

Enquête sur les pratiques des médecins des commissions médicales en matière de dépistage et de prise en compte des usages à risque d'alcool chez les conducteurs

Hélène Martineau, INSERR, juillet 2014

Fin 2012, la Délégation à la sécurité et la circulation routière, en concertation avec la Direction générale de la santé, a confié à l'INSERR (institut national de sécurité routière et de recherche) une étude sur les pratiques des médecins des commissions médicales en matière de dépistage et de prise en compte des usages à risque d'alcool chez les conducteurs. Cette enquête s'inscrit dans un contexte de réforme du dispositif de contrôle de l'aptitude médicale à la conduite (en référence au décret du 17 juillet 2012). Ces changements placent en particulier la question de l'alcool au centre des préoccupations des médecins du permis de conduire et ont justifié la réalisation de cette étude. Il s'agit à ce jour de l'enquête la plus complète sur les médecins du permis de conduire. Ces derniers ont par ailleurs largement adhéré au projet car plus de la moitié des médecins contactés ont accepté de répondre au questionnaire. Ainsi, 1 452 questionnaires ont pu être exploités.

Mode d'exercice de la médecine de permis de conduire et consultation standard

Médecins généralistes à 95%, les médecins du permis de conduire sont plus âgés en moyenne que leurs confrères en activité. La moitié d'entre eux ont 60 ans ou plus (la limite d'âge de l'exercice de cette spécialité est fixée à 73 ans).

Rares à exercer uniquement en commission préfectorale (5% d'entre eux), ils sont plus fréquents à être en cabinet de ville exclusivement (4 médecins sur 10) et ont une activité mixte pour 6 d'entre eux sur 10.

En commission préfectorale, chaque médecin intervient peu (près de 2 demi-journées en moyenne par mois) mais y rencontre 19 usagers en moyenne par demi-journée, soit quasiment la limite maximale autorisée de 20 conducteurs. Le temps de consultation y est par conséquent relativement court (11 minutes en moyenne), durée jugée satisfaisante par près de 9 médecins de commission sur 10. Les médecins agréés disposent d'un peu plus de temps lorsqu'ils sont à leur cabinet (environ 18 minutes en moyenne). Ils y reçoivent 18,5 patients en moyenne par mois, parfois beaucoup plus.

Sur un mois standard, 80 000 conducteurs seraient alors vus pour un examen d'aptitude à la conduire, 40 % en commission préfectorale et 60 % hors commission. Les profils des usagers reçus sont, du fait de la réglementation, variables : majoritairement des conducteurs infractionnistes « alcool » ou « stupéfiants » en commission et majoritairement des conducteurs professionnels en visite médicale périodique en ville. Les médecins semblent cependant pratiquer une batterie d'exams similaire et variée, comprenant entre 6 et 7 actes en moyenne pour une consultation standard. Ils réalisent pratiquement tous un examen clinique ophtalmologique et un examen neurologique et, presque aussi fréquemment, la recherche de pratiques addictives, objet de cette étude.

Signalons aussi qu'en commission, ils apprécient le fonctionnement en binôme, pour bénéficier d'un deuxième avis pour la décision d'aptitude et pour permettre une meilleure répartition des tâches lors de l'examen. L'aspect sécuritaire est également évoqué, notamment en présence d'usagers alcoolisés.

La recherche de consommations d'alcool chez les conducteurs

Une littérature scientifique abondante sur le sujet a permis de dégager, pour les médecins généralistes et, plus récemment, les médecins du travail, des bonnes pratiques pour un repérage des pratiques addictives de routine et de masse¹. La procédure complète porte le nom de RPIB : repérage précoce et intervention brève. A travers la question du caractère opportuniste de ce repérage et des outils utilisés, cette étude permet d'examiner les fondements d'un développement du RPIB en médecine du permis de conduire.

En commission, trois médecins sur quatre abordent de façon systématique la question de la consommation d'alcool de l'usager. Lorsqu'ils effectuent un ciblage, celui-ci porte sur les conducteurs ayant des antécédents d'infractions « alcool », les conducteurs professionnels et pour certains encore, les jeunes conducteurs ou ceux ayant des pathologies qui contre indiquent la consommation d'alcool. Rares sont les médecins qui ne visent que la détection de la dépendance à l'alcool (3 % d'entre eux).

