités dans d'autres thèses évoquées plus haut, mettent en avant l'intérêt d'une campagne organisée par le gouvernement pour la prévention dans la conduite.

Nous pourrions imaginer rappeler les pathologies qui doivent être contrôlées car à risque pour la conduite, et être explicite vis-à-vis du risque pour autrui et pour soi-même.

En effet, des affiches de prévention et une campagne amèneront sans doute plus facilement le dialogue sur la conduite, par la famille ou même le patient et le médecin généraliste lui-même.

4c. Cadres/formations

Enfin les médecins généralistes aimeraient avoir des formations courtes et pratiques, pour savoir quel type d'examen ils doivent réaliser et comment les faire.

Le MMSE (Mini Mental State Examination) semble être un bon indicateur, s'il est en dessous de 21 et s'il est entre 21 et 24 il semble qu'il faille aller plus loin, avec ADL (Activity of Daily Living), un appui uni podal, un Up and Go test, un examen de la vue... Mais tout cela ne peut être fait en une seule consultation chez le médecin généraliste.

4d. Une solution, plusieurs acteurs

Après les différentes thèses sur les différents acteurs de la conduite, il faudrait peut-être faire un dossier où plusieurs acteurs exprimeraient leur ressenti.

- *Le patient*

Par exemple un dossier où il existe une feuille remplie par le patient, dans laquelle son ressenti lui serait demandé ainsi que l'état de sa voiture, s'il a déjà eu un accident de voiture durant les 5 dernières années et si la conduite est un sujet de dispute avec son entourage.

Et la dernière question serait « Pensez-vous que vous pouvez continuer de conduire ? »

Ainsi son avis pourrait être pris en compte mais le patient serait également responsabilisé. Le fait que ce soit un document officiel, permettrait au patient de se rendre compte du risque qu'il encourt.

- *Le médecin généraliste*

Un autre formulaire où le médecin généraliste devrait remplir des choses précises, sans pour autant l'accabler d'examen, mais par exemple les traitements pris de façon chronique et de façon ponctuelle.

Il faudrait peut-être poser directement la question « Ce patient a-t-il déjà pris des benzodiazépines ? »

Le médecin généraliste pourrait remplir les antécédents, les allergies, les constantes médicales, un MMS qu'il pourrait réaliser lors de la consultation dédiée avec la cotation adaptée et une épreuve de type : réaliser un pentagone.

Ou peut-être s'il connaît bien le patient remplir une fiche CDR (Clinical Dementia Rating) seule.

Et toujours répondre à la fin à la question : « Pensez-vous que le patient peut continuer à conduire ? »

- *Les spécialistes*

Pour des examens plus poussés, ce serait alors du ressort du ou des spécialistes si

le patient en voit plusieurs de rendre compte de l'état de la maladie dont ils s'occupent.

Par des questions simples, maladie stable/ instable, ou bien une question « Pensez-vous que le patient serait gêné pour conduire à cause de la pathologie que vous traitez » « Pouvez-vous mettre le dernier compte rendu de la consultation ? »

« Pensez-vous que le patient peut continuer à conduire ? »

Et si le patient n'a pas de spécialiste, prendre pourquoi pas l'avis d'un gériatre.

- *L'entourage*

Un autre formulaire rempli par la famille, l'entourage.

Avec également des questions simples, « Depuis les 5 dernières années, avez-vous été passager dans la voiture quand votre proche *nom du patient* conduisait ? »

« Pensez-vous qu'il se met lui-même en danger lors de la conduite ? »

« Pensez-vous qu'il est un danger pour les autres lors de la conduite ? »

« Pensez-vous que le patient peut continuer de conduire ? »

- *Un dossier*

Si cela pouvait être seulement 4 pages remplies et signées par l'entourage du patient, le patient, le médecin généraliste et le spécialiste.

Avec chacun maximum 4 ou 5 questions à répondre.

