



**FORMATION
DES
ACTEURS**



**CAPITALISATION
DES
CONNAISSANCES**



INNOVATION



**PÔLE
DE
RÉFÉRENCE**

Medcomalcool

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

**Convention n°22.00.65.76.12
entre la DSCR (ministère de l'intérieur) et l'INSERR**

Rapport définitif remis à Sophie Fegueux,
conseillère technique Santé auprès du DISR

3 juillet 2014

Responsable scientifique et rédactrice :
Hélène Martineau, Directrice des études à l'INSERR
helene.martineau@i-carre.net



ETUDES & RECHERCHE

Remerciements

Merci à Sophie Fegueux, conseillère technique santé au sein auprès du DISR, à l'initiative de cette étude,

à Lucie d'Artois, chargée d'études à l'INSERR en 2013, à l'origine du rapport intermédiaire et du travail de préparation de cette étude,

et à Evelyne Thalamy de l'INSERR pour son aide précieuse sur la base adresses des médecins.

Merci aux membres du comité de pilotage institutionnel :

Sophie Fegueux, conseillère technique Santé DISR/DSCR

Christine Lemeux, chef de cabinet, Direction générale de la Santé (DGS)

Robert Piccoli, conseiller technique Travail

Henri Prévost, adjoint au délégué interministériel à la sécurité routière

Frédéric Tézé, adjoint au sous-directeur de l'éducation routière et du permis de conduire à la DSCR

Joël Valmain, conseiller technique Europe et international

Aux membres du comité scientifique et technique :

DR Patrick Daimé, médecin addictologue, expert en commission d'appel pour l'aptitude médicale à la conduite

Dr Denis Dulieu, médecin agréé de commission médicale

Dr Philippe Hache, conseiller médical en santé au travail à l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité)

Colette Menard chargée d'expertise scientifique au département « Enquêtes et analyses statistiques », Direction des affaires scientifiques, INPES (Institut national de prévention et d'éducation à la santé)

Dr Michèle Muhlmann Weill, vice Présidente du Collège Français de Médecine du Trafic (CFMT) et membre du Conseil scientifique de l'INSERR

Dr Etienne Swan, médecin agréé de commission médicale

Laurence Weber, conseillère technique « post permis » à l'INSERR

Cette étude s'est faite en partenariat avec Permicomed (Association des médecins agréés par les préfectures pour l'examen des conducteurs) et le SMACMAC (syndicat des médecins du permis de conduire).

Merci tout particulièrement aux 1 547 médecins qui ont répondu à l'enquête et ont accepté d'y consacrer un temps non négligeable.

SOMMAIRE

CONTEXTE, COMMANDE ET METHODE	3
La médecine du permis de conduire	3
Les conducteurs soumis au contrôle médical et l'organisation du contrôle médical	3
Les médecins agréés : médecine de contrôle et obligation de formation	4
La commande de la DSCR	6
La méthode	7
Constitution de la base d'adresses	7
Le terrain et les retours	8
Caractéristiques des répondants et biais identifiés	9
Elaboration du questionnaire	10
REVUE DE LITTERATURE	12
Les notions d'usages d'alcool	12
La place de l'alcool en France	14
Niveau de consommation d'alcool en France	14
Prise en charge	14
Représentations sur l'alcool	15
Alcool et sécurité routière	15
La place de l'alcool chez les professionnels de santé : représentations et pratiques de prévention	16
Représentations des médecins généralistes	16
Les origines du RPIB : le projet de l'OMS et sa diffusion en France	18
Recommandations actuelles	19
Le cas de la médecine du travail	21
LES RESULTATS DE L'ENQUETE DE 2013 AUPRES DES MEDECINS DU PERMIS DE CONDUIRE	24
Caractéristiques des médecins agréés du permis de conduire	24
Existe-t-il des différences suivant le lieu d'exercice ?	25
Organisation des consultations (généralités)	26
Organisation des consultations en commission primaire préfectorale	26
Les pratiques sont-elles variables d'une région à l'autre ?	29
Quelles différences hors commission ?	29
Estimation du nombre d'usagers vus en examen d'aptitude médical à la conduite	30
Repérage et dépistage des problèmes d'alcool	31
Repérage des pratiques addictives en commission	31
Quelles différences hors commission ?	32
Méthodes utilisées	33
Quelles différences hors commission ?	34
Examens biologiques	34
Présentation de tests biologiques et des recommandations	34
Tests prescrits en commission et hors commission	35
Examens biologiques systématiques ou ciblés ?	36
Examen clinique	37
Outils déclaratifs	38
Recommandations en matière d'« interrogatoire »	38
Recours à la déclaration de l'utilisateur en médecine du permis de conduire	39
Présentation des questionnaires les plus courants	39
Recours aux questionnaires en médecine du permis de conduire	41
Comparaison avec les autres enquêtes auprès de médecins	42
Avis spécialisés et examen psychotechnique	43
Recours à des avis spécialisés	43

Recours aux examens psychotechniques : enseignements des études antérieures	44
Recours aux examens psychotechniques : résultats de 2013	45
Décisions d'aptitude à la conduite et autres démarches entreprises	46
Influence de l'évaluation de l'usage d'alcool sur la décision	46
Influence du type d'examens sur la décision	47
Autres démarches entreprises	48
Bilan : temps consacré aux questions d'alcool	50
Bilan : estimation du nombre de consommateurs d'alcool reçus en visite médicale d'aptitude à la conduite	50
Avis et besoins en formation	51
SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS	55
Principaux enseignements de cette enquête	55
Recommandations	58
1/ Formation des médecins du permis de conduire	58
2/ RPIB en médecine du permis de conduire	58
3/ Examens psychotechniques	59
4/ Refonte des supports de consultation	59
5/ Autres recommandations	59
ANNEXES	60
Liste des figures	60
Références bibliographiques	62
Textes réglementaires	62
Rapports, articles...	62
Motifs du contrôle médical d'aptitude à la conduite	65
Consignes de remplissage	66
Questionnaire MedComAlcool	67
Exemples de questionnaires pré-établis de repérage alcool	72
DETA (acronyme de « diminuer, entourage, trop et alcool »)	72
AUDIT (acronyme de « Alcohol use disorders test »)	72
AUDIT-C (acronyme de « Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption »)	73
FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)	74

CONTEXTE, COMMANDE ET METHODE

La concertation sur la promotion des capacités de conduite, conduite de 2009 à 2011 par la Délégation à la sécurité et la circulation routières (DSCR) et la Direction générale de la santé (DGS), a fait le constat d'une grande hétérogénéité des pratiques chez les médecins des commissions médicales. Cette hétérogénéité concerne en particulier le repérage des usages à risque de produits psychoactifs, dont l'alcool, chez les conducteurs accueillis pour une visite d'aptitude au permis de conduire. Ce constat inquiète compte tenu de l'enjeu de sécurité routière que constitue encore l'alcool au volant. Cela a conduit la DSCR à entreprendre un travail de refonte du système de contrôle médical de l'aptitude à la conduite, présenté ci-après en description du contexte de l'étude. Il justifie la demande de la DSCR de confier à l'INSERR l'étude présentée dans ce rapport.

En premier lieu, il convient de préciser la terminologie employée ci-après. Par « médecins du permis de conduire », nous entendons les médecins agréés pour le contrôle médical de l'aptitude à la conduite, ces derniers siégeant dans une commission médicale primaire (départementale ou interdépartementale) ou consultant hors commission médicale. Nous distinguons les « patients » (personnes reçues par les médecins dans le cadre de leur activité privée) des « usagers » (conducteurs rencontrés dans le cadre de l'aptitude à la conduite).

La médecine du permis de conduire

Le contrôle médical de l'aptitude à la conduite est défini par l'article R. 226-1 du code de la route comme « *une évaluation de l'aptitude physique, cognitive et sensorielle du candidat au permis de conduire ou du titulaire du permis* ».

Cette définition découle du décret n°2012-886 du 17 juillet 2012, relatif au contrôle médical de l'aptitude à la conduite, qui a largement modifié l'organisation du contrôle médical¹.

Les articles concernés du code de la route définissent ensuite les catégories de conducteurs concernées, les conditions d'habilitation des médecins à pratiquer ces examens et l'organisation des consultations.

Signalons également que depuis 2012 la réglementation évoque désormais une évaluation de l'aptitude « physique, cognitive et sensorielle », et non plus uniquement « physique ». Cet élargissement de l'examen vise une appréhension plus globale de la capacité du conducteur à conserver la maîtrise de son véhicule². Il fait également échos à l'arrêté du 31 août 2010 qui a modifié la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire³, en référence à des directives de la commission européenne⁴.

Les conducteurs soumis au contrôle médical et l'organisation du contrôle médical

Le contrôle médical de l'aptitude à la conduite est justifié soit par des motifs tenant à l'état de santé de l'utilisateur, soit par des motifs tenant à l'exercice de certaines activités professionnelles, soit enfin par des motifs tenant à des infractions au code de la route ayant entraîné des mesures portant restrictions ou suspension du permis de conduire (> 1 mois).

Le contrôle médical s'impose à certains conducteurs et est laissé à l'appréciation des préfets dans d'autres cas.

¹ Décret n°2012-886 du 17 juillet 2012 relatif au contrôle médical de l'aptitude à la conduite (NOR : INTS1225493D).

² Circulaire du 3 août 2012 relative à l'organisation du contrôle médicale de l'aptitude à la conduite des conducteurs et des candidats au permis de conduire (NOR : INTS1232090C).

³ Arrêté du 31 août 2010 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée (NOR : DEVS1019542A).

⁴ Directive 2009/112/CE de la Commission du 25 août 2009 modifiant la directive 91/439/CEE du Conseil relative au permis de conduire et Directive 2009/113/CE de la Commission du 25 août 2009 modifiant la directive 2006/126/CE du Parlement européen et du Conseil relative au permis de conduire.

L'article R. 226-1 du code de la route, en référence au décret du 17 juillet 2012 sus cité, énumère la liste des situations concernées par un contrôle médical d'aptitude à la conduite :

1° en cas de retrait de la totalité des points (article L. 223-5 du code de la route), en cas d'annulation du permis de conduire suite à homicide involontaire, atteinte involontaire à l'intégrité de la personne ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois ou pour une durée inférieure à trois mois et en cas de suspension du permis de conduire (article L. 224-14) ;

2° pour les candidats au permis de conduire ou titulaires du permis de conduire atteints d'une affection médicale incompatible avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée, figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité routière et de la santé ;

3° pour les candidats au permis de conduire ou titulaires du permis de conduire soumis à un contrôle médical, périodique ou occasionnel (voir la liste complète en annexe 1).

La réforme de 2012 n'a pas réellement modifié les catégories de conducteurs susceptibles de faire l'objet d'un contrôle médical de l'aptitude à la conduire mais a largement modifié les compétences respectives des commissions médicales en préfecture et des médecins de ville agréés. Ce texte vient conforter une pratique expérimentée depuis plusieurs années dans différents départements de France qui visait à transférer une grande partie des examens médicaux jusqu'alors pratiqués en commission préfectorale vers la médecine de ville⁵. Ce mouvement a été accentué par la réforme de 2012.

Depuis le 1^{er} septembre 2012, le contrôle médical en commission est désormais destiné aux conducteurs sollicitant un nouveau permis de conduire à la suite d'une annulation ou d'une invalidation ou sa restitution à la suite d'une suspension dans les cas où ces sanctions sont consécutives à au moins une infraction liées à la consommation d'alcool ou de substances ou plantes classées comme stupéfiants. L'article R. 226-3 du code de la route envisage également le cas des usagers sollicitant un nouveau permis à la suite d'une invalidation dès lors que parmi les infractions ayant précédé la dernière infraction à l'origine de l'invalidation du titre figurent au moins une infractions liées à la consommation d'alcool ou de substances ou plantes classées comme stupéfiants. Comme auparavant, les conducteurs redirigés par un médecin agréé consultant hors commission médicale (celui-ci n'ayant pas pu se prononcer) sont vus en commission médicale.

L'accent est ainsi mis sur les auteurs d'infractions associées à la consommation d'alcool ou à l'usage de stupéfiants. Cet aspect découle de l'enjeu de sécurité routière lié à l'importance de la part attribuée au facteur alcool (ou stupéfiants) dans les accidents de la route (voir ci-après).

Les conducteurs soumis à un contrôle médical pour d'autres motifs sont vus par le médecin agréé consultant hors commission médicale. Leurs compétences ont été accrues pour l'occasion.

Les médecins agréés : médecine de contrôle et obligation de formation

Suivant l'article R. 226-2 du code de la route « Ce contrôle est effectué par un médecin agréé par le Préfet, consultant hors commission médicale, ou des médecins siégeant dans une commission médicale primaire départementale ou interdépartementale ».

Deux aspects sont majeurs pour notre étude :

1/ Une médecine de contrôle :

Un médecin agréé ne peut effectuer le contrôle médical d'une personne dont il est le médecin traitant. Effectivement, l'exercice de la médecine d'aptitude à la conduite relève des contraintes particulières attribuées à l'exercice de la médecine de contrôle définie par le code de la santé publique (articles R.4127-100 à 104) : « Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne. [...] Sauf dispositions contraires prévues par la loi, le médecin chargé du contrôle ne doit pas s'immiscer dans

⁵ Circulaire du 22 avril 2002 relative à l'extension de l'expérimentation d'une réforme des commissions médicales départementales du permis de conduire (NOR : INTA0200107C).

le traitement ni le modifier. Si à l'occasion d'un examen, il se trouve en désaccord avec le médecin traitant sur le diagnostic, le pronostic ou s'il lui apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement ».

Les médecins agréés du permis de conduire exercent donc une médecine de contrôle. Néanmoins, les textes de la réforme de 2012 insistent sur l'action de prévention des médecins du permis de conduire : « le décret [du 31 juillet 2012] affirme, si besoin était, la mission de prévention des comportements routiers dangereux des commissions médicales »⁶.

Suite à leur examen médical, les médecins agréés du permis de conduire peuvent émettre différents avis : « L'avis adressé au préfet peut contenir, si les conditions l'exigent pour la sécurité routière, des propositions de mentions additionnelles ou restrictives sur le titre de conduite »⁷. Les différents choix sont repris dans l'imprimé CERFA n°14880*01 délivré suite à l'examen médical :

APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation

APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à _____ à réexaminer par la commission médicale : oui non

APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :

dispositif de correction de la vision

port d'un appareil de prothèse

conduite d'un véhicule aménagé

dispense du port de la ceinture de sécurité

INAPTE

Une zone destinée aux observations des médecins, notamment en cas d'inaptitude, est prévue dans l'imprimé CERFA mais, pour des raisons de protection du secret médical, les médecins sont incités par la circulaire du 25 juillet 2013 à ne pas motiver par écrit leur décision, mais à informer l'usager des motifs d'ordre médical à l'origine de l'avis⁸.

Les médecins en ville ont désormais également la possibilité de donner des avis d'aptitude temporaire ou d'inaptitude (le renvoi en commission était auparavant systématique pour émettre en ville ce type d'avis).

Par ailleurs, les décisions de médecins sont des AVIS. La décision relative à la délivrance du permis de conduire relève du Préfet : « la décision de délivrance ou de renouvellement du permis par l'autorité préfectorale est prise suite à l'avis de la commission médicale départementale ou d'un médecin agréé »⁹.

2/ Une obligation de formation révisée

L'agrément des médecins du permis de conduire est soumis à plusieurs conditions (article 6-II de l'arrêté du 31 juillet 2012) : être inscrit à l'ordre des médecins et ne pas avoir fait l'objet de sanction ordinaire au cours des 5 dernières années, être âgé de moins de 73 ans (70 ans auparavant) et avoir suivi une formation initiale dont le contenu, la durée et les modalités sont fixés dans l'arrêté. Le renouvellement de l'agrément, désormais valable pour 5 ans, est soumis à une obligation de formation continue dont les modalités sont également fixées dans l'arrêté.