Depuis le 1^{er} septembre 2012, tous les conducteurs auteurs d'infractions liées à la consommation d'alcool ou de stupéfiants sont envoyés en commission. Hors commission, l'enjeu de sécurité routière lié à la consommation d'alcool reste cependant important, en particulier en France où le niveau de consommation moyen d'alcool demeure élevé. En ville, comme en commission, 3 médecins du permis de conduire sur 4 questionnent systématiquement l'usager sur sa consommation d'alcool et ils sont également rares à ne rechercher que des cas de dépendance.

Quel que soit le lieu d'exercice, la recherche de consommation d'autres produits psychoactifs (cannabis, médicaments psychotropes et tabac en majorité) est largement répandue, même sans consommation d'alcool de l'usager.

La question centrale de l'enquête de l'INSERR concernait le choix des méthodes utilisées pour repérer la consommation d'alcool de l'usager. Le recours aux examens biologiques, à un examen clinique ou encore à la déclaration de l'usager est

quasiment systématique, aussi bien en commission qu'en ville. Les avis spécialisés sont sollicités par près de 7 médecins sur 10. Plus rares ensuite sont les médecins qui utilisent de façon habituelle un éthylotest (plus fréquemment en préfecture en fonction de sa disponibilité), le résultat de l'examen psychotechnique ou encore un questionnaire préétabli.

Les méthodes de repérage des consommations d'alcool

Les tests biologiques sont prescrits à tous les usagers par près de 4 médecins en commission sur 10 alors qu'ils sont mal adaptés au repérage des consommations d'alcool à risques dans une pratique de routine. Les autres médecins de commission (majoritaires) réservent ces examens biologiques aux conducteurs ayant manifestement un problème avec l'alcool (« suspicion », « signes évidents »...) ou à ceux ayant des antécédents d'infractions en lien avec l'alcool. Hors commission, compte tenu du profil des usagers rencontrés, les médecins pratiquent très rarement la prescription d'examens biologiques de façon systématique et justifient de la même façon qu'en commission le choix des usagers à qui ils les prescrivent.

Les recommandations relatives aux marqueurs présentant la meilleure validité pour des alcoolisations excessives d'alcool sont ambiguës du fait de fortes variations de la sensibilité et de la spécificité suivant les études. Les médecins du permis de conduire ont recours en majorité aux trois marqueurs présentés dans la littérature internationale comme les plus efficaces : GammaGT, CDT (transferrine désialylée) et VGM (volume globulaire moyen). L'association GGT + VMG est parfois recommandée, mais le critère de coût peut intervenir dans la pratique (CDT six fois plus cher que VGM). Moins d'un médecin sur 10 n'utilise qu'un seul test dans sa pratique courante. Peu de différences apparaissent pour les médecins exerçant hors commission, même s'ils prescrivent moins fréquemment la recherche de CDT.

Concernant l'examen clinique, utilisé par 98 % des médecins comme méthode de repérage de la consommation d'alcool, les médecins retiennent en priorité des éléments physiques visibles de consommation problématique d'alcool : signes de dépendance, ivresse manifeste et surtout description du profil éthylique à travers une grille dite « de Lego » (haleine, teint, varicosités, sudation, tremblement...). Neuf médecins sur 10 déclarent y avoir recours, en commission ou en dehors alors que ces éléments sur l'aspect physique de l'utilisateur permettent uniquement d'établir une intoxication alcoolique chronique et de repérer des consommateurs à un stade avancé de leur alcoolisation. La large diffusion de cette grille au sein des commissions médicales est favorisée par sa reproduction dans certains formulaires d'examen diffusés en préfecture.

La troisième méthode largement utilisée par les médecins du permis de conduire pour le repérage des consommations d'alcool se base sur les déclarations des usagers. Certains le font sans pratique standardisée mais 7 à 8 médecins sur 10 ont recours à des techniques reconnues : quantification de la consommation (en verre ou dose standard) sur une période donnée, consommation durant une journée standard... De nombreux médecins interrogent aussi l'utilisateur sur la fréquence d'alcoolisations aiguës.

En revanche, l'usage de questionnaires pré-établis, qui permet de dépasser la simple quantification de la consommation pour interroger les usagers sur les conséquences de leur consommation d'alcool, n'est cité que par 8,5% des médecins en commission et 13% des médecins du permis de conduire en ville. Comparés aux médecins généralistes, ces chiffres dénotent une sous-utilisation de ce type de questionnaires en commission préfectorale, mais une pratique équivalente en ville.