Le dossier avec les 4 pages serait envoyé à une commission ou à un médecin expert, un dossier rempli avec tous les avis, tous les 5 ans. Cela aiderait sans doute à prendre une décision dans le but de savoir s'il faut une consultation pour l'aptitude à la conduite plus spécifique avec un médecin expert. Ce dernier verrait alors s'il faut ou pas prévenir le procureur.

V CONCLUSION

L'objectif de cette thèse était de recueillir le ressenti de médecins généralistes sur leur rôle dans la conduite automobile des personnes âgées.

Les médecins généralistes pensent que leur rôle n'est pas assez cadré de façon officielle et ne savent pas exactement ce qu'ils doivent faire en consultation devant une personne âgée qui conduit toujours.

Plusieurs d'entre eux étaient très stricts avec la notion de secret médical entre le patient et le médecin, notion qui pour eux est la plus importante. D'autres pensaient en revanche davantage au danger face à la société, aux autres automobilistes, aux usagers de la voie publique.

Un des points qui semble important pour tous est la qualité de la relation médecin patient et la qualité de la communication grâce à laquelle les médecins pensent parfois pouvoir agir sur les décisions de vie du patient, notamment la conduite automobile.

Le ressenti a un impact très important sur la relation que le patient établit avec son médecin ainsi que sur la compréhension qu'il a de ses agissements, de ses maladies. Ces éléments peuvent avoir un impact sur la conduite.

C'est ainsi que le médecin généraliste peut considérer avoir deux casquettes : un rôle de responsabilité face à la société et à la famille.

Mais également une autre casquette, celle du médecin lié au patient, qui est protecteur, avec une intimité qui peut durer depuis plusieurs années.

Finalement les médecins généralistes pensent pouvoir jouer un rôle dans la conduite, mais la plupart refusent d'avoir un rôle décisif dans l'arrêt de la conduite.

Ils seraient d'accord de participer à la prise de décision, mais aimeraient avoir un rôle bien défini par la loi.

Au terme de cette étude, il semble que créer une consultation pour les personnes âgées qui conduisent par les médecins généralistes, pour vérifier leur aptitude à la conduite ne soit pas pertinente et risque de ne pas être accepté.

Une des perspectives de cette étude est d'inciter l'Etat à participer par une loi et par la médiatisation, à faire de la prévention pour que le médecin généraliste trouve sa place dans le contrôle de la conduite automobile chez la personne âgée.

VI BIBLIOGRAPHIE

1.

Richard V. Sims, MD Cynthia Owsley, PhD, Richard M. Allman, MD, Karlene Ball, PhD, and Tonya M. Smoot, PhD. A Preliminary Assessment of the Medical and Functional Factors Associated with Vehicle Crashes by Olders Adults. JAGS. 1998 ;

2.

Pigaglio Aurélie. Apports des teste Neuropsychologiques sur la survenue d'accident chez les conducteurs âgés en bonne santé. [Marseille]: Aix-Marseille; 2012.

3.

Romain Roche. Automobilistes âgés : sont-ils prêts à rendre les clefs ? Vécu et opinions des conducteurs âgés sur leur conduite et sa limitation. Quelle note donnent-ils à leurs médecins généralistes ? [Nice] : UNIVERSITÉ NICE SOPHIA ANTIPOLIS ; 2018.

4.

Conseil national de la sécurité routière. Comission Santé et Déplacements sur la Route Seniors, mobilité et conduite. 2019.

5.

Moon S, Ranchet M, Tant M, Akinwuntan AE, Devos H. Comparison of Unsafe Driving Across Medical Conditions. Mayo Clinic Proceedings. Sept 2017 ;92(9):1341-50.

6.

Emilie Alione. Conduite Automobile des sujets âgées : Recherche de facteurs de risques d'accident, rôle du médecin traitant. [Marseille] : université de la Méditerranée ; 2010.

7.

Nicolas MENANT. Conduite Automobile et Sujet âgé : un virage vers une visite médicale obligatoire ? Représentations, avis et attentes des médecins agréés permis de conduire. Etude qualitative. Université de Saint Etienne ; 2019.

8.