⁶ Circulaire du 3 août 2012 (sus citée).

⁷ Arrêté du 31 août 2010 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 (sus cité).

⁸ Circulaire du 25 juillet 2013 relative à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite des conducteurs et des candidats au permis de conduire (NOR : INTS1319581C).

⁹ Arrêté du 31 août 2010 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 (sus cité).

L'obligation de formation initiale date de 1994¹⁰. L'obtention du premier agrément est alors soumise à une formation initiale d'une durée de 3 jours ; les médecins en demande de renouvellement de leur agrément doivent suivre une formation au moins égale à une journée. Cette formation, sous la responsabilité du ministre en charge des transports, est organisée à l'ENSERR (Ecole nationale de sécurité routière et de recherches), à Nevers (58). Le contenu de la formation est annexé à l'arrêté de 1994¹¹.

Mais l'arrêté du 31 juillet 2012 et celui du 30 mai 2013 ont, parmi d'autres mesures¹², recentré la formation des médecins du permis de conduire autour de la problématique « du repérage des conduites et situations à risque les plus fréquentes en matière de sécurité routière » (art. 11 de l'arrêté du 31 juillet 2012). L'arrêté du 30 mai 2013 précise que « le repérage des conduites addictives, et particulièrement celles avec l'alcool (avec méthode et outils) ainsi que la sensibilisation des usagers aux nécessités et possibilités de prévention, de réduction des risques et de prise en charge de ces pathologies sont enseignés de manière prioritaire et approfondie » aussi bien en formation initiale qu'en formation continue.

Pour accompagner ce projet de réforme et l'accent porté sur la problématique de l'alcool au volant, la DSCR a souhaité réaliser une étude sur la pratique des médecins du permis de conduire, d'autant plus que cette profession a rarement fait l'objet d'enquête.

La commande de la DSCR

Signée fin octobre 2012, cette étude, d'une durée initiale de 14 mois, portée par avenant à 17 mois, a pour objectif principal la réalisation d'**un état des lieux des pratiques** de ces médecins en matière de dépistage de la consommation d'alcool, ainsi que du suivi des conducteurs qui présentent un usage problématique d'alcool, susceptible de représenter un risque pour la conduite automobile et/ou la santé.

« Comment les médecins évaluent-ils la consommation d'alcool chez ces conducteurs, avec quels outils, quelles techniques (marqueurs biologiques, questionnaire de dépistage, entretien, etc.) ? Comment repèrent-ils les usages problématiques et quels sont les critères utilisés pour prendre une décision d'aptitude ou d'inaptitude à la conduite ? Quelle place pour l'échange dans l'aide à la décision (avec le collègue médecin et les autres professionnels de santé impliqués dans le processus, notamment les psychologues) ? En cas d'usage problématique d'alcool, les médecins proposent-ils aux conducteurs concernés une information, un suivi, une intervention lors de la visite médicale ou auprès d'autres professionnels ? Pour chacune de ces étapes, les médecins se sentent-ils suffisamment formés, informés et outillés ? »¹³

Les éléments recueillis via cette étude permettront également d'initier un travail d'homogénéisation des pratiques et d'adapter une éventuelle stratégie de promotion d'utilisation d'outils validés pour le dépistage des différents usages de produits psychoactifs, des interventions médicales adaptées aux types d'usages rencontrés, en particulier pour les jeunes conducteurs, ainsi que l'orientation vers des dispositifs de prise en charge. De plus, sans être une étude de promotion d'une technique particulière de repérage qu'est le Repérage Précoce Intervention Brève en médecine du permis de conduire, cette étude aura pour objectif de décrire les éventuels freins et/ou conditions favorables au développement d'outils de ce type et de proposer des pistes pour les adapter à cette activité médicale particulière.

¹⁰ Arrêté du 16 août 1994 modifiant l'arrêté du 7 mars 1973 relatif aux commissions médicales départementales chargées d'apprécier l'aptitude physique des candidats au permis de conduire et des conducteurs.

¹¹ Politique générale de sécurité routière, responsabilité des médecins des commissions, contrôle médical réglementaire, organisation des commissions médicales, présentation des différentes affections listées dans l'arrêté de 1998 ; même programme pour la formation continue d'une journée.

¹² Réduction de la durée de la formation, nouvelles exigences pour les organismes souhaitant dispenser ces formations...

¹³ Convention n°2200657612 entre la DSCR et l'INSERR, Etude « MedComAlcool » : 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, 25 octobre 2012, p.5

La question du repérage des problèmes d'alcool, en médecine de masse, a alimenté beaucoup de réflexion en France ou ailleurs. Les études et les expériences les plus anciennes ont eu lieu en médecine générale et plusieurs recommandations aux professionnels ont été validées récemment. Des études et expériences plus récentes ont porté sur la médecine du travail. Portant sur une autre médecine de contrôle, elles sont intéressantes pour cette étude. Nous rendons compte de l'état des connaissances et des recommandations en la matière dans la revue de littérature.

Enfin, cette étude permettra aux institutions compétentes de recueillir des informations sur les pratiques des médecins du permis de conduire en général, car à ce jour, peu d'études existent sur cette profession.

La méthode

La convention avec la DSCR prévoyait une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon de médecins. Le nombre total de médecins était alors estimé à près de 4 000. Le premier travail a consisté à établir une base adresses de médecins du permis de conduire en activité.

Constitution de la base d'adresses

Au départ du projet, deux bases adresses étaient disponibles :

- la base établie par l'association Permicomed¹⁴, constituée de 4 500 médecins, qui nécessitait une importante mise à jour (adresse valide, médecins en activité...) et comprenait les adresses (en grand nombre) des médecins de commissions d'appel et des spécialistes agréés.
- la base établie par l'Inserr au titre des formations initiales des médecins¹⁵ depuis 2002, soit 1 142 médecins. Les noms de médecins formés précédemment ne sont pas renseignés et les adresses des médecins ne sont pas forcément à jour.

Aucune de ces deux bases n'était satisfaisante pour l'étude.

La base Permicomed, la plus complète, présentait l'inconvénient essentiel d'être trop large et non mise à jour par rapport à l'activité des médecins et leurs coordonnées.

Pour sa mise à jour, cette base a été croisée avec l'ensemble des listes de médecins publiées sur Internet (par défaut, transmises à notre demande) par les préfectures de France métropolitaine¹⁶. Certaines préfectures ne diffusent que la liste des médecins agréés exerçant à leur cabinet. A notre demande, certaines préfectures nous ont transmis la liste complémentaire des médecins exerçant uniquement en commission préfectorale. Faute de temps, cette demande n'a pas été systématique.

Une base de près de 5 000 médecins a ainsi été constituée.

Un important travail a ensuite été réalisé pour trier cette nouvelle base. Suivant leur spécialité ou suite à une vérification téléphonique, les médecins des commissions d'appel ont été éliminés autant que possible. De nombreux appels téléphoniques et des recherches sur les pages jaunes, ciblés sur les médecins non confirmés par liste préfectorale, ont permis de retirer de la base des spécialistes, de nombreux médecins à la retraite et de corriger quelques adresses.

Au final, **2 801 médecins** ont été retenus pour l'enquête (2 805 contacts initiaux, corrigés à 2 801 ensuite).

Cette base adresses sera fournie à la DSCR avec ce rapport.

Il est possible que cette base sous-estime légèrement les médecins n'exerçant qu'en commission médicale préfectorale car leurs coordonnées sont plus difficiles à obtenir par les préfectures.

¹⁴ Association créée par l'ACMF (automobile club médical de France) pour fédérer les médecins agréés du permis de conduire.

¹⁵ Pour rappel, jusqu'en 2013, la plupart des médecins suivaient leur formation initiale à l'INSERR. On estime de seule une centaine de médecins par an se formaient ailleurs.

¹⁶ L'étude a été limitée à la France métropolitaine.

L'enquête de terrain n'a pas relevé beaucoup de problèmes d'adresses et a fait revenir 8 questionnaires de médecins exerçant uniquement en commission d'appel et 15 questionnaires de médecins n'exerçant plus cette activité.

Compte tenu de la population finalement plus réduite de médecins du permis de conduire, il a été décidé que l'enquête serait **exhaustive**.

Un envoi par courrier a été privilégié à une enquête par Internet. Bien que plus coûteux, ce mode d'enquête a été retenu du fait de l'absence des adresses mail dans la base adresses constituée, de l'âge des médecins dont nous avons connaissance (via une enquête de Permicoméd – voir ci-après) et du faible temps pouvant être accordé par les médecins à cette enquête. Une enquête par téléphone aurait été trop coûteuse.

Le terrain et les retours

En réponse à un appel d'offres, l'institut de sondages Future Thinking France a été retenu. Le protocole suivant, légèrement remanié après concertation avec eux, a été retenu :

- 1^{er} envoi à tous médecins d'un courrier officiel d'annonce de l'enquête (co-signé du délégué interministériel à la sécurité routière et du directeur de l'INSERR), d'un questionnaire vierge, de la feuille de consignes pour son remplissage et d'une enveloppe T pour le retour ;
- 1^{ère} relance, environ 15 jours plus tard, par simple courrier (signé de la directrice des études de l'INSERR) ;
- 2^{ème} relance, environ 15 jours plus tard, accompagnée d'un nouveau courrier officiel co-signé et d'un questionnaire vierge (consignes et enveloppe T incluses).

Les courriers mentionnaient les objectifs de l'étude et ses enjeux pour l'activité de médecine du permis de conduire. Un retour d'informations vers les médecins a été annoncé.

En parallèle, début octobre 2013, l'association Permicoméd a envoyé à tous ses adhérents une information relative à l'étude, les incitant à y participer¹⁷.

Ce dispositif a été très efficace pour maximiser les retours. Le terrain (envoi et réception des questionnaires) s'est déroulé entre le mois de septembre et le mois de novembre 2013. Le taux de réponse a progressé entre chaque relance :

Figure 1 : Evolution du taux de réponse des questionnaires entre chaque relance postale

	Envois courrier et/ou questionnaire	Question- naires reçus	Taux de réponse
Envoi initial (19 sept. 2013)	2 805		
1 ^{ère} relance (10 oct. 2013)	2 185	620	22,1%
2 ^{ème} relance (22 oct. 2013)	1 884	921	32,8%
Fin réception (15 nov. 2013)		1 547	55,2%

Parmi les 1 547 questionnaires reçus, ont été comptés :

- 1 452 questionnaires exploitables (51,8% du total de questionnaires reçus)
- 64 questionnaires inexploitables (réponses incohérentes)
- 8 questionnaires de médecins exerçant uniquement en commission d'appel
- 15 questionnaires de médecins n'exerçant plus l'activité
- 8 questionnaires retournés vides

Avec **51,8 %**, le taux de réponse est exceptionnellement élevé pour une enquête par questionnaire auto-reporté (d'autant plus que l'enquête n'était pas rémunérée).

¹⁷ « Enquête sur le repérage des problèmes alcool : l'Inserr, en partenariat avec Permicoméd réalise une grande étude sur nos pratiques lors des examens médicaux d'aptitude à la conduite, notamment en matière d'alcool. Nous vous encourageons à renvoyer le questionnaire complété que vous recevez par courrier postal afin d'assurer un grand nombre de réponses. Cela prend environ 10 mn. Vous serez destinataires des résultats de cette enquête » Extrait du mailing de Permicoméd du 27/09/2013.

Caractéristiques des répondants et biais identifiés

Ne disposant pas d'informations détaillées sur les médecins de la base adresses, il est difficile de maîtriser des biais dus aux non répondants. Seul leur département d'exercice est connu.

Par rapport à la répartition géographique des médecins de la liste initiale, quelques écarts apparaissent dans l'examen du taux de réponse par région (selon les 22 classes INSEE) ou par département :

- on enregistre un taux de réponse plus faible en région Corse et Centre (35 et 37 %) alors que les régions Basse-Normandie, Pays de Loire et Limousin enregistrent des taux de réponse de l'ordre de 60 %
- dans 17 départements, le taux de réponse des médecins est proche d'un tiers (entre 30 et 39 %) et dans deux départements (Loir-et-Cher et Loiret), le taux chute à 20 %.

Dans certaines régions ou département, la population de médecins ayant répondu sera plus difficilement comparable à la population d'origine, mais l'analyse, compte tenu du faible nombre de médecins agréés dans certains départements, ne se fera pas à cette échelle.

À notre connaissance, une seule étude a été réalisée précédemment sur les médecins du permis de conduire (Permicomed, 2010). Elle a été réalisée en 2009 par l'association de médecins agréés par les préfetures pour l'examen des conducteurs (Permicomed) et a porté sur 500 médecins (taux de réponse inconnu). Cette étude permet de dégager quelques informations de comparaison avec les caractéristiques des 1 452 médecins de notre enquête (nous reviendrons ultérieurement sur l'analyse de ces caractéristiques).

Réponses enquête Permicomed, 2009 (500 questionnaires)	Réponses enquête INSERR, 2013 (1 452 questionnaires)	Commentaires
88 % sont des hommes	85 % sont des hommes	La répartition par sexe n'est pas différente d'une enquête à l'autre
86 % ont plus de 50 ans et 30 %, plus de 60 ans	89 % ont 50 ans et plus ; 50 % ont 60 ans et plus	Les médecins sont plus âgés dans l'enquête INSERR
82 % sont des médecins généralistes et 14 % ont une activité autre que libérale ou hospitalière	94 % exercent en Médecine générale (plusieurs réponses possibles : alcoologie, médecine du sport...) 92 % exercent en cabinet de ville (plusieurs réponses possibles)	On compte plus de médecins généralistes dans l'enquête INSERR mais la question autorisait plusieurs réponses (à l'inverse peut-être du questionnaire de Permicomed)
92 % ont plus de 5 ans d'expérience. Près d'un tiers exerce en médecine agréée depuis plus de 20 ans	78 % ont plus de 5 ans d'expérience ; 29 % exercent depuis plus de 20 ans	L'enquête INSERR compte moins de médecins novices (en lien avec leur âge plus élevé ?)
Près de 40 % n'exercent qu'en cabinet et 13 % n'exercent qu'en préfecture	37 % exercent uniquement en cabinet (hors commission) ; 5 % n'exercent qu'en commission	La part des médecins n'exerçant qu'en commission est nettement moindre dans l'enquête INSERR

Les principaux écarts entre la population de médecins touchée par notre enquête en 2012 et celle ayant répondu en 2009 au questionnaire de Permicomed concernent l'âge (l'écart pouvant s'expliquer par un vieillissement et un non renouvellement de la population de médecins du permis de conduire) et la proportion de médecins n'exerçant qu'en commission. Ce dernier point est soit dû un léger défaut de notre base d'adresses (voir ci-dessus), soit une conséquence des textes réglementaires de 2012 qui orientent de plus nombreux conducteurs vers la consultation en cabinet de ville et limitent l'exercice en commission préfectorale.

Même si les données de comparaison sont réduites, la population de médecins ayant répondu à notre enquête ne semble pas souffrir d'un biais majeur.

Si les médecins contactés ont répondu massivement à cette enquête, en revanche, ils n'ont pas forcément respecté les consignes de remplissage propres à chaque question (questions n'appelant

qu'une seule réponse, questions filtres...), nous obligeant à certains redressements. Les consignes générales, transmises avec le questionnaire, à deux reprises, et jointes en annexes, ne semblent pas avoir posé de difficulté. Quelques médecins soulignent dans leurs commentaires libres, le flou de certaines questions, en particulier les questions 69 et 70 (voir questionnaire en annexe), apparemment « peu compréhensibles » et « mal formulées ».

Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré par l'INSERR sur la base des attentes de la DSCR, des enseignements de la revue de littérature (voir ci-après) et d'échanges avec les membres du comité scientifique constitué pour les besoins de cette étude. Une validation finale avec les commanditaires (réunion du comité de pilotage institutionnel du 22 mai 2013) et un test ont également été organisés.

Comité scientifique et technique

Dans chacune de ses études, l'INSERR s'entoure d'un comité scientifique et technique dont le rôle est d'accompagner et de conseiller l'INSERR, aux étapes clefs de l'étude.

Dans le cadre de ce projet, le comité était constitué de représentants de diverses spécialités médicales (médecine du travail, addictologie, médecine du permis de conduire), de psychologues et d'experts dans le domaine des enquêtes épidémiologiques. Plusieurs pratiquent et/ou connaissent bien la médecine du permis de conduire :

- Dr Philippe Hache, médecin du travail et Conseiller médical en santé au travail à l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité) ;
- Colette Ménard, psychosociologue, chargée d'expertise scientifique au département « Enquêtes et analyses statistiques », Direction des affaires scientifiques, INPES (Institut national de prévention et d'éducation à la santé) ;
- Dr Dorothée Lécallier, Médecin de recherche à l'IPPSA (Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie) ;
- Dr Patrick Daimé, médecin addictologue, expert en commission d'appel pour l'aptitude médicale à la conduite ;
- Dr Etienne Swan, médecin agréé de commission médicale ;
- Dr Denis Dulieu, médecin agréé de commission médicale ;
- Laurence Weber, psychologue, en charge d'examens psychotechniques pour les conducteurs et conseillère technique « Post-permis » à l'INSERR ;
- Dr Michèle Muhlmann Weill, vice-présidente du Collège français de médecine du trafic (CFMT) et membre du Conseil scientifique de l'INSERR.

Ce comité s'est réuni à deux reprises : pour examiner et valider le questionnaire et le protocole d'enquête et pour examiner les premiers résultats et les contextualiser. Il a également été sollicité pour relecture et avis du rapport final et des recommandations.

Présentation du questionnaire

Si l'enquête s'adresse en premier lieu aux médecins exerçant en commission médicale, qui font face, en particulier depuis la réforme de 2012, aux conducteurs auteurs d'infractions en lien avec la consommation d'alcool ou de stupéfiants au volant, il était très intéressant à travers cette enquête de cerner la pratique en ville : est-elle différente de celles des médecins de commission ? les médecins exerçant dans les deux endroits modifient-ils leur pratique ?

Pour cerner ces différences, et pour des raisons pratiques (éviter aux médecins concernés par l'une ou l'autre de cette pratique de remplir l'ensemble du questionnaire), le questionnaire a été divisé en différentes parties. La première question (et un rappel dans la feuille de consignes et le courrier d'accompagnement) visait à orienter les médecins vers les questions les concernant et évitait, autant que possible, les redondances :

Figure 2 : Structure du questionnaire

A. Médecins exerçant en commission primaire	Exercice de la médecine du permis de conduire : généralités Repérage du risque alcool : ciblage et méthodes Décision d'aptitude à la conduite Autres démarches	31 questions
B. Médecins exerçant hors commission	Exercice de la médecine du permis de conduire : généralités	5 questions
C. Médecins exerçant <u>uniquement</u> hors commission (en ville)	Repérage du risque alcool : ciblage et méthodes Décision d'aptitude à la conduite Autres démarches	24 questions
D. Médecins exerçant en commission et hors commission	Les différences entre la pratique hors commission et la pratique (décrite précédemment) en commission	7 questions
E et F. Pour tous les médecins	Questions d'opinion Signalétique	18 questions

Le questionnaire est relativement long mais la plupart des questions sont des questions fermées et aucun médecin n'avait à remplir les 86 questions. Les quelques zones de commentaires (1 question ouverte, les modalités « autre » et la zone libre finale) ont été abondamment utilisées par les médecins (208 commentaires libres recueillis en fin de questionnaire, repris dans l'analyse et transmis pour information à la DSCR).

Le questionnaire est présenté en annexe.

Avant sa diffusion, ce questionnaire a été testé (début juillet 2013) auprès d'une dizaine de médecins recrutés lors d'une session de formation continue. Des ajustements mineurs ont été introduits grâce à leurs commentaires. Le questionnaire, bien que long (86 questions), ne semblait pas poser de difficulté de remplissage.

Néanmoins, dans leurs commentaires libres, plusieurs médecins reprochent la durée de remplissage du questionnaire qui dépassait les 15 minutes annoncés (« il faut largement plus de 15 minutes pour remplir le questionnaire avec objectivité et professionnalisme »).

Si quelques médecins ne sont plaints de la durée de remplissage, de la non indemnisation de cette enquête et du flou de certaines questions (voir ci-dessus), d'autres ont manifesté leur intérêt, par exemple à travers ce commentaire libre : « ce questionnaire est bien intéressant car, entre autre, il éveille un regard critique sur ma pratique ».

Comme signalé précédemment, ce questionnaire a été conçu pour être en phase avec les recommandations actuelles en matière de repérage des problèmes d'alcool en médecine générale ou en médecine du travail. Il s'est aussi inspiré de certaines enquêtes réalisées auprès de ces médecins, autorisant certaines comparaisons dans l'analyse des résultats. L'essentiel de la littérature (abondante) sur ce sujet est présentée ci-après.

REVUE DE LITTERATURE

Cette enquête est au centre de plusieurs problématiques :

- la place de l'alcool dans la société française, en termes de niveaux de consommation et de représentations ;
- l'enjeu de sécurité routière que représente la consommation d'alcool avant de prendre le volant ;
- l'évolution des connaissances et des pratiques dans le domaine de l'alcoologie et l'addictologie ;
- la prévention de la consommation d'alcool en France et les enjeux d'un repérage précoce et de masse des consommations à risques.

Cette étude s'est construite autour des enseignements de ces différentes problématiques. Pratiquement aucune étude ne porte sur les médecins du permis de conduire. Les références sont donc celles de la médecine générale, spécialité dont sont issus la plupart des médecins du permis de conduire (voir « Caractéristiques des médecins agréés du permis de conduire ») ou de la médecine du travail, une autre médecine de contrôle.

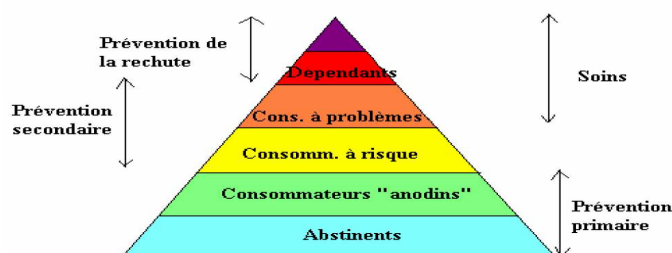
La médecine du permis de conduire conduit à la rencontre de conducteurs aux profils différents avec des médecins ayant suivi la ou les formations spécifiques. Les premiers sont à l'image des consommateurs d'alcool en France qui prennent le risque de conduire ensuite ; ils sont aussi influencés par les représentations dominantes en France sur l'alcool. Les médecins n'échappent pas à ces représentations qui *bousculent* parfois leurs pratiques. Ils sont au cœur de l'enjeu d'une prévention de masse de la consommation problématique d'alcool.

Les notions d'usages d'alcool

La présentation des niveaux d'usage peut prendre plusieurs formes, suivant que sa finalité est clinique ou épidémiologique.

La pyramide de Skinner, quoi qu'un peu ancienne¹⁸, présente l'avantage de faire apparaître le risque alcool comme un phénomène progressif (le passage d'un stade à l'autre n'est pas systématique). Dans la présentation reproduite ici, à chaque stade correspond un type d'intervention (prévention ou soins). Pour la problématique de notre étude, deux groupes intermédiaires sont particulièrement intéressants : les consommateurs à risque et les consommateurs à problèmes. « Ces deux groupes ont en commun la capacité de revenir en arrière, et d'avoir intérêt à le faire » (Fillol Ghazi, 2005, p.30). Ce niveau de consommation est rarement un motif de consultation pour ces usagers, qui n'ont pas forcément conscience du risque de complications physiques ou sociales. Ces consommateurs ne présentent pas forcément les signes plus visibles des alcoolodépendants et échappent, comme nous le verrons ensuite, à l'examen traditionnel du médecin généraliste.

Figure 3 : Pyramide de Skinner



citée par Fillol Ghazi, 2005.

¹⁸ Skinner H. et al., "Early identification of alcohol abuse. Critical issues and psychosocial indicators for a composite index", *Can Med Assoc Journal*, n°124, 1981, pp.1141-1152 (cité par Fillol Ghazi, 2005)

Un consensus s'applique aux définitions suivantes :

Usage à risque : définit une consommation supérieure aux seuils préconisés par l'Organisation mondiale de la santé, appelés « seuils de risque » ; en dessous de ces seuils, le consommateur est considéré comme étant à « faible risque » ; au-delà, il est considéré comme étant « à risque », le risque s'entend par rapport à des dommages somatiques ou sociaux.

Ces seuils de risque sont :

- pas plus de 4 verres standard¹⁹ en une seule occasion (dîner, soirée...)
- pas plus de 14 verres standard par semaine pour les femmes (soit 2 verres par jour en moyenne)
- pas plus de 21 verres standard par semaine pour les hommes (soit 3 verres par jour en moyenne)

Ces seuils sont repris dans les recommandations de la société française d'alcoologie²⁰.

Cependant, au début des années 2000, l'expertise collective de l'INSERM sur l'alcool a remis en cause ces seuils pour la France, obligeant à un réexamen des messages de prévention : 3 verres par jour chez l'homme et deux verres par jour chez la femme (INSERM, 2001). Plus récemment, le National Health and Medical Council australien a publié de nouvelles recommandations préconisant de ne pas dépasser deux verres par jour pour les hommes comme pour les femmes. Ces seuils font encore aujourd'hui l'objet de débat (Palle, 2013b, p.210).

Au-delà de la question des seuils, l'usage à risque est défini comme une consommation susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages (dépendance incluse). Le risque est soit différé et cumulatif (au-delà de certains seuils de consommation), soit immédiat (en cas de situation à risque comme la conduite automobile, en cas de consommation rapide et/ou associée à d'autres produits ou encore de pathologies spécifiques)²¹.

Pour la médecine du permis de conduire, la terminologie adoptée dans l'arrêté du 21 décembre 2005 et repris dans celui du 31 août 2010 (fixant la liste des affections médicales incompatibles avec la conduite) est celle de l'usage nocif, abus ou dépendance. Les définitions admises sont :

Usage nocif ou abusif : définit par l'existence de dommages avérés dans les domaines sanitaires ou sociaux, pour le sujet ou pour son entourage, sans qu'il y ait dépendance à l'alcool.

Usage avec dépendance (ou alcoolodépendance) : correspond à une perte de maîtrise de la consommation d'alcool. La référence n'est donc plus uniquement celle des seuils de consommation.

Dans les enquêtes par questionnaires diffusées en population générale, les notions font souvent uniquement référence à la fréquence des consommations : expérimentation (au moins une fois dans sa vie), usage dans l'année (au moins une fois dans l'année écoulée), usage régulier (10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours), usage quotidien (OFDT, 2013a).

L'AUDIT-C, version courte du questionnaire AUDIT mis au point par l'OMS au début des années 1990, est parfois également utilisé en enquête en population générale. Il reprend trois questions du test initial : la fréquence d'usage au cours des douze derniers mois, le nombre de verres bus un jour de consommation type et la fréquence des épisodes de consommation ponctuelle de quantités importantes. La classification des buveurs selon l'Audit C comporte 4 niveaux : les individus « sans risque occasionnel », « sans risque régulier », « à risque ponctuel » et « à risque chronique ou dépendant ».

Les limites entre ces différents stades et niveaux d'usage d'alcool sont souvent difficiles à établir et sont variables en fonction des facteurs de risque individuels. Nous verrons tout au long de ce rapport comment les médecins évaluent et parfois quantifient le problème d'alcool.

¹⁹ Le verre standard est l'unité de référence servant de base à la quantification de la consommation d'alcool et traduisant une même concentration d'alcool ; dans les débits de boissons, les doses standard (ballon de vin, demi de bière, coupe de champagne, dose d'alcool anisé...) contiennent toutes 10 g d'alcool. Les quantités d'alcool servies à domicile ne respectent pas forcément les mêmes doses.

²⁰ Recommandations de la SFA 2003 : Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque - Usage nocif (<http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A10>)

²¹ Recommandations de la SFA 2003 (sus citées)

La place de l'alcool en France

Il s'agit ici de donner un aperçu rapide du contexte dans lequel évoluent les conducteurs dont certains se retrouveront en consultation d'aptitude à la conduite automobile.

Niveau de consommation d'alcool en France

Malgré la forte baisse des quantités d'alcool vendues sur le territoire depuis les années 1960, la France demeure l'un des pays le plus consommateur d'alcool dans le monde. En 2012, la France enregistrait 11,8 litres d'alcool pur par an et par habitant de 15 ans et plus (soit un peu plus de deux verres et demi d'alcool par jour et par habitant de 15 ans ou plus)²². D'après le site de l'OMS, la France se situe ainsi au même niveau que l'Allemagne, l'Espagne, l'Irlande, pays devancés en Europe par plusieurs pays de l'est qui affichent des niveaux à 13-14 litres/an (République Tchèque, Estonie, Lituanie, Roumanie, etc.)²³.

La consommation d'alcool est donc fréquente en France mais ce chiffre global masque différents niveaux d'usage d'alcool. Les derniers chiffres de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) indiquent que la population française de 11-75 ans compte 8,8 millions de consommateurs réguliers²⁴ d'alcool au sein desquels 5 millions en font un usage quotidien (OFDT, 2013b). D'après l'enquête Baromètre santé de 2010, près de 9 Français sur 10, âgés de 18-75 ans, déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois : 12 % des Français de 18-75 ans consomment de l'alcool tous les jours, 37 % au moins une fois par mois (mais pas quotidiennement) et 38 % moins souvent (Beck et al., 2011). La consommation, notamment quotidienne, d'alcool augmente fortement avec l'âge et est plus importante chez les hommes que chez les femmes. D'autres différences apparaissent en termes de types de boissons consommées et modes d'usage (ivresse, alcoolisation précoce intensive...).

A partir de l'AUDIT-C, cette enquête indique également que 37 % des Français âgés de 18 à 75 ans sont des buveurs sans risque occasionnel, 12 % des buveurs sans risque régulier, 28 % des buveurs à risque ponctuel et 9 % à risque chronique (Beck et al., 2011). Il y aurait ainsi en 2010 en France 3,8 millions de consommateurs à risques (dépendants ou non) âgés de 18 à 75 ans, essentiellement des hommes (OFDT, 2013b). Le nombre de buveurs « à risque de dépendance » serait de 520 000 (Palle, 2013b).

Prise en charge

Face à l'ampleur des consommations problématiques d'alcool en France, la prise en charge est encore insuffisante et souvent centrée sur certaines catégories de consommateurs. Cela s'explique aussi par les efforts centrés durant de nombreuses années en France sur la construction d'un dispositif spécialisé de soins en alcoologie.

En 2010, 133 000 personnes ayant un problème avec l'alcool sont venues consulter en ambulatoire dans le dispositif spécialisé des CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie)²⁵. Environ 470 000 hospitalisations pour un problème d'alcool (y compris en diagnostic associé) ont été recensées en 2011 dont 60 % concernent des troubles liés à la dépendance (soit environ 180 000 patients). Les consultations hospitalières en ambulatoire ne peuvent être comptabilisées (OFDT, 2013b).