Parmi les médecins du permis de conduire qui utilisent ces questionnaires, la moitié se réfère au FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien), questionnaire adapté au contexte français de la médecine générale, à remplir en face-à-face avec le patient. Ce questionnaire est préféré à l'AUDIT (Alcohol use disorders identification test), test de référence au niveau international pour le repérage des consommations nocives et de la dépendance à l'alcool, autorisant un remplissage par le patient lui-même mais relativement long (10 questions). Sa version courte (AUDIT-C) est utilisée par 10% de ces médecins. Si l'AUDIT est le deuxième test cité en commission, il est devancé de peu hors commission par le DETA (acronyme de Diminuer, Entourage, Trop, Alcool).

Les médecins qui n'ont pas recours à ces questionnaires (majoritaires ici) indiquent, pour la moitié d'entre eux, qu'ils ne les connaissent pas, pour un tiers qu'ils doutent de la sincérité des réponses des usagers et pour un tiers encore qu'ils ne les utilisent pas faute de temps suffisant durant la consultation, aussi bien en commission qu'en dehors.

Enfin, pour émettre leur avis d'aptitude médicale à la conduite, les médecins agréés ont la possibilité de prendre avis auprès d'autres professionnels de santé (ils y sont même encouragés en présence de conducteurs présentant des pratiques addictives) ou des psychologues chargés des examens psychotechniques (recours obligatoire en cas d'annulation, invalidation et suspension de plus d'un mois du permis de conduire). Sept médecins de commission sur 10 le font, en référence à un addictologue ou un psychiatre dans la moitié des cas, parfois également un gastro-entérologue ou un hépatologue. Hors commission, ils prennent avis majoritairement auprès d'un addictologue. Même si les tests psychotechniques et l'entretien qui les accompagne peuvent servir à approfondir le rapport des conducteurs aux produits psychoactifs, leurs résultats ne sont utilisés à cette fin que par 23% des médecins de commission et 11% hors commission.

Décision d'aptitude et au-delà face à un usager consommateur d'alcool

Face à un usager consommateur d'alcool, les médecins de commission auront tendance à prononcer davantage d'avis d'aptitude temporaire, voire d'inaptitude que face à un conducteur non consommateur. Hors commission, ce diagnostic suscitera plus de renvois vers la commission préfectorale.

Les textes réglementaires récents encouragent les médecins à dépasser le cadre strict de la médecine de contrôle, soit par des actions préventives, soit par une orientation médicale. En dehors de leur décision d'aptitude, les médecins du permis de conduire prodiguent quasiment tous des conseils de prévention aux conducteurs en difficulté avec l'alcool. Fréquemment aussi, surtout en commission, ils les invitent à en parler avec leur médecin traitant. L'orientation vers une consultation spécialisée (hôpital, CSAPA) est peu fréquente.

Les arguments les plus fréquemment évoqués pour justifier l'absence de démarches supplémentaires tiennent au manque de temps, à un problème de légitimité (« ce n'est pas le rôle du médecin du permis de conduire »), ou encore à la résistance (supposée) des usagers ou la crainte d'être trop intrusif auprès d'eux. Leur pratique de repérage de la consommation d'alcool est limitée également par ces arguments liés à la réaction des usagers, avec le manque de temps. L'absence d'outils adaptés et, moins fréquemment, le manque de formation sont évoqués. 36% des médecins du permis de conduire évoquent un besoin de formation en addictologie, 27% en alcoologie et 31% au RPIB seul.

Principales recommandations suite à cette enquête

- Poursuivre l'effort de formation des médecins du permis de conduire en addictologie et de sensibilisation aux méthodes de repérage faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques
- Réviser et harmoniser les supports pré-établis diffusés par les préfetures (questionnaire médical préalable aux usagers et grille d'examen pour les médecins)
- Accroître la complémentarité entre les examens cliniques et les examens psychotechniques.
- Emettre des recommandations pour une stratégie de RPIB adaptée à la médecine du permis de conduire.

i Voir revue de la littérature dans le rapport complet de l'étude (<http://www.inserr.org/index.php/le-permis-de-conduire>)