Xavier Lentaigne de Logivière. Contrôle d'aptitude médicale à la conduite des conducteurs de véhicules légers non professionnels au sein de l'Union Européenne et rôle du médecin généraliste en son sein. Université de Picardie ; 2013.

9.

Kimlin JA, Black AA, Djaja N, Wood JM. Development and validation of a vision and

night driving questionnaire. *Ophthalmic and Physiological Optics*. juill 2016;36(4):465-76.

10.

Beratis IN, Andronas N, Kontaxopoulou D, Fragkiadaki S, Pavlou D, Papatriantafyllou J, et al. Driving in mild cognitive impairment: The role of depressive symptoms. *Traffic Injury Prevention*. 4 juill 2017 ;18(5):470-6.

11.

Dassanayake T, Michie P, Carter G, Jones A. Effects of benzodiazepines, antidepressants and opioids on driving: a systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence. february 2011.

12.

Maud RANCHET. Effet de la maladie de Parkinson sur la conduite automobile. Implications des fonctions exécutives. [2011] : Lyon ;

13.

Zaghdoudi Saloua. Evaluation du conseil de l'arrêt de la conduite automobile chez les patients atteints de troubles cognitifs par les médecins généralistes de la région Midi Pyrénées. [Toulouse] ; 2017.

14.

Martinez Elodie, MOULINES Cannelle. Freins à la réalisation par le médecin généraliste de la consultation annuelle dédiée à l'aidant naturel d'un malade Alzheimer. Toulouse ; 2018.

15.

Touboul.P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. CHU Nice ; 2013.

16.

Nick N. J. J. M. van der Sluiszen, Annemiek Vermeeren, Stefan Jongen, frederick Vinckenbosh, Johannes G. Ramaekers. Influence of Long-terms Benzodiazepines use on Neurocognitive Skills Related to Driving Performance in Patient Populations : a Review.

17.

Ross PE, Di Stefano M, Charlton J, Spitz G, Ponsford JL. Interventions for resuming driving after traumatic brain injury. *Disability and Rehabilitation*. 27 mars 2018 ;40(7):757-64.

18.

Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliant L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. Volume 19(N°84):142,143,144,145.

19.

Céline DURAND. L'évaluation de la conduite automobile des patients de 75 ans et plus : connaissances, pratiques et attentes des médecins généralistes. [TOURS] : faculté de TOURS ; 2010.

20.

Régis GONTHIER, Emilie CRAWFORD-ACHOUR. La revue de Gériatre. Conduite et atteintes cognitives Driving and cognitive impairment. Juin 2011 ;

21.

Régis Gonthier, Sylvie Bonin-Guillaume. La revue de gériatrie. Conduite automobile et sujet âgé : perspectives et rôles des médecins Elderly driving: outlooks and physicians' roles. nov 2012;37(9):695,696,697,698,699.

22.

Wolfe B, Dobres J, Rosenholtz R, Reimer B. More than the Useful Field : Considering peripheral vision in driving. Applied Ergonomics. nov 2017;65:316-25.

23.

Délégation sécurité routière. POUR UNE CONDUITE ADAPTEE A SA SANTE Médecins : quel est votre rôle ? DILA ; 2017.

24.

Charness N, Yoon JS, Souders D, Stothart C, Yehnert C. Predictors of Attitudes Toward Autonomous Vehicles: The Roles of Age, Gender, Prior Knowledge, and Personality. Frontiers in Psychology [Internet]. 18 déc 2018 [cité 15 janv 2019] ;9. Disponible sur : <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.02589/full>

25.

Yves DETRAIGNE. Rapport du Sénat session ordinaire 2012-2013, proposition de loi visant à instituer une évaluation médicale à la conduite pour les conducteurs de 70 ans et plus. 2013.

26.

Jim Langford, Micahael Fitzharris, Stuart Newstead, Sjaanic Koppel. Some consequences of different older drive licensing procedures in Australia. ACCIDENT ANALYSIS AND PREVENTION. 26 nov 2003 ;

27.