La prise en charge en médecine de ville est également difficile à évaluer. D'après le Baromètre santé médecins généralistes de 2009, 50 000 patients sont vus en une semaine pour un sevrage alcoolique²⁶. Il est encore plus difficile de mesurer les autres modes d'intervention des médecins

²² Source INSEE, publiées dans : séries statistiques de l'OFDT (http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml)

²³ Chiffres OMS, publiés dans : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1025?lang=en>

²⁴ C'est-à-dire ayant au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine pour les adultes, ou au moins 10 dans le mois pour les jeunes.

²⁵ On compte 419 CSAPA en ambulatoire en France en 2010 dont 55 % accueillent en majorité des patients consommateurs d'alcool (Palle et Rattanatrak M., 2013).

²⁶ Estimation OFDT à partir de Guignard et al., 2011.

généralistes mais de nombreuses études ont montré que cette prise en charge en médecine de ville rencontre de nombreux obstacles (voir ci-après).

Représentations sur l'alcool

La baisse de la consommation d'alcool dans la population se heurte à des pratiques et des représentations culturelles particulières. Comme nous l'avons vu, la France est l'un des pays qui consomme le plus d'alcool au monde. Les représentations en matière d'alcool sont souvent positives (liens sociaux, représentation festive et « ordinaire »). Bien qu'ancienne, cette citation est représentative : « En France, il existe de nombreuses représentations positives de la consommation d'alcool (rôle alimentaire, facteur de sociabilité, rôle festif, identité culturelle française...) et plus de 80 % des Français ne sont concernés que par ces aspects positifs. À l'inverse, il n'existe qu'une seule représentation négative : « l'alcoolisme » (alcool-dépendance et ses complications). Il n'existe aucune représentation sociale de la nocivité progressive de la consommation d'alcool (risque des consommations régulières modérées ou occasionnelles importantes, passage progressif à l'alcool-dépendance, etc.) » (Ramond et Pessione, 2001).

En population générale, l'alcool est jugé dangereux surtout au stade de l'usage quotidien : en 2013, 74 % des Français estiment que l'alcool est dangereux seulement en consommation quotidienne d'après l'enquête EROPP de l'OFDT (Tovar et al., 2013). Dans un même temps, les mentalités évoluent. Bien que l'expérimentation d'alcool soit nettement moins souvent jugée comme dangereuse que les drogues illicites (héroïne, cocaïne, cannabis) ou que le tabac, de plus en plus de Français estiment que l'alcool est dangereux pour la santé « dès qu'on l'essaye » (5% le pensaient en 2002, ils sont 11% en 2013) et de plus en plus jugent qu'il est dangereux « même en consommation occasionnelle » (1 % en 2002 contre 11 % en 2013). La dose moyenne au delà de laquelle la consommation d'alcool est jugée néfaste pour la santé reste de 3,4 verres par jour en 2013, mais les plus jeunes (25-34 ans) placent le seuil à 3,0 verres par jour alors que les générations les plus âgées (65-75 ans dans cette enquête) citent un seuil de 3,8 verres par jour (Tovar et al., 2013).

Ces représentations ont une influence non négligeable sur la façon dont les professionnels de santé se saisissent du problème.

Alcool et sécurité routière

La consommation d'alcool a de nombreuses conséquences sur la santé des Français. Les dernières données publiées sur la mortalité liée à l'alcool rapportent un nombre de 49 000 décès en 2009, provoqués par des cancers (31 % des décès), des maladies cardiovasculaires (25 %), des accidents ou des suicides (17 %), des cirrhoses ou autres maladies digestives (16 %) ou encore d'autres causes (10 %) (Palle, 2013a, en référence à Guerin et al., 2013). L'actualisation des données de l'étude SAM a permis d'estimer, à partir des chiffres de l'accidentalité routière de 2008, que 1 400 décès peuvent être imputés à une conduite sous l'emprise de l'alcool. Cette même étude a établi que conduire sous l'influence de l'alcool augmente par 8,5 le risque d'être responsable d'un accident routier mortel (Laumon et al., 2011).

Depuis 2000, ce chiffre de morts sur la route attribuables à l'alcool diminue, principalement du fait de la baisse globale de la mortalité routière due à la réduction des vitesses. La proportion de personnes décédées dans un accident mortel dans lequel l'alcool est en jeu demeure inchangée, autour de 30 %. En 2012, les forces de l'ordre signalent que l'alcool est la cause principale d'au moins 20 % des accidents mortels ; 30 % des accidents mortels se produisent en présence d'un conducteur positif à l'alcool (ONISR, 2013).

Ainsi, l'alcool demeure un enjeu fort de sécurité routière.

Sur la route, la consommation d'alcool est fortement réglementée : depuis 1965, la conduite sous l'empire d'un état alcoolique est un délit. Depuis le décret du 29 août 1995, la conduite d'un véhicule de tourisme est interdite à partir de 0,5g d'alcool par litre de sang (ou 0,25 mg/l d'air expiré). Elle est passible d'une contravention de 4^{ème} classe si ce taux est inférieur à 0,8 g/l de sang

et relève du délit si le taux est supérieur ou égal. Dans les deux cas, le conducteur est passible d'un retrait de 6 points sur son permis de conduire. La suspension de son permis de conduire est possible dès le seuil contraventionnel de 0,5 g/l de sang. Son permis peut lui être retiré au-delà. Un conducteur contrôlé avec une alcoolémie positive est donc susceptible, pour différents motifs, de passer devant la commission médicale pour un contrôle de son aptitude médicale à conduire.

A 0,5 g/l de sang, le conducteur peut déjà présenter des perturbations de la vision, de l'estimation des distances, de la rapidité des réflexes, de l'équilibre, de l'estimation des distances... même si ces effets peuvent varier d'une personne à l'autre. Si ce seuil correspond approximativement à la consommation de deux verres standards de vin, la mesure de la consommation d'alcool en visite médicale doit être plus précise pour tenir compte des spécificités individuelles et des dommages éventuels associés.

La place de l'alcool chez les professionnels de santé : représentations et pratiques de prévention

Les médecins généralistes n'échappent pas aux représentations sociales en matière d'alcool. C'est d'ailleurs ce que plusieurs études portant sur les médecins généralistes relèvent : « Les représentations des médecins généralistes concernant le produit [l'alcool] sont tout aussi contrastées que celles de l'opinion publique. De la consommation admise et valorisée, on passe brutalement à des représentations empreintes de jugement moral » (Diaz Gomez et Milhet, 2005, p.20). Leur pratique en matière de prévention des consommations problématiques d'alcool est largement influencée par ces représentations (nous ne reviendrons pas sur la pratique de soins et de prise en charge spécialisée). Depuis le début des années 2000, un courant se diffuse en France de promotion d'un repérage de routine des consommations d'alcool des patients en médecine générale. Des expérimentations sont également menées en médecine du travail. Nous reviendrons sur les recommandations actuelles et, tout au long du rapport, sur les outils et techniques de diagnostic actuellement validés.

Représentations des médecins généralistes

Plusieurs études, en France ou ailleurs, montrent que les obstacles à la prévention des consommations à risque d'alcool relèvent plus souvent des médecins et de leurs réticences que des patients.

Certes, du côté des patients, on évoque le problème du déni pour certains. Plus largement, la banalisation des consommations d'alcool fait que les patients n'abordent pas systématiquement la question de l'alcool. Cependant, au stade de l'usage à risque ou à problèmes (voir ci-dessus), les patients n'éprouvent pas de culpabilité ; aborder avec eux la question « n'est pas si compliqué qu'il n'y paraît » (Michaud *et al.*, 2003, p.282). Au contraire, certaines études montrent que les patients accordent à leur médecin généraliste une grande confiance à ce sujet « à la question “ jugez-vous que votre médecin généraliste serait dans son rôle s'il abordait avec vous les questions liées à l'alcool ?”, la réponse est positive pour 88% des répondants » (enquête menée en 2002 auprès de 1 600 résidents de région parisienne²⁷ citée par Diaz Gomez et Milhet, 2005, p.24).

Plusieurs études se sont penchées sur les représentations des médecins en matière d'alcool.

Par exemple, 170 médecins généralistes de région parisienne interrogés au début des années 2000 dans le cadre de la mise en œuvre du programme « Boire moins c'est mieux » (Fillol Ghazi, 2005) signalaient leur fort intérêt aux problèmes liés à la consommation d'alcool, une légitimité pour prendre l'initiative mais un confort à intervenir plutôt face aux pathologies les plus sévères, un manque de repères pour différencier alcoolisation à risque, à problème et dépendance et des difficultés à aborder de façon systématique ce sujet. Nous reviendrons dans cette étude sur la question du repérage opportuniste. Les principaux obstacles avancés sont le manque de formation et

²⁷ Michaud, P. et Fouilland P., « Alcool, tabac, drogue : Le public fait confiance aux médecins », *La Revue du praticien*, tome17, n°611, 2003, pp. 605-608.

l'impression qu'ils se font des sentiments de leurs patients ; « en réalité, ce sont les médecins qui projettent leur propre image sur les patients. Les formations doivent aider à prendre conscience de ce mécanisme projectif » (Fillol Ghazi, 2005, p.77).

Quelques années auparavant, à travers une étude par questionnaire auprès d'un échantillon de 200 médecins généralistes tirés au sort parmi ceux recensés par la CNAM, la même contradiction ressortait entre l'importance accordée par les médecins à la prévention en général et le peu de temps qui lui est consacré, en particulier dans le domaine de l'alcoologie (Bouix *et al.*, 2002). Les difficultés rencontrées renvoient souvent au manque de savoir-faire et au déficit de formation. Le manque de temps et la faible valorisation des actes préventifs sont également avancés par certains (Michaud *et al.*, 2003, p.283). L'uniformité du prix de la consultation, quel que soit le temps passé, n'incite pas les médecins à aborder un problème tel que « l'alcool » qui, une fois évoqué, nécessite du temps (Huas et Rueff, 2010, p.40).

Le manque de légitimité revient souvent, de même que la peur de gêner le patient ou de lui déplaire, au risque de le perdre (Michaud *et al.*, 2003, p.283). Ces craintes sont liées à une mauvaise appréhension des niveaux d'alcool : « parler d'alcool avec leurs patients équivaldrait à les suspecter d'être alcooliques » (Bouix *et al.*, 2002, p.1491). Plus largement, les médecins estiment que ces informations relèvent plus de la sphère privée : « les généralistes français sont traditionnellement des soignants (...). L'alcool reste encore un sujet tabou, peu renseigné, mal repéré et "évacué" » (Bouix *et al.*, 2002, p.1492). La propre représentation du médecin et son rapport à l'alcool ont également de l'influence.

Plus récemment, 539 médecins généralistes ont été interrogés en 2007-2008 par l'OFDT (ces médecins étaient volontaires pour être formés en alcoologie – voir ci-après). La difficulté d'ouvrir le dialogue semble relever plutôt des caractéristiques de leurs patients que des aptitudes ou des contraintes professionnelles des médecins. Arrive en premier lieu le refus supposé du patient quant à parler d'alcool (cité comme obstacle principal par 54 à 65 % des médecins suivant les régions) puis le sentiment que le patient minimise sa consommation (cité par 29 à 42 % des médecins). « Par contraste, une gêne personnelle du médecin, un manque de formation, une crainte d'être démuné en découvrant un problème d'alcool ne sont guère perçus comme des obstacles importants pour parler d'alcool en consultation. De plus, l'absence de rémunération des actes de prévention et le caractère chronophage du traitement de l'alcool en consultation ne sont que marginalement classés parmi les obstacles importants quand à ouvrir le dialogue sur la question » (OFDT, 2009, p.28).

A plusieurs reprises depuis la fin des années 1990, les médecins généralistes ont été interrogés par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation à la santé) dans le cadre des enquêtes Baromètre santé sur leurs pratiques en matière de prévention et éducation à la santé (Gautier *et al.*, 2011). La dernière enquête, réalisée en 2009, confirme encore l'existence de freins en matière de prévention des problèmes d'alcool, comparé à d'autres sujets comme le tabagisme (Fournier *et al.*, 2011). En 2009, seuls 23 % des médecins abordent au moins une fois avec chaque patient la question de la consommation d'alcool (contre 63 % pour le tabac). La consommation d'alcool, tout comme la vie affective et sexuelle et l'usage de drogues, est un thème de prévention jugé difficile à aborder avec leurs patients (40 % le jugent plutôt pas ou pas du tout facile à aborder). Ils sont cependant 98 % à déclarer que la prévention de la consommation d'alcool (tout comme le risque cardio-vasculaire ou le tabagisme) fait partie de leur rôle, en lien avec une formation en éducation pour la santé, une activité intense (plus de 30 actes par jour) ou encore l'appartenance à un réseau de santé. De manière globale, ils demandent davantage de temps pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation pour la santé, mais aussi des campagnes d'information grand public ou encore un rôle davantage reconnu en prévention. Signalons simplement qu'en 2003, la résistance des patients était citée comme le frein principal à une démarche de prévention et d'éducation à la santé par 51 % des médecins généralistes, suivi par le manque de temps (cité par 33,5 %). Le manque de formation arrivant largement ensuite (4,8 %) (Buttet et Fournier, 2005, p.76).

Plusieurs de ces études ont été réalisées dans le cadre de la diffusion d'une nouvelle approche en matière de prévention du risque alcool en médecine générale, appelée « Repérage précoce et intervention brève » ou RPIB.

Les origines du RPIB : le projet de l'OMS et sa diffusion en France

Au début des années quatre-vingts, l'OMS lance le programme Early Identification and Brief Intervention (EIBI), qui accompagne des changements importants de paradigme : dépasser la prise en compte unique de l'alcoolisme, qui n'est pas la seule forme d'usage d'alcool susceptible d'entraîner des dommages sanitaires ou sociaux (voir ci-dessus « Les notions d'usages d'alcool ») ; développer la prévention primaire en matière d'alcool et s'appuyer sur les acteurs du soin primaire, au premier rang desquels, en France, les médecins généralistes²⁸.

Le projet de l'OMS comporte quatre phases dont la première a abouti à l'élaboration du questionnaire AUDIT, déjà présenté précédemment (voir ci-dessus « Les notions d'usages d'alcool »).

La deuxième phase a apporté la preuve, à travers des études menées dans 10 pays auprès de consommateurs à risque, de l'efficacité d'une intervention brève (5 min) pour réduire la consommation d'alcool et améliorer leur état de santé. L'étude de l'OFDT (Diaz Gomez et Milhet, 2005), menée dans le cadre de la promotion du RPIB en France (voir ci-après) revient sur les résultats des méta-analyses : *« malgré les limites méthodologiques des différents travaux, les chercheurs s'accordent sur le fait que l'efficacité de l'intervention brève est démontrée au-delà des doutes raisonnables »* (Milhet et Diaz Gomez, 2006, encadré p.2). Nous traiterons peu dans le cadre de cette étude de la partie « Intervention brève » du RPIB pour se concentrer sur le « Repérage précoce » et les outils validés pour cela.

Les études françaises citées précédemment sur les représentations des médecins font partie de la phase 3 du projet de l'OMS qui porte sur les conditions nécessaires à la diffusion du RPIB, l'identification auprès des médecins généralistes des freins et facteurs favorisants.

Enfin, la dernière phase vise la diffusion à grande échelle du RPIB, en pratique de routine. A ce stade, comme le souligne l'OFDT, « il n'existe pas de protocole préétabli à décliner. Seules de grandes orientations sont données : adapter les outils du RPIB ; favoriser la diffusion de nouvelles représentations sociales en matière d'alcool ; instituer une "organisation locomotive" susceptible de promouvoir le projet dans le pays et nouer des "alliances stratégiques" avec l'ensemble des acteurs permettant d'asseoir la stratégie dans le contexte national et réaliser des études de faisabilité » (Milhet et Diaz Gomez, 2006, encadré p.3).

En France, plusieurs expérimentations régionales ont été menées au début des années deux-mille, en particulier à travers le programme « Boire moins c'est mieux » de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie). Dans ce programme, plusieurs recherches actions ont cherché à adapter les outils de l'OMS au contexte français (aboutissant au questionnaire FACE – voir ci-après) et les techniques de mobilisation des médecins généralistes au contexte français. Dans la continuité de ce programme, les autorités nationales, accompagnées de l'ANPAA, ont élaboré des outils à destination des médecins et de leurs patients, reprenant les principes et recommandations du RPIB (voir ci-après).

En 2006, la Direction générale de la santé lance une stratégie nationale de diffusion de la formation au RPIB. Celle-ci se déroule sur une période de cinq ans (2006-2010) et prévoit un financement national d'un million d'euro, que les acteurs régionaux pourront éventuellement compléter. L'objectif affiché est de parvenir à former au moins 75 % des médecins généralistes sur cette période²⁹. Le suivi et l'évaluation de cette stratégie ont été confiés à l'OFDT. En 2008, sur 6 régions participantes, l'OFDT a pu recenser près de 1 000 médecins formés au RPIB par l'intermédiaire de 19 organismes ou formateurs (OFDT, 2009). Un des objectifs du RPIB est de modifier les

²⁸ Site de l'IPPSA (Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie) : <http://www.ippsa.fr/rpib/>

²⁹ Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie (Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 2006/11 p. 121-126)

perceptions des médecins, comme relatées précédemment. L'OFDT a ainsi interrogés des médecins avant et un an après leur formation au RPIB. Près de 200 médecins formés ont été suivis. « Sur l'ensemble des indicateurs d'évaluation retenus, l'ampleur des changements déclarés un an après la formation, témoigne d'une évolution tout à fait remarquable dans le sens d'une meilleure connaissance des alcoolisations excessives d'une part et de l'adoption des pratiques professionnelles attendues pour y faire face d'autre part » (OFDT, 2009, p.33).

Recommandations actuelles

Les travaux de l'OMS sur le RPIB et ses développements en France, notamment à travers le programme « Boire moins c'est mieux », ont abouti à des recommandations à destination des médecins généralistes, acteurs clefs du repérage de masse de la consommation d'alcool dans la population. Nous reprenons ici les informations éditées par l'INPES dans le cadre de plusieurs guides destinés aux médecins et à leurs patients « *Alcool : Ouvrons le dialogue* ». Ces recommandations cliniques françaises sont complétées ici, et tout au long du rapport, par celles émanant d'un ouvrage élaboré dans le cadre d'un projet européen (PHEPA : Primary Health Care European Project on Alcohol), qui réunit en 2008 l'ensemble des données probantes sur lesquelles s'appuie la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève (Anderson et al., 2008)³⁰.

Le guide à destination des médecins (INPES, Guide médecin) propose la démarche suivante :

- ouvrir le dialogue
- aider le patient, s'il le souhaite, à faire le point sur sa consommation d'alcool
- et, si le patient envisage de changer ses habitudes sans attendre, l'aider à renforcer ses motivations et à construire un projet de réduction de sa consommation.

Même si dans notre étude, les médecins du permis de conduire sont essentiellement interrogés sur les étapes de repérage et diagnostic de la consommation d'alcool des usagers qu'ils examinent en consultation, évoquons rapidement les principes des interventions proposées.

Les recommandations en milieu professionnel de la société française d'alcoologie incitent à faire la distinction entre « repérage » (défini comme une procédure sommaire qui permet d'identifier les individus qui présentent des troubles liés à l'alcool), « détection » (procédure plus élaborée qui permet de situer le niveau de risque des habitudes de consommation, de valider des hypothèses soulevées pendant le repérage ; en général englobé dans le repérage), « évaluation » (procédure qui permet de déterminer la nature et gravité des difficultés et/ou établir un diagnostic ; permet de statuer quant à la nature et gravité du problème ; nécessite un examen diagnostique) et enfin les « interventions brèves » (interventions psychosociales, circonscrites dans le temps) (SFA et SFMT, 2013, p.71).

Recommandations en matière de repérage

Le repérage de la consommation d'alcool débute par l'ouverture d'un dialogue sur le sujet avec le patient. Le médecin est encouragé à énoncer ses objectifs : faire entrer l'alcool dans le « droit commun », en parler sans jugement de valeur ; proposer au patient de réfléchir avec lui sur sa consommation ; et l'accompagner dans son désir de changement (INPES, Guide médecin, p.18).

La recommandation est non seulement de demander systématiquement à chaque nouveau patient s'il consomme des boissons alcoolisées, mais aussi d'interroger régulièrement ses patients habituels sur ce sujet.

Les premières questions, ouvertes, sont destinées à initier le dialogue et sentir s'il est possible à ce moment-là. Si le patient est d'accord pour parler de sa consommation d'alcool, le médecin lui propose de faire le point ensemble.

³⁰ P. Anderson, A. Gual et J. Colom, *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*, traduit en France par l'Institut national du cancer (INCa) en collaboration avec le bureau des pratiques addictives de la Direction générale de la santé (ministère chargé de la Santé), le programme « Boire Moins C'est Mieux », l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (Anpaa), la Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A) et la Société française d'alcoologie (SFA). Référence : Anderson et al., 2008.

Débutent alors l'approche quantitative de la consommation d'alcool, qui repose sur plusieurs outils, que le patient peut remplir seul ou lors de la consultation. Le guide de l'INPES destiné aux médecins et celui destiné aux patients, évoquent différents tests : le questionnaire DETA³¹ en quatre questions ; le questionnaire AUDIT déjà évoqué précédemment qui est présenté comme le test de référence, dans sa version longue en 10 questions. Le questionnaire FACE (formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien), élaboré dans le cadre du programme Français « Boire moins c'est mieux » est également proposé, en substitut de l'AUDIT si le patient ne peut remplir seul le questionnaire. Le patient est également incité à décrire, à l'aide d'un tableau, sa consommation d'alcool de la semaine précédente, permettant de la comparer aux seuils de risque (voir ci-dessus). Le rapport européen privilégie plutôt l'AUDIT-C (version courte de l'AUDIT) pour permettre aux médecins généralistes de rendre plus systématique le repérage (Anderson et al., 2008, p.72).

Tous ces outils déclaratifs seront détaillés dans la suite du rapport (voir « Outils déclaratifs ») car les médecins du permis de conduire ont été interrogés sur la connaissance et le recours à ces techniques de repérage, en accompagnement ou non d'autres approches cliniques destinées à détecter la consommation d'alcool et son niveau.

Les recommandations portent plutôt sur un repérage systématique, mais, en cas d'infaisabilité, elles s'accordent pour cibler certaines populations : en fonction de leur âge (hommes d'âge moyen) ou de risques spécifiques (jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité, mais aussi en cas de détection de certains troubles ou signes cliniques laissant penser à un dommage lié à l'alcool). L'aspect opportuniste de la démarche est également questionné dans notre enquête auprès des médecins du permis de conduire, de même que la recherche de signes cliniques. Le rapport européen va plus loin en comparant les méthodes déclaratives de dépistage aux analyses biochimiques et conclut que ces dernières ne sont pas adaptées au dépistage de routine. Nous y reviendrons également.

Pour clore l'étape de bilan, le guide pour le médecin propose d'interroger le patient sur ce qu'il pense de ce bilan et ce qu'il compte en faire. S'il pense qu'il devrait modérer sa consommation, la démarche se poursuit avec la phase d'intervention. Autrement, un conseil de modération et une invitation à en reparler lors d'une prochaine consultation sont suggérés. La motivation du patient est un facteur essentiel mais est complexe parfois à saisir. Les recommandations portent donc sur des techniques spécifiques d'entretien.

Recommandations en matière d'intervention brève

Comme souligné précédemment, les initiatives nationales peuvent varier et les opinions des experts également. Cependant, les interventions brèves visent toujours le même public (les buveurs excessifs), les mêmes objectifs (réduction de leur consommation d'alcool et non l'abstinence) et s'appuient sur une relation de dialogue entre soignant et patient, exempte de jugement (Diaz Gomez et Milhet, 2005, p.11).

Les étapes d'une intervention brève sont synthétisées par l'acronyme FRAMES :

1. Restituer les résultats du test de repérage au patient (ou Feed-back)
2. Responsabiliser (le changement de comportement appartient au patient, non au thérapeute)
3. Donner un conseil de modération (ou Advice)
4. Evoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation d'alcool (ou Menu)
5. User de bienveillance, ne pas juger (ou Empathie)
6. Laisser le patient acteur de son changement et l'encourager dans ce sens (ou Self-efficacy)

Recommandations en matière d'approche motivationnelle

L'efficacité de l'ensemble de la démarche repose sur une approche d'inspiration motivationnelle. Les patients, en fonction de l'importance qu'ils accordent au fait de changer de comportement et la confiance qu'ils ont en leurs chances de réussite, seront plus ou moins enclins à s'engager dans une

³¹ Acronyme pour les 4 questions du test : besoin de Diminuer sa consommation ; remarques de l'Entourage ; impression de Trop boire ; besoin d'Alcool le matin pour se sentir en forme.

démarche de changement. Les motivations seront différentes suivant le stade d'usage d'alcool du patient. Enfin, le processus de changement n'est pas linéaire (en référence au modèle de Prochaska et DiClemente).

La plupart des recommandations en matière de RPIB ont été faites pour les médecins généralistes. Mais en France, le champ de la médecine du travail a fait l'objet de plusieurs programmes et études afin d'envisager les conditions de diffusion des outils de repérage et d'intervention brève en santé au travail.

Le cas de la médecine du travail

A l'image des projets de recherche accompagnant la diffusion du RPIB en médecine générale, un programme a été lancé dans les années 2000 sur le Repérage Précocité et l'Intervention Brève en Santé au Travail (RIB-SAT). Ce programme visait à étendre à la médecine du travail de nombreux aspects du programme BMCM, en particulier l'usage des outils de repérage AUDIT et FACE. Même si des études préliminaires avaient déjà montré que les conditions en médecine du travail étaient favorables au développement d'un repérage de routine et d'une intervention brève, une vaste étude a été menée entre 2004 et 2007 suivant un protocole plus strict³² : l'étude EIST « efficacité de l'intervention brève en santé au travail » (Michaud et al., 2007).

Développer le RPIB en santé au travail apparaît comme une démarche très complémentaire de celle de la médecine générale. La population salariée est plus jeune que la patientèle des médecins généralistes et une part non négligeable des salariés suivi en santé au travail ne voit que cet interlocuteur médical dans l'année. Ils ne sont pas a priori malades lorsqu'ils se présentent en consultation de médecine du travail.

Le contexte dans lequel s'exerce sa mission est favorable à un repérage de routine des conduites addictives. Il s'apparente aussi sur certains aspects à celui des médecins du permis de conduire.

Contexte de la médecine du travail

Le médecin du travail est avant tout un acteur de prévention de santé en entreprise, dont la mission principale est d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé » (Code du travail - Article L. 4622-3)³³. De plus, les services de santé au travail ont également pour mission de conseiller l'employeur, les salariés et leurs représentants afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail (article L. 4622-2 du Code du travail).

Il a également une mission de contrôle de l'aptitude à occuper le poste de travail, en particulier pour les postes de sécurité. Il émet des avis d'aptitude, d'aptitude avec restrictions ou recommandations, d'inaptitude temporaire ou d'inaptitude définitive. En cas d'inaptitude définitive au poste de travail, un reclassement dans l'entreprise doit être proposé par l'employeur. En cas de danger immédiat, l'inaptitude définitive peut être prononcée à l'issue d'un seul examen par le médecin du travail. Le médecin du travail peut prescrire tout type d'examen complémentaire ou demander tout type d'avis spécialisé pour rendre son avis, notamment concernant l'aptitude du salarié à occuper son poste. Le recours contre les décisions d'aptitude ou d'inaptitude du médecin du travail a lieu devant l'inspection du travail.

³² Étude randomisée contrôlée auprès de 807 salariés détectés pour consommation à risque d'alcool – mesurée par l'AUDIT de 6/7 à 12 – scindés en deux groupes : l'un recevait un livret d'information général sur le risque alcool (groupe témoin) ; l'autre bénéficiait d'une intervention brève de 5 à 10 min (programme BMCM). Les patients étaient revus 1 an après et interrogés sur leur consommation (consommation déclarée, évaluée en entretien et examen biologique dans les 2 groupes suivant mesure VGM et dosage GGT).

³³ La loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 a attribué de nouvelles compétences au médecin du travail : conseil en matière d'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à « la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés », conseils sur la protection des travailleurs contre les risques « d'exposition à des agents chimiques dangereux » et conseils à l'employeur visant à la préservation de la santé des travailleurs.

Dans l'exercice de cette mission, le médecin du travail exerce donc une activité de contrôle proche de celle du médecin du permis de conduire. En revanche, sa mission première de prévention offre un cadre peut-être plus favorable à la mise en œuvre du dépistage de l'alcool parmi les salariés qu'il rencontre. Il présente également l'avantage de rencontrer régulièrement les salariés d'une même entreprise qui sont tenus, au mieux tous les deux ans, à un examen médical périodique. L'étude EIST nous intéresse donc tout particulièrement, surtout dans les conditions de mise en œuvre du RPIB et leur acceptation.

Principaux résultats de l'étude EIST

L'étude EIST cherche à évaluer l'efficacité d'une intervention brève délivrée par les médecins du travail comparée à une intervention « minimale » (délivrance d'un livret d'information sur le risque alcool en salle d'attente). En objectif secondaire, cette étude vise à repérer les critères prédictifs de succès d'une telle intervention suivant des caractéristiques cliniques ou des situations de travail des salariés mais également les caractéristiques du médecin et ses représentations.

L'étude de faisabilité (Kuntz *et al.*, 2006) avait permis d'ajuster les modalités de formation des médecins volontaires et de tester l'acceptabilité par les salariés (auprès de 2 060 personnes interrogées) d'une autoévaluation de la consommation d'alcool par questionnaire (Audit-C). Au-delà de « l'excellente » acceptabilité du questionnaire, qui permet en outre « d'ouvrir le dialogue sur ce sujet lors de l'entretien médical », l'étude soulignait que « les questionnaires sont sensibles très précocement, ont un faible coût et influencent les personnes qui les remplissent ». L'étude concluait : « l'acceptabilité de la démarche permet d'envisager, au-delà d'une première intervention, une évaluation régulière réalisable en santé au travail grâce au caractère obligatoire et périodique des visites. Nous encourageons les médecins du travail à mettre en place une stratégie intégrant une évaluation du risque alcool à chaque visite du salarié » (Kuntz *et al.*, 2006, pp.3-4).

Dans l'étude EIST, comme dans les études précédentes en santé au travail, peu de salariés refusent le questionnaire auto-administré : moins de 2 % des 33 488 salariés sollicités. A noter tout de même une particularité importante des services de santé au travail : la présence d'assistant(e)s dont le rôle était prévu dans l'étude EIST pour la passation des questionnaires ; cette aide n'existe pas dans les commissions du permis de conduire. L'enquête a en revanche révélé des difficultés de remplissage de l'AUDIT chez certains salariés.

Dans une enquête précédente datant de 1999 et portant sur 68 médecins et 1 500 salariés, les médecins approuvaient en majorité la démarche en pratique courante de dépistage par auto-questionnaires, remplis par les salariés avant la consultation (en l'occurrence : CDA, AUDIT et DETA) confirmant l'hypothèse selon laquelle l'utilisation d'outils d'auto-évaluation les libérait d'une approche directe en matière de consommation d'alcool de leurs patients/usagers (Demortière *et al.*, 2001). En 2002, une autre étude portant sur 40 médecins (et 3 482 salariés) fait le constat que le questionnaire FACE réalisé par l'assistant(e) entraîne finalement plus de refus et de réticence de la part des salariés qu'en auto-questionnaire. Dans cette même étude, les médecins avaient préféré le questionnaire FACE à l'AUDIT (Demortière *et al.*, 2005).