Audrey FLOTTES. Vécu, attitudes et représentations des proches de personnes conduisant ou ayant conduit après quatre-vingts ans. [Lyon] ; 2015.

28.

Wood JM, Owsley C. Vision and driving : a look at the research road ahead: Vision and driving: a look at the research road ahead. Clinical and Experimental Optometry. Sept 2016 ;99(5) :393-4.

VII ANNEXES

Voir pages suivantes:

- Formulaire de consentement
- Questionnaire qualitatif commun
- Questionnaire qualitatif Non
- Questionnaire qualitatif Oui
- Questionnaire quantitatif
- Information aux participants

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e)....., accepte de participer à une recherche sur « le rôle du médecin généraliste dans la conduite automobile des personnes âgées », dirigée par le Dr Aurélie JANCZEWSKI, médecin généraliste à Pont du Fossé (05260), et menée sur le terrain par une interne Sophie CARBONNEL.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. J'ai reçu, et j'ai bien compris, les informations suivantes:

- Il s'agit d'un travail de thèse sur le thème du rôle du médecin généraliste.
- J'ai compris que cette recherche comporte un entretien individuel, dont les données seront ensuite analysées ;
- Je peux arrêter l'entretien à tout moment ;
- Je peux retirer des phrases que j'ai dites si j'en ressens le besoin ;
- Je bénéficierai d'informations concernant les résultats de ce travail si je le souhaite
- Les données qui me concernent resteront confidentielles et ne pourront être exploitées, dans le cadre d'une publication, qu'à condition que les réponses utilisées préservent mon anonymat.

Fait à

Le

Signature du responsable de recherche Dr Aurélie JANCZEWSKI :

Signature de l'interne menant la recherche Sophie Carbonnel :

Nom et signature de la personne participant à la recherche :

Questionnaire Qualitatif commun

Q 1 : J'aimerais que l'on parle aujourd'hui de la conduite automobile de la personne âgée, qu'en pensez-vous ?
Pensez-vous à l'autonomie / l'indépendance ? ou plutôt au danger ? Responsabilités ?

Q 2 : Pour vos patients de plus de 65 ans, que représente la conduite automobile ?
Existe-t-il un impact sur l'image ? La vie sociale ? Économique ? Écologique ?
Comment ?

Q 3 : Selon vous quels pourraient être les freins / limites à la conduite des personnes âgées ?
Quelles incapacités à la conduite de la population en général ?

Q 4 : Durant votre carrière avez-vous déjà été amené(e) à conseiller un patient à ne plus conduire ?
Vous rappelez-vous la consultation ? Pouvez-vous me la raconter ?
Y avait-il un élément déclencheur ? Lequel ?

Questionnaire Qualitatif NON

Q 1 : Quels sont, selon vous, les éléments ou les personnes qui pourraient avoir une action sur la conduite automobile des personnes âgées ?

Quelle autorité ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider ? Qu'est-ce qu'il devrait exister pour aider l'orientation ou la décision ?

Q 2 : Pensez-vous qu'il existe des raisons non médicales pour lesquelles les personnes âgées devraient arrêter de conduire ? Si oui lesquelles ? Si non, pour vous il n'y a que des raisons médicales ? Pouvez-vous développer ?

Un contrôle de gendarmerie ? Les proches ?

Q 3 : Pensez-vous que la conduite automobile ait un impact sur l'entourage du patient ? Et inversement ? Comment ?

Q 4 : En tant que médecin, de quelle manière pensez-vous protéger les personnes âgées de leur propre conduite ?

Vous pensez que ce n'est pas à vous ? Ou pensez-vous que vous devriez les orienter vers quelqu'un d'autre ? Prévenez-vous quelqu'un ?

Comment abordez-vous cette habitude de vie-là ?

Q 5 : Quelle est, selon vous, la limite du secret médical dans la relation médecin patient, rapporté à la conduite ?

Q 6 : Comment aborderiez-vous une consultation sur la conduite avec une personne âgée ?

Q 7 : Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer ? Et expliquez-moi la/les raisons.