En ce qui concerne les résultats en termes de repérage des consommations d'alcool, l'étude EIST de 2007 a démontré que le RPIB permettait de conseiller 6 à 10 % des salariés ayant une consommation à risque et qu'à un an, plus de 50 % des salariés ayant bénéficié d'une intervention étaient repassés en dessous des seuils de risque (Michaud *et al.*, 2008). Ils confirment les résultats médiocres des tests biologiques comme outils de repérage des consommations à risque (voir « Présentation de tests biologiques et des recommandations »), alors que l'AUDIT semble très adapté en santé au travail.

En matière d'intervention, l'efficacité d'une information sur l'alcool (mesurée par une réduction de la consommation d'alcool à un an) est confirmée, même lorsque cette information consiste simplement en la remise d'un livret. L'intervention brève délivrée par le médecin est encore plus efficace, notamment chez les jeunes et les femmes.

L'étude EIST a été suivie en 2009 par une vaste enquête auprès des médecins du travail (Etude INPES/INRS/STMOIF, 2009) destinée à évaluer l'implication des médecins du travail dans le champ des pratiques addictives (Ménard *et al.*, 2011a).

Les récentes recommandations de la SFA et la SFMT en milieu professionnel pour le dépistage de mésusage de substances psychoactives confirment l'intérêt d'interroger régulièrement les salariés sur l'alcool (et l'ensemble des substances) et d'utiliser des questionnaires validés en santé au travail (AUDIT et FACE). Une telle approche, au-delà du repérage des mésusages, permet d'ouvrir le dialogue avec le patient (SFA et SFMT, 2013).

Le lien entre la pratique des médecins du travail et celle des médecins du permis de conduire se confirme également par une préoccupation commune : l'importance de l'implication de l'alcool dans les accidents du travail et l'implication de l'alcool dans les accidents de la route. Dans l'enquête INPES/ INRS/ STMOIF de 2009 (Ménard *et al.*, 2011b, p.57) six médecins du travail sur 10 semblent convaincus de l'importance de prévenir les risques routiers professionnels et les consommations d'alcool. Ces différents éléments doivent rappeler l'importance de la surveillance des consommations de substances psychoactives pour tout salarié utilisant un véhicule (à titre professionnel, en mission ou pour ses trajets) » (Ménard *et al.*, 2011b, p.57).

LES RESULTATS DE L'ENQUETE DE 2013 AUPRES DES MEDECINS DU PERMIS DE CONDUIRE

Comme indiqué dans la partie méthodologique, le questionnaire a été adressé à l'ensemble des médecins du permis de conduire, mais la description de leur pratique était distincte suivant qu'ils exercent en commission ou en dehors des commissions.

Figure 4 : Lieu d'exercice de la pratique de médecin du permis de conduire

Uniquement en commission	72	5%
Uniquement hors commission	534	37%
En commission et hors commission	846	58%
Total répondants	1 452	100%

Source : enquête INSERR 2013

Ainsi, 918 médecins (72 + 846) ont décrit leur pratique en commission médicale préfectorale et 1 380 médecins (534 + 846) ont décrit celle hors commission. Pour chacune de ces catégories de médecins, il leur était demandé de renseigner les questions relatives à :

- l'organisation des consultations (en préfecture ou en ville)
- le repérage et dépistage des problèmes d'alcool
- les décisions d'aptitude à la conduite et autres démarches entreprises
- leurs avis et besoins en formation

Ces points sont décrits ci-après, en priorité du point de la pratique des médecins en commissions médicales préfectorales. Sur chacun de ces points, la pratique des médecins du permis de conduire à leur cabinet est présentée en parallèle, mais nous nous attacherons essentiellement aux écarts de pratique observés entre ces deux lieux d'exercice.

Caractéristiques des médecins agréés du permis de conduire

A 95 %, les médecins du permis de conduire exercent (ou ont exercé) une activité de médecin généraliste. Ils déclarent en moyenne 1,2 spécialités médicales, parmi lesquelles la gériatrie/gérontologie, la médecine du sport, la médecine du travail ou encore des expertises (médicales, judiciaires, réparation juridique...). 2 % des médecins déclarent une spécialité en addictologie ou alcoologie. Nous y reviendrons.

Compte tenu de leur spécialité médicale, ils exercent cette activité principale à 92 % en cabinet de ville. Cette proportion est plus importante de celle constatée par la DRESS sur l'ensemble des médecins généralistes de France métropolitaine³⁴ : au 1^{er} janvier 2013, 62 % exercent en cabinet et 16 % en hôpital public (contre 6 % parmi les médecins du permis de conduire). Dans notre enquête 3 % des médecins interrogés sont à la retraite, mais pratiquent encore la médecine du permis de conduire (comme l'autorise la réglementation).

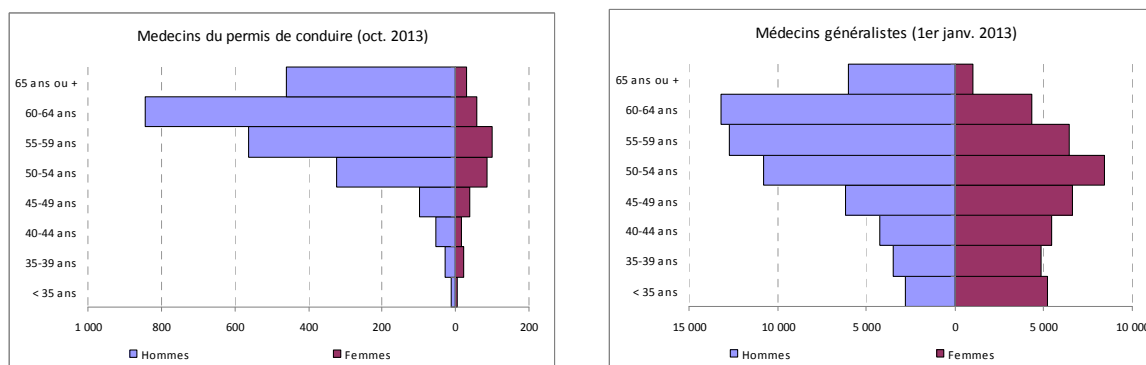
Les médecins agréés du permis de conduire sont à 85 % des hommes. La part des femmes dans cette profession est largement inférieure à celle de l'ensemble des médecins généralistes de France métropolitaine : 42 % au 1^{er} janvier 2013 (Sicart, 2013).

L'âge moyen des médecins du permis de conduire est de 58,3 ans, largement supérieur également à celui des médecins généralistes de France métropolitaine : 51,4 ans au 1^{er} janvier 2013 selon la DREES. La tranche des plus de 55 ans est la plus sur-représentée parmi les médecins du permis de conduire : 75 % d'entre eux ont 55 ans ou plus (contre 43 % des médecins généralistes). Les médecins du permis de conduire sont donc plus âgés que leurs homologues.

Ces différences en termes d'âge et de sexe sont visibles sur les pyramides des âges suivantes :

³⁴ Depuis le 1er janvier 2012, les statistiques publiées par la DREES sur la démographie des médecins, et notamment celles publiées dans ce document, sont élaborées à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé RPPS auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire (Sicart, 2013).

Figure 5 : Pyramides des âges des médecins du permis de conduire* et des médecins généralistes



* estimation de la population totale des médecins du permis de conduire sur la base du taux de réponse de 51,8 %

Sources : enquête INSERR 2013 ; chiffres DREES (Sicart, 2013)

Les médecins du permis de conduire exercent cette activité depuis 15,5 ans en moyenne. Un tiers d'entre eux ont moins de 10 ans d'expérience et un autre tiers ont de 10 à 19 ans d'ancienneté.

Ils exercent à 50 % en zone urbaine, 30 % en zone rurale et 20 % en zone périurbaine. Leur répartition géographique ne diffère pas de celle des médecins généralistes de France métropolitaine (chiffres DREES pour l'année 2013 (Sicart, 2013)), à l'exception de la région Ile-de-France : seuls 7 % des médecins du permis de conduire exercent dans cette région, contre 19 % des médecins généralistes. L'écart ne relève pas d'un taux de réponse plus faible dans notre enquête (il est de 50 % dans cette région, dans la moyenne nationale). En revanche, le nombre de médecins agréés originaires de cette région³⁵ est très faible (200 médecins identifiés) au regard de la taille de la population et sur la seule ville de Paris, la liste de la préfecture ne signale que 27 médecins exerçant en cabinet ou en commission primaire. Il y a manifestement une sous représentation des médecins du permis de conduire en région Ile-de-France.

Existe-t-il des différences suivant le lieu d'exercice ?

Le questionnaire permet de distinguer :

1. les médecins exerçant uniquement en commission (72 répondants)
2. les médecins exerçant uniquement hors commission (534 répondants)
3. les médecins exerçant en commission et hors commission (846 répondants)

En termes d'âge, ceux exerçant uniquement en commission médicale sont plus âgés que les autres³⁶ : 62 ans en moyenne contre 57 ans pour les médecins exerçant exclusivement hors commission et 59 ans pour ceux exerçant dans les deux endroits. En lien avec ce constat, les médecins de la première catégorie ont une ancienneté moyenne plus élevée (22 ans en moyenne) que les seconds (11 ans) et les troisièmes (18 ans en moyenne).

Logiquement, c'est également en commission que l'on retrouve les médecins qui n'exercent plus par ailleurs. Pour rappel, l'âge maximal d'exercice de la médecine du permis de conduire est de 73 ans, supérieur à celui autorisé dans certaines disciplines médicales³⁷.

Sans explication évidente, la part des femmes est supérieure parmi les médecins exerçant uniquement en commission que parmi les deux autres catégories de médecins du permis de conduire.

³⁵ Le département de domiciliation peut différer du département d'exercice.

³⁶ Ils sont aussi en nombre plus faible : 72 répondants.

³⁷ En France, il n'existe pas de limite d'âge à la pratique de la médecine en ville. A l'hôpital, la limite est fixée à 65 ans mais la situation familiale permet de la reculer. Il existe par ailleurs des différences pour les psychiatres hospitaliers qui peuvent continuer à exercer jusqu'à 68 ans. Enfin, un décret du 1er mars 2005 « autorise les praticiens hospitaliers à prolonger leur activité au-delà de la limite d'âge qui leur est applicable, pour une durée de 36 mois, sous conditions d'aptitude validée par un certificat médical d'un médecin agréé et après avis des instances locales ».

Organisation des consultations (généralités)

Comme signalé précédemment, les connaissances relatives à l'activité de contrôle de l'aptitude à la conduite sont rares. C'est pourquoi cette étude a débuté par quelques questions d'ordre général sur l'organisation des examens médicaux en commission, puis en dehors des commissions.

Organisation des consultations en commission primaire préfectorale

Pour rappel, 918 médecins exerçant en commission ont répondu à l'enquête.

Figure 6 : Organisation générale des consultations en commission primaire

	Moyenne	Ecart type
Nombre de demi-journées assurées en moyenne par mois	1,9	1,63
Nombre d'usagers reçus par demi-journée de commission	19,0	4,89
Temps moyen accordé à chaque usager (en minutes)	11,0	3,49

Source : enquête INSERR 2013

Les médecins de commission assurent en moyenne près de 2 demi-journées de consultation par mois, l'essentiel des médecins en assurant seulement 1 ou 2 dans le mois. Seuls 3 % des médecins se rendent 5 fois ou plus en commission dans le mois. L'activité en commission est donc limitée. Pour certains, ce manque de régularité et d'intensité est problématique pour maintenir une homogénéité des pratiques au sein d'une même commission.

Les médecins déclarent recevoir 19 usagers en moyenne par demi-journée de commission. La réglementation limite à 20 le nombre d'usagers. Cette limite est très souvent atteinte : 35 % des médecins déclarent recevoir 20 patients en moyenne par demi-journée. Elle est même souvent dépassée (22 % des médecins le déclarent), notamment du fait de reports de certaines commissions suite à des annulations de commissions précédentes. Certains médecins signalent de nombreux usagers absents et non remplacé, qui perturbent leur activité en commission.

Les médecins accordent en moyenne 11 minutes à chaque usager. Près de la moitié des médecins de commission déclarent un temps moyen de 10 minutes ; un médecin sur 5 déclare 20 min de consultation en moyenne. Seuls 3 % peuvent assurer une consultation plus longue. Si le nombre maximal d'usagers est de 20 par demi-journée de consultation, cette durée moyenne de 11 minutes est logique (sur 4 heures de consultation).

Quoi qu'il en soit, ils sont 89 % à juger cette durée appropriée ; seuls 8 % la jugent trop courte.

Sur ce temps de consultation, les médecins réalisent en moyenne 6,4 actes médicaux, retenus sur une liste pré-établie de 8 items (qu'ils pouvaient compléter si besoin). Ces items correspondaient approximativement aux classes de pathologies de l'arrêté du 31 août 2010.

Figure 7 : Examens cliniques pratiqués lors d'une consultation standard en commission médicale

Examen clinique ophtalmologique	904	98%
Recherche de pratiques addictives	869	95%
Examen clinique neurologique	833	91%
Recherche de signes de troubles psychiatriques	772	84%
Examen orthopédique	642	70%
Examen clinique pneumologique	630	69%
Recherche de troubles métaboliques	574	63%
Examen clinique oto-rhino-laryngologique	380	41%
Examen clinique cardiovasculaire*	196	21%
Autre**	109	12%
Total répondants	918	

* modalité non prévue initialement

** Recherche hypertension artérielle, apnée du sommeil, audition, vision, morphologie, autre examen et examen variable suivant traitements, antécédents, état général du patient...

Source : enquête INSERR 2013

Les examens cliniques ophtalmologique et neurologique sont réalisés de façon systématique. De même que **la recherche de pratiques addictives, réalisée de façon standard par 95 % des médecins de commission**. La recherche de signes de troubles psychiatriques est très fréquente également. Entre 6 et 7 médecins sur 10 réalisent aussi un examen orthopédique, un examen clinique pneumologique ou encore une recherche de troubles métaboliques. Ces résultats apporte un premier enseignement : les médecins semblent avoir intégré³⁸ la nouvelle définition du contrôle médical qui, depuis le décret du 17 juillet 2012, est une évaluation plus large, visant non seulement l'aptitude physique mais également celle cognitive et sensorielle. Autre enseignement : la détection des pratiques addictives est très courante. Le reste de l'étude vise à décrire la façon dont elle est menée.

La question n'était pas posée explicitement mais plusieurs médecins de commission ont souligné dans la zone de commentaires libres le temps consacré aux tâches administratives, soit en l'absence de secrétaire en préfecture, soit compte tenu de l'abondance de formulaires à faire remplir et des difficultés des usagers à le faire de façon autonome : « en commission le côté administratif accapare le temps qui devrait être imparti au médical ». Ils soulignent les modifications récentes de formulaires qui alourdissent encore cette tâche.

Par rapport au tableau précédent, il peut paraître surprenant qu'autant d'actes médicaux soient pratiqués en seulement 11 minutes en moyenne. Les informations dont disposent les médecins au moment de la consultation en commission peuvent faciliter ces actes médicaux et réduire le temps nécessaire à la consultation.

Figure 8 : Information(s) concernant l'utilisateur à disposition au moment de la consultation en commission

Le motif exact de la convocation	789	86%
Les résultats de l'examen psychotechnique	699	76%
Les antécédents d'infractions (relevé intégral d'infractions)	540	59%
Des documents médicaux apportés par l'utilisateur (carnet de santé, ordonnance(s), autres)	517	56%
Un dossier médical conservé en préfecture pour les utilisateurs "récidivistes"	446	49%
Un questionnaire médical rempli par l'utilisateur	283	31%
Aucune information préalable	19	2%
NSP	5	1%
Total répondants	918	

Source : enquête INSERR 2013

Les médecins déclarent disposer de 3,7 documents en moyenne. Ils ne sont que 2 % à n'avoir aucune information préalable et 4 % déclarent n'avoir qu'un seul document en leur possession, le plus souvent le motif de la convocation ou encore les résultats de l'examen psychotechnique (celui-ci est exigé en cas d'annulation ou d'invalidation du permis de conduire et depuis le 1^{er} septembre 2012, également en cas de suspension d'une durée supérieure à 1 mois). Il s'agit des deux documents les plus fréquemment disponibles. Viennent ensuite, pour la moitié ou plus des médecins, les antécédents d'infractions (à travers le relevé intégral d'infractions), un dossier médical conservé en préfecture pour les utilisateurs « récidivistes » ou encore des documents médicaux apportés par l'utilisateur (carnet de santé, ordonnance(s), autres).

Il s'agit d'un aspect clef et sensible du fonctionnement des commissions médicales.

La pratique de conservation des dossiers médicaux en préfecture est illégale, comme rappelé dans la circulaire du 25 juillet 2013. Le médecin du permis de conduire, comme tout médecin chargé du contrôle « est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme » (articles R.4127-100 à 104 du code de la santé publique). Par ailleurs, les services de préfecture ne peuvent être assimilés à des établissements de santé. Ainsi, « le respect des

³⁸ ou bien le texte est venu entériner une pratique déjà diversifiée.

règles régissant la protection du secret médical s'oppose à toute conservation des informations à caractère médical des usagers sous la responsabilité du personnel administratif ou technique » et « la conservation des dossiers médicaux relève de la seule responsabilité des médecins et des usagers »³⁹. Cette pratique persiste puisque pratiquement un médecin sur deux déclare avoir recours à des dossiers médicaux conservés en préfecture.

Mais les médecins soulignent abondamment, dans la zone de commentaires libres, l'importance d'avoir ces éléments concernant l'utilisateur. Citons par exemple :

« Depuis 01/01/13, dossiers médicaux ne sont plus fournis en commission (une catastrophe) ».

« Je regrette beaucoup de ne plus avoir les dossiers médicaux que nous remplissions en commission, élément indispensable pour le suivi des conducteurs à risques ».

« L'abandon du dossier médical dans les commissions nous enlève toute efficacité de suivi pour les multi récidivistes ».

« Ceci gêne considérablement la compréhension de la situation de chaque individu dont l'histoire est souvent très "éclairante" »

Nous l'avons vu, l'activité de médecine du permis de conduire est ponctuelle pour eux et ils ne connaissent donc pas forcément l'utilisateur qui revient en commission et le contenu des examens déjà réalisés. S'agissant d'une médecine de contrôle, les usagers peuvent, pour masquer certains de leurs problèmes, ne pas apporter les documents d'information correspondants ou ne pas les déclarer (« L'absence d'archives au niveau des commissions primaires entraîne de fausses déclarations »). Les usagers n'ont pas d'obligations à venir avec des documents médicaux⁴⁰, mais certaines préfectures les y encouragent, à travers un questionnaire déclaratif sur leur état de santé et leurs traitements en cours par exemple⁴¹ (31 % des médecins ont à leur disposition un tel questionnaire). Cette solution permettrait de palier en partie l'absence de dossiers médicaux en préfecture : « il faudrait que la visite d'aptitude soit préparée c'est-à-dire que l'utilisateur reçoive un questionnaire à remplir chez lui en préalable à la consultation par exemple délivré par la mairie de son domicile ». A défaut, les documents apportés par l'utilisateur restent indispensables : « il serait utile que les patients et usagers viennent systématiquement avec leur ordonnance de traitement habituel et les antécédents renseignés par leur médecin traitant ».

La circulaire du 25 juillet 2013 rappelle aussi que les informations figurant sur le fichier restreint ou intégral du permis de conduire des usagers ne peuvent être communiquées aux médecins qui n'y sont pas habilités (conformément aux règles de communication précisées aux articles L.225-3 à 6 du Code de la route). La circulaire rappelle aussi que « l'état de santé d'un usager est indépendant des infractions qu'il a pu commettre » et que son état de santé « doit s'apprécier exclusivement au regard du diagnostic médical et non sur la base des antécédents administratifs ou judiciaires de l'utilisateur »⁴². Nous abordons cet aspect dans le questionnaire lorsque nous demandons aux médecins s'ils ciblent la recherche de pratiques addictives en fonction des infractions déclarées par l'utilisateur.

Enfin, certaines préfectures semblent également fournir des supports de consultation aux médecins (ces derniers les utilisent éventuellement d'eux-mêmes). La question du recours à de tels supports de consultation a été posée aux médecins de commission. Dans l'esprit de cette question, il ne s'agissait pas de l'imprimé CERFA, document administratif retranscrivant l'avis médical, mais de formulaires *ad hoc* donnant un cadre à l'examen. Si la question a bien été comprise en ce sens, 66 % des médecins de commission y ont recours⁴³.

³⁹ Circulaire du 25 juillet 2013 (sus citée), p.3 et p.6

⁴⁰ La notice explicative accompagnant le CERFA n°14880*01 stipule que l'utilisateur doit venir avec cet imprimé pré-rempli et une pièce d'identité, son permis de conduire et deux photographies d'identité.

⁴¹ Dans un souci d'harmonisation de ces pratiques, il serait intéressant de mener un recensement des consignes et documents fournis par les préfectures aux conducteurs concernés en vue d'une plus grande harmonisation (voir Les recommandations de cette étude).

⁴² Circulaire du 25 juillet 2013 (sus citée), p.6

⁴³ Le problème de leur harmonisation se pose également (voir les recommandations).

Comme chaque commission médicale primaire est constituée de deux médecins agréés par le préfet, les médecins de notre étude ont été interrogés sur les principaux apports de ce binôme.

Figure 9 : Apport de la présence d'un second médecin en commission

Un deuxième avis quant à la décision d'aptitude	846	92%
Une meilleure répartition des tâches pour l'examen en lui-même	652	71%
Plus de sécurité physique	301	33%
Une autre façon de procéder à l'examen médical	200	22%
Cela ne vous apporte rien de plus	23	3%
Autre	20	2%
NSP	16	2%
Total répondants	918	

Source : enquête INSERR 2013

Plus de 9 médecins sur 10 y voient un avantage, surtout pour partager la décision finale (notamment en cas d'avis d'inaptitude) et également fréquemment, pour mieux répartir les tâches relatives à l'examen (des médecins ont indiqué que l'un s'occupe des aspects administratifs pendant que l'autre réalise l'examen en lui-même). La question de la sécurité physique des médecins est notée par un tiers d'entre eux, notamment face à des usagers parfois agressifs.

Les pratiques sont-elles variables d'une région à l'autre ?

L'activité de chaque médecin du permis de conduire semble plus fréquente en Haute-Normandie et en Corse, région dans lesquelles ces médecins consacrent plutôt 3,5 demi-journées par mois aux consultations en commission préfectorale. Dans ces deux régions, mais également en Lorraine et Bretagne, ils reçoivent plutôt plus d'usagers et se situent en moyenne au-delà de la limite réglementaire des 20 usagers (de 21,7 en Bretagne à 23,8 en Corse). Logiquement, en Haute-Normandie, la durée moyenne de consultation est alors plus courte (9,3 minutes en moyenne), alors qu'en Corse, elle est nettement plus longue (13,8 minutes en moyenne). Ces deux régions n'apparaissent pas forcément sous dotées en médecins du permis de conduire au regard de leur population totale ni par rapport au nombre de médecins généralistes. Ces données traduiraient donc des pratiques variables d'une région à l'autre.

Quelles différences hors commission ?

En dehors des commissions, les médecins agréés n'ont pas de limite réglementaire d'horaires ou de nombre de patients pour les examens d'aptitude à la conduite.

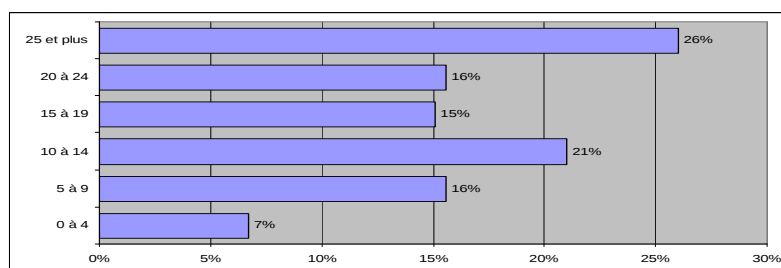
Figure 10 : Organisation générale des consultations hors commission

	Moyenne	Ecart type
Nombre d'usagers vus en moyenne par mois	18,5	13,89
Temps moyen accordé à chaque usager (en minutes)	17,7	5,63

Source : enquête INSERR 2013

Ils voient en moyenne 18,5 usagers par mois. Mais les pratiques sont assez disparates et un certain nombre de médecins voient 25 usagers ou plus par mois :

Figure 11 : Nombre d'usagers vus en moyenne par mois hors commission



Source : enquête INSERR 2013

Une forme de clientélisme se développe parfois autour des examens périodiques pour les professionnels de la route.

Le temps accordé à chaque usager hors commission est plus long : pratiquement 18 minutes de consultation en moyenne. Près de la moitié des médecins déclarent une consultation moyenne de 15 minutes et un tiers y consacre plutôt 20 minutes en moyenne. Dans une circulaire de 2002, une durée minimale de 15 minutes pour l'examen en ville était indiquée⁴⁴, mais cette recommandation n'est peut-être plus en vigueur. Même si la question n'a pas non plus été posée directement aux médecins hors commission, une part non négligeable de ce temps est semble-t-il utilisée pour le remplissage des nombreux documents administratifs, en aide aux conducteurs (et, à l'inverse de certaines préfectures, en l'absence de secrétariat).

95 % des médecins hors commissions voient majoritairement des professionnels de la route pour leur examen périodique. Ils sont très rares à voir en majorité des candidats ou les titulaires du permis de conduire atteints d'une affection (1 %) ou des conducteurs infractionnistes, sanctionnés hors problématique d'alcool ou de stupéfiants (2 %).

Hors commission, les médecins sont plus nombreux à déclarer n'avoir aucune information relative à l'usager au moment de la consultation (9 %), de même qu'ils sont plus nombreux à ne disposer que du motif « officiel » de leur venue (8 %). Dans des proportions similaires à celles observées en commission, les médecins hors commission vont s'appuyer plus fréquemment sur les documents médicaux apportés par l'usager (54 %), sur un dossier médical conservé par ses soins lors de précédentes visites (43 %) ou encore un questionnaire médical rempli par l'usager, suivant les consignes de la préfecture (30 %). Dans 42 % des cas, le médecin dispose des résultats du test psychotechnique, moins souvent exigé pour les cas traités hors commission.

Les examens réalisés hors commission sont très proches de ceux effectués en commission et sont en nombre équivalent : 6,4 en moyenne par médecin.

Figure 12 : Examens cliniques pratiqué lors d'une consultation standard hors commission médicale

Examen clinique ophtalmologique	1 291	94%
Examen clinique neurologique	1 200	87%
Recherche de pratiques addictives	1 172	85%
Recherche de signes de troubles psychiatriques	1 037	75%
Examen clinique pneumologique	985	71%
Examen orthopédique	902	65%
Recherche de troubles métaboliques	808	59%
Examen clinique oto-rhino-laryngologique	682	49%
Examen clinique cardiovasculaire*	302	22%
Autre**	145	11%
NSP	54	4%
Total répondants	1 380	

* modalité non prévue initialement

** Recherche hypertension artérielle, apnée du sommeil, audition, vision, morphologie, autre examen, examen variable suivant traitements, antécédents, état général du patient...

Source : enquête INSERR 2013

La recherche de pratiques addictives y est également fréquente : 85 % des médecins l'effectuent.

Estimation du nombre d'usagers vus en examen d'aptitude médical à la conduite

Compte tenu des déclarations des médecins quant à leur activité et quant à l'importance de leur « clientèle », il est possible de déterminer un volume d'usagers vus en France métropolitaine pour un examen d'aptitude médicale à la conduite. Cette estimation est à prendre avec beaucoup de prudence car elle repose sur des données déclaratives et plusieurs niveaux d'extrapolation. Comme

⁴⁴ Circulaire du 22 avril 2002 relative à l'extension de l'expérimentation d'une réforme des commissions médicales départementales du permis de conduire (NOR : INTA0200107C).

la consultation en commission se fait toujours en présence de deux médecins, le total d'usagers vus en commission a été divisé par deux.

Figure 13 : Estimation du nombre mensuel d'usagers vus en médecine du permis de conduire (France métropolitaine)

Lieu d'exercice du médecin :	nb moyen de patients vus / mois*	effectifs médecins répondants	estimation nb médecins**	estimation nb de patients vus par mois***
Uniquement en commission	47,9	72	139	3 332
Uniquement hors commission	17,5	534	1 032	18 019
En commission et hors commission	54,7	846	1 634	60 358
Total		1 452	2 805	81 708
	nb moyen de patients vus / mois*	effectifs médecins répondants	estimation nb médecins**	estimation nb de patients vus par mois***
En commission	36,6	918	1 773	32 421
Hors commission	18,5	1 380	2 666	49 347
Total				81 767

* Nombre moyen de patients par commission x nombre moyen de commission par mois
ou nombre moyen d'usagers vus par mois hors commission

** taux de réponse: 51,8 %

*** divisé par deux en commission car reçus par deux médecins

Source : enquête INSERR 2013

Les deux modes de calcul aboutissent sensiblement au même résultat : un peu plus de 114 000 usagers seraient vus par mois en médecine du permis de conduire, 6 sur 10 dans le cadre des commissions préfectorales.

Repérage et dépistage des problèmes d'alcool

Si plus de 9 médecins de commission sur 10 et plus de 8 sur 10 hors commission effectuent de manière standard la recherche de pratiques addictives, cette étude vise à approfondir cette pratique : est-elle systématique ? si non, quels sont leurs critères de ciblage ? quelles consommations sont recherchées ? et quelles méthodes sont utilisées par les médecins, qu'ils soient en commission ou en dehors ?

L'analyse détaillée des méthodes de repérage utilisées est présentée dans la partie suivante. Dans celle-ci, la description porte sur les aspects du ciblage et des produits recherchés, en commission préfectorale, puis sur les différences de pratiques hors commission.

Repérage des pratiques addictives en commission

En commission, trois médecins sur quatre abordent de façon systématique la question de la consommation d'alcool de l'usager. Rappelons que depuis le 1^{er} septembre 2012, mais également auparavant dans plusieurs départements qui en faisaient l'expérience depuis 2001, les conducteurs vus en commission sont essentiellement des auteurs d'infractions alcool ou stupéfiants (voir description du contexte ci-dessus).

Pour les 231 médecins (soit 25 %) qui ne le font pas de façon systématique, le ciblage va porter le plus souvent sur des usagers ayant des antécédents de conduite en état d'ivresse. En second lieu, ils visent les conducteurs professionnels (alors que les études prouvent qu'ils sont rarement alcoolisés au volant), les jeunes de moins de 25 ans ou encore les usagers présentant des pathologies qui contre-indiquent la consommation d'alcool.

Figure 14: Ciblage en cas de recherche non systématique de la consommation d'alcool chez les usagers en commission*

Infraction(s) alcool par le passé	217	93%
Conducteurs professionnels	164	70%
Jeunes (moins de 25 ans)	139	59%
Pathologies qui contre-indiquent la consommation d'alcool	125	53%

Personnes en situation de précarité	81	35%
Primo-visite	83	35%
Hommes	67	29%
Personnes sans activité professionnelle	67	29%
Plus de 45/50 ans	46	20%
Femmes enceintes	44	19%
Autre**	24	10%
NSP	2	1%
Total répondants	234	

* Si vous n'abordez pas de manière systématique la question de la consommation d'alcool de l'usager, dans quelles situations abordez-vous la question ?