Questionnaire Qualitatif pour OUI Rôle à jouer

Q 1 : Comment abordez-vous la question de la conduite avec vos patients âgés ?
*Quels éléments déclenchent le sujet ? Qui déclenche le sujet ? Plutôt l'entourage ?
Le patient ? Vous ? Pourquoi un événement ?*

Q 2 : Pourquoi devrait-on, selon vous, protéger les personnes âgées de leur propre
conduite ? Et alors comment pourrait-on les protéger ?
*Les médicaments ? Les polyopathologies qui engendrent des incapacités ?
L'entourage ? La loi ?*

Q 3 : Devant une personne âgée que vous jugeriez inapte à la conduite, comment lui
expliqueriez-vous ? Quels outils ou mots utiliseriez-vous ?
*En parlez-vous avec l'entourage ? Avec des confrères ? Au préalable ? Après la
consultation ? Pas du tout ?*

Q 4 : Si vous avez déjà fait des démarches auprès d'un patient pour qu'il arrête de
conduire, quelles ont été les réactions des patients ? Et/ou de la famille ?
*Que pensez-vous de la demande adressée au préfet par la famille et non par le
médecin généraliste ?
Quelles sont vos préoccupations en termes de secret médical ?*

Q 5 : Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à jouer ?

QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

Questionnaire rapide que l'on va remplir ensemble ; cela reprend un peu le sujet dont nous venons de parler.

Q 1 : Quelle est votre année de naissance ? 19...

Q 2 : Depuis quelle année exercez-vous ? 19...

Q 3 : Quelle est votre année d'installation ?

Q 4 : Quel type d'activité médicale exercez-vous ? Rural /semi rural/ urbain

Q 5 : Quelle part occupent les personnes âgées dans votre patientèle ? 50% + ou -

Q 6 : Durant vos consultations, abordez-vous le changement d'habitude de vie ? Oui Non

Q 7 : Est-ce que durant votre formation, vous avez été sensibilisé(e) à la conduite automobile vis-à-vis d'un patient âgé ? Oui Non

Q 8 : Connaissez-vous des solutions intermédiaires pour remédier à la sécurité routière des personnes âgées ? Oui Non

Q 9 : Avez-vous déjà été, sur le plan personnel, confronté(e) à un problème concernant la conduite d'une personne âgée ? Oui Non

Q 10 : Avez-vous déjà été, sur le plan professionnel, confronté(e) à un problème concernant la conduite d'une personne âgée ? Oui Non

Q 11 : Abordez-vous le sujet de la conduite avec les patients, de façon: systématique/fréquente/régulière/occasionnelle/complémentaire

Q 12 : Avez-vous déjà été à l'initiative d'une interdiction de conduite ? Oui Non

Q 13 : Est-ce que des patients conduisent malgré vos recommandations de ne plus le faire ? Oui Non

Q 14 : Mesurez-vous les besoins de la conduite de la personne âgée avant de proposer un changement de conduite ? Oui Non

Q 15 : Vous est-il déjà arrivé de changer d'avis concernant l'arrêt de la conduite de la personne âgée ? Oui Non

Q 16 : Savez-vous qu'il existe une circulaire relative à la conduite des personnes âgées ? Oui Non

Q 17 : Si le médecin généraliste avait un rôle à jouer: à quelle fréquence pensez-vous qu'il faudrait voir les patients? Tous les

Q 18 : Si le médecin généraliste devait faire une consultation spécifique à la conduite, qu'exigeriez-vous en retour?

Q 19 : Avez-vous des besoins spécifiques de formation? Oui Non
Si oui, de quel type ? Diplôme / stages / les deux / aucun / autres....

Q 20 : Connaissez-vous les personnes ressources en matière de conduite automobile? Oui Non

Q 21 : Pensez-vous qu'un projet de loi visant à mettre en place une visite médicale chez toutes les personnes âgées de plus de 70 ans soit nécessaire? Oui Non

Conduite Automobile et Sujet Agé : un virage vers une visite médicale obligatoire ?
Représentations, avis et attentes des acteurs de terrain
Etude qualitative et multicentrique.

Notice d'information destinée aux médecins généralistes

Version n°2 du 28/01/2019

Investigateur-coordonnateur (responsable du traitement des données) : Dr David HUPIN, CHU Saint-Etienne, Hôpital Nord, Centre VISAS, bâtiment A, 3^e étage, 42055 Saint-Etienne Cedex 2

Investigatrice associée : Pr Sylvie BONIN-GUILLAUME, APH Marseille, Hôpital de Sainte Marguerite, Médecine Interne et Gériatrie, 270 bd de Sainte Marguerite, 13274 Marseille Cedex

Délégué à la protection des données : M. Sébastien CLAUDE (ASCS), CHU St-Etienne, direction du système d'information, 42055 Saint-Etienne Cedex 2, rgpd-dpd@chu-st-etienne.fr

Madame, Monsieur,

Nous aimerions recueillir votre expérience relative à la conduite automobile des sujets âgés, vos représentations, vos avis, vos pratiques actuelles ainsi que les solutions envisagées ou proposées.

Pour ce faire, nous menons une enquête qualitative auprès des usagers de la route/médecins généralistes/médecins agréés au permis de conduire/moniteurs auto-école/forces de l'ordre via la réalisation d'entretiens, sous forme d'une discussion de 30 à 60 minutes. Cet entretien sera mené par un interne de médecine générale dans le cadre de sa thèse d'exercice qui vous questionnera en suivant la trame de sa grille d'entretien dans le but de répondre à la problématique initiale. Vous n'êtes pas dans l'obligation de répondre à toutes les questions.

Tout ce que vous lui direz sera confidentiel et aucun jugement ne sera porté. Vos propos ne seront utilisés que dans le cadre de cette étude. Pour une transcription et une analyse les plus fidèles possibles, il vous sera proposé d'enregistrer cet entretien. L'enregistrement sera supprimé à la fin de l'étude.

Aucun inconvénient ou effets indésirables n'est attendu. Dans la mesure du possible, l'entretien sera réalisé au choix à votre domicile ou sur votre lieu d'exercice/de pratique professionnel ou au centre investigateur. Il n'y a pas de rémunération ou de remboursement des frais de déplacement pour cette étude. Cet entretien sera mené par un interne de médecine générale dans le cadre de sa thèse d'exercice.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre afin de pouvoir répondre aux objectifs scientifiques de cette recherche, dans une finalité d'intérêt public. Dans ce but, les données médicales vous concernant seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant pour son compte, en France. Ces données seront identifiées par un numéro ainsi qu'un code fait de la 1^{ère} lettre de votre nom et de votre prénom. Ces données pourront également, dans des conditions expérimentales assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises, à d'autres services du CHU de Saint-Etienne ou de

IAPH de Marseille.

Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données, vous pouvez :

- demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant,
- vous opposer au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises,
- en cas de désaccord, procéder à une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>.

Vos données seront conservées jusqu'à la rédaction du rapport final de la recherche. Elles seront ensuite archivées durant 15 ans (comme pour les recherches hors produits de santé impliquant la personne humaine). Pour prendre votre décision, vous disposez d'un délai de réflexion de 7 jours après avoir lu cette note d'information et obtenu les réponses à d'éventuelles questions. Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier. En cas d'interruption de l'étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part (et dans ce cas, elles ne pourront être supprimées qu'à condition que cela ne compromette pas gravement la réalisation des objectifs de la recherche).

Cette étude a reçu l'avis favorable de la Commission recherche de Terre d'éthique le 28 janvier 2019.

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, le Docteur David HUPIN du service de Physiologie, du CHU de St-Etienne et le Professeur Sylvie BONIN-GUILLAUME, du service de Médecine Interne et Gériatrie de l'APH de Marseille sont disposés à vous répondre par mail à david.hupin@chu-st-etienne.fr et sylvie.bonin@ap-hm.fr pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.