** signes ou éléments cliniques, signes ou suspicion de consommation

Source : enquête INSERR 2013

Autre forme de ciblage possible : les médecins s'intéressent-ils uniquement aux formes les plus problématiques de la consommation d'alcool ?

La plupart ne ciblent a priori aucun niveau d'usage précis : 70 % déclarent rechercher « tous types d'usage » et 24 % disent se focaliser sur les catégories indiquées dans l'arrêté du 31 août 2010⁴⁵, à savoir l'abus, l'usage nocif ou la dépendance. Rares sont les médecins qui ne visent que la détection de la dépendance à l'alcool (3 % d'entre eux).

La recherche d'autres consommations est quasiment systématique (95 % des médecins le font), même en l'absence d'une consommation d'alcool :

Figure 15 : Recherche d'autres consommations que celle d'alcool en commission

Oui, mais uniquement en cas de consommation d'alcool	40	4%	
Oui, même sans consommation d'alcool	830	90%	95%
Non	34	4%	
NSP	14	2%	
Total répondants	918	100%	

Source : enquête INSERR 2013

La liste des produits recherchés est large (30 % des médecins citent 6 produits au moins), cannabis, tabac et médicaments psychotropes arrivant en tête :

Figure 16 : Autres consommations recherchées en commission

Cannabis	846	97%
Tabac	769	88%
Médicaments psychotropes	733	84%
Cocaïne/crack	438	50%
Opiacés	432	50%
Amphétamines	312	36%
Autre*	23	3%
NSP	2	0%
Total répondants	870	

* Traitement de substitution (subutex®, méthadone®), autres médicaments...

Source : enquête INSERR 2013

Quelles différences hors commission ?

Les auteurs d'infractions liées à la consommation d'alcool ou de stupéfiants étant désormais renvoyés en commission, les conducteurs rencontrés hors commission ne viennent pas a priori pour un problème d'alcool. Néanmoins, l'enjeu de sécurité routière lié à la consommation d'alcool

⁴⁵ Arrêté du 31 août 2010 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 (sus cité).

touche tous les conducteurs et il est très intéressant de voir si la pratique de repérage et de ciblage des usagers est la même hors commission.

Pour les médecins qui exercent à la fois en commission et hors commission (au nombre de 846), 80 % d'entre eux disent adopter les mêmes pratiques en matière d'alcool dans les deux lieux d'examen (ils ne les ont donc pas décrites à nouveau dans le questionnaire). Les changements signalés dans leur pratique concernent en premier lieu le ciblage des usagers ou des niveaux d'usage recherchés. Certains disent ne pas rencontrer hors commission les usagers « avec un problème d'alcool » (qui s'entend comme les usagers ayant une infraction en lien avec la consommation d'alcool). Enfin, une part importante de ces médecins dit pouvoir consacrer hors commission plus de temps aux questions d'alcool.

Les 534 médecins qui n'exercent qu'en dehors des commissions ont répondu à la même série de questions que les médecins de commission. Leur pratique n'est pas très différente... La part de ceux qui n'abordent pas de façon systématique la question de la consommation d'alcool est proche de celle des médecins en commission (26 %). Certains critères de ciblage varient du fait du profil des conducteurs envoyés hors commission (ils sont moins nombreux – 69 % – à réserver cet examen aux conducteurs ayant une infraction alcool par le passé⁴⁶) ; pour les autres, le ciblage est le même : attention portée aux conducteurs professionnels pour les deux tiers de ces médecins, aux jeunes de moins de 25 ans, aux conducteurs en primo-visite ou encore à ceux présentant des pathologies qui contre-indiquent la consommation d'alcool pour un tiers des médecins qui n'abordent pas de façon systématique la question de l'alcool.

La recherche d'autres consommations que celle de l'alcool est un peu moins fréquente hors commission qu'en commission (10 % ne le font pas hors commission contre 4 % en commission). Pour les 90 % de médecins qui le font, les substances recherchées sont les mêmes : cannabis de façon quasi-systématique, suivi par les médicaments psychotropes et le tabac.

Méthodes utilisées

Avant de passer en revue chacune des méthodes, examinons comment les médecins déclarent effectuer le repérage de la consommation d'alcool et combien de méthodes ils utilisent dans leur pratique habituelle.

Figure 17 : Méthode(s) de repérage utilisée(s) pour connaître la consommation d'alcool de l'usager en commission et hors commission

	En commission		Hors commission	
Vous utilisez les résultats d'examens biologiques (sanguins ou urinaires)	901	98%	467	87%
Vous faites un examen clinique	900	98%	526	99%
Vous vous basez sur sa déclaration	828	90%	504	94%
Vous utilisez un avis spécialisé	634	69%	347	65%
Vous utilisez un éthylotest (chimique ou électronique)	316	34%	18	3%
Vous utilisez les résultats de l'examen psychotechnique	266	29%	76	14%
Vous utilisez un questionnaire préétabli	131	14%	95	18%
Autre	14	2%	5	1%
NSP	13	1%	2	0%
Total répondants	918		534	

Source : enquête INSERR 2013

En commission, les médecins ont recours à 4,4 méthodes différentes en moyenne. Le recours aux examens biologiques, à l'examen clinique ou encore à la déclaration de l'usager est quasiment systématique. 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 (en lien avec leur disponibilité en

⁴⁶ D'après les nouveaux textes, ces conducteurs devraient plutôt consulter en commission.

préfecture), le résultat de l'examen psychotechnique (non obligatoire pour certains conducteurs⁴⁷) ou encore un questionnaire préétabli.

Quelles différences hors commission ?

Pour les médecins exerçant également hors commission, et qui signalent des différences de pratiques entre ces deux endroits, les écarts signalés portent essentiellement sur les examens (biologiques ?) complémentaires demandés. Ils sont moins nombreux à signaler des différences quant à l'utilisation de questionnaires préétablis ou le recours aux avis spécialisés.

Les médecins qui exercent uniquement hors commission mobilisent également plusieurs outils pour repérer les consommations d'alcool : 3,8 en moyenne. De manière habituelle ils sont moins nombreux à utiliser des examens biologiques que les médecins de commission (voir figure précédente), les examens psychotechniques (les conducteurs rencontrés hors commission sont moins fréquemment visés par l'obligation d'un examen psychotechnique) et surtout à avoir recours à l'éthylotest (qu'ils n'ont probablement pas à disposition dans leur cabinet de ville). En revanche, ils utilisent tout autant l'examen clinique, la déclaration de l'utilisateur ou encore le questionnaire préétabli que leurs homologues en commission.

Examens biologiques

Comme rappelé dans la revue de littérature, les dernières recommandations cliniques pour le repérage précoce des usages d'alcool rappellent que les analyses biochimiques ne sont pas adaptées au dépistage de routine en médecine générale ; ils ne sont pas non plus adaptés à la phase de repérage, mais plutôt en méthode de confirmation. Nous avons repris dans le questionnaire les principaux marqueurs utilisés dans ce domaine. Pour mémoire, dans la littérature scientifique, la validité des marqueurs est appréciée en termes de sensibilité (proportion de buveurs d'alcool à risque effectivement identifiés par le test) et de spécificité (proportion de buveurs d'alcool non à risque dont les résultats sont normaux ou négatifs).

Présentation de tests biologiques et des recommandations

Il est difficile de trouver des conclusions claires et univoques sur l'usage des tests biologiques. Le rapport « Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves » se prononce sur les trois marqueurs biochimiques des alcoolisations excessives les plus courants (Anderson et al., 2008, pp.73-75) :

GammaGT (γ –glutamyl transferase) : outil de dépistage limité du fait d'une sensibilité en population générale ou médecine de ville médiocre (12 à 45 %) et d'une spécificité très variable (de 40 à 90%) car de nombreuses autres causes peuvent concourir à l'augmentation de la GGT. Les taux sériques de la GGT réagissent plutôt à des consommations excessives prolongées et réagissent plus facilement chez des buveurs ayant des antécédents d'alcoolisation excessive.

Transferrine désialylée (CDT) : le dosage de la CDT présente une forte spécificité (de l'ordre de 90%) mais sa sensibilité est variable et les résultats peuvent être influencés par certaines pathologies ou traitements (cirrhose biliaire, du foie, greffe de pancréas...). Les études montrent que la CDT semble plus efficace pour le repérage des buveurs excessifs chronique ou les alcoolodépendants.

Volume globulaire moyen (VGM) : également d'une utilité limitée en tant qu'outil de dépistage car de sensibilité médiocre (<50%) mais sa spécificité est forte (de 80 à 90%, supérieure à celle des GGT). Ce dosage réagit du fait de l'augmentation des globules rouges accompagnant la consommation d'alcool mais le taux peut rester élevé même plusieurs mois après l'arrêt de la consommation.

⁴⁷ Depuis le 1er septembre 2012, l'examen psychotechnique est exigé en cas d'annulation ou d'invalidation du permis de conduire et désormais également pour les suspensions qui ont une durée supérieure à 1 mois.

Les résultats de ces tests semblent variables entre les hommes et les femmes, peut-être du fait de modes différents de consommation mais certaines études semblent démontrer que la CDT est moins valable chez les femmes, au profit du VGM. Les marqueurs biochimiques ne sont pas très utiles chez les jeunes aux consommations épisodiques.

Quant à l'association d'analyses biochimiques, il n'existe pas de critères simples d'analyse des résultats d'après Anderson et *al.* (2008).

Ainsi, ce rapport conclue qu'aucun marqueur biologique n'est suffisamment fiable pour le dépistage de la consommation d'alcool excessive en population générale, en particulier auprès des jeunes présentant une consommation à risque irrégulière. Néanmoins, des résultats élevés à ces tests sont souvent dus à l'alcool et suggèrent un diagnostic de consommations nocives ou d'alcoolodépendance. Ils ne permettent pas cependant de repérer efficacement les consommations à moindre risque.

Précisons aussi que si le CDT est parfois considéré comme un marqueur plus efficient que la GGT (même si l'écart n'est pas très important), son coût (6.5 fois supérieur à la GGT) en fait un outil peu recommandé en termes de prescription systématique. Il est parfois recommandé en seconde intention.

Il semble que dans la pratique, les médecins prescrivent de façon simultanée les tests de GGT et de VGM, pour augmenter l'efficacité du diagnostic (INSERM, 2001). Certaines études concluaient effectivement que l'association du dosage de la GGT et du VGM avait une sensibilité de 90 % et une spécificité de 80 % (citées par Fillol Ghazi, 2005, p.28)

Notre questionnaire interrogeait aussi les médecins sur la recherche par prélèvement sanguins de transaminases, en particulier l'Alanine Amino Transférase (ASAT) et l'Aspartate Amino Transférase (ALAT), marqueurs de problèmes hépatiques (en cas d'ALAT > ASAT). La recherche de triglycérides peut être également pratiquée, l'hypertriglycéridémie pouvant être provoquée par une forte consommation d'alcool, mais aussi en cas de diabète, obésité, etc. ou être d'origine génétique. Ces deux marqueurs détectent finalement plutôt les complications d'une forte consommation d'alcool.

Tests prescrits en commission et hors commission

En commission, le recours aux examens biologiques est la pratique la plus fréquente pour dépister les consommations d'alcool.

Figure 18 : Résultat(s) d'examens biologiques le(s) plus souvent utilisé(s) en commission et hors commission

	En commission		Hors commission	
GammaGT	815	90%	411	88%
CDT	795	88%	343	73%
VGM	776	86%	377	81%
ASAT-ALAT	308	34%	218	47%
Triglycérides	287	32%	197	42%
Autres marqueurs*	20	2%	8	2%
NSP	5	1%	1	0%
Total répondants	901		467	

**ou sans précision*

Source : enquête INSERR 2013

Les trois principaux marqueurs d'une consommation excessive (GGT, CDT et VGM) sont effectivement les tests les plus souvent prescrits. Mais un tiers des médecins prescrivent encore parfois la recherche d'ASAT-ALAT ou de Triglycérides alors qu'ils visent plutôt des consommations d'alcool susceptibles de déclencher une hépatite alcoolique.

Les médecins ont recours en moyenne à 3,3 examens biologiques différents (simultanément ou dans leur pratique courante, le questionnaire ne permet pas de le savoir). Seuls 6 % des médecins n'en

utilisent qu'un seul et il s'agit le plus souvent du CDT. L'association la plus fréquente, déclarée par un tiers des médecins qui utilisent les tests biologiques, est GGT + CDT + VGM.

Peu de différences apparaissent pour les médecins exerçant hors commission, même s'ils prescrivent moins fréquemment la recherche de CDT (plus coûteuse). Pour les médecins exerçant dans les deux lieux, et qui modifient leur pratique hors commission, la raison est souvent liée aux examens complémentaires. En prescrivent-ils moins en dehors de la commission ? Un écart important apparaît sur la question du ciblage de ces examens biologiques.

Examens biologiques systématiques ou ciblés ?

Hors commission, compte tenu des profils d'usagers rencontrés, les examens biologiques ne sont que très rarement prescrits à tous les usagers rencontrés. En revanche, plus d'un tiers des médecins de commission les prescrivent de façon systématique.

Figure 19 : prescription d'un examen biologique à TOUS les usagers convoqués

	En commission		Hors commission	
Oui	346	38%	10	2%
Non	556	61%	521	98%
NSP	16	2%	3	1%
Total répondants	918	100%	534	100%

Source : enquête INSERR 2013

Les réponses des 346 médecins de commission et des 10 médecins hors commission qui prescrivent un examen biologique à tous leurs usagers permettent d'estimer, compte tenu de leur activité mensuelle déclarée et du taux de réponse à notre enquête, entre 12 000 et 13 000 usagers par mois repartent avec une prescription systématique d'un examen biologique complémentaire.

Parmi les médecins qui ne prescrivent pas d'examen biologique systématique, les raisons principalement évoquées tiennent, autant en commission qu'hors commission, au ciblage que va effectuer le médecin : usager ayant un problème avec l'alcool, cas de suspicion, signes de risques évidents voire d'éthylisme. Un problème lié à la drogue peut également entraîner la demande d'un test biologique. L'infraction en cause est aussi un motif d'examen complémentaire. Dans le même ordre d'idée, le test ne sera pas prescrit lorsque « le patient ne consomme pas d'alcool » ou lorsque les raisons de sa visite ou le motif de sa convocation ne sont pas liés à l'alcool (ceinture, téléphone, renouvellement/suspension de permis...).

De nombreux médecins évoquent aussi que le fait que les autres examens pratiqués sont suffisants (examen clinique ou interrogatoire) ou que l'examen ne doit pas être systématique sans autre précision (« le systématique ne fait pas partie de l'exercice de la médecine »).

De manière moins fréquente, les médecins évoquent des raisons pratiques : faire pratiquer un examen biologique systématique a un coût pour l'usager (« surcoût inutile ») ou nécessite une obligation de revoir le patient, de lui imposer une deuxième visite.

Une vingtaine de médecins réclament que l'examen biologique soit obligatoire, notamment au préalable de la convocation en préfecture, comme le proposent certains médecins dans la zone de commentaires libres, en fin de questionnaire :

« Pourrait-on rendre obligatoire une analyse de sang à faire avant la visite d'aptitude avec systématiquement CDT ? »

« Seul un dépistage systématique biologique serait efficace avant la visite. Trop d'usagers racontent ce que l'on veut entendre »

Signalons enfin une remarque relative à la fraude dans les examens biologiques : « il serait bon pour éviter la fraude que les examens type GGT, CDT, VGM ou stupéfiants mentionnent obligatoirement "à la demande de la préfecture" avec numéro de carte d'identité (risque de fraude) ».

Examen clinique

Il n'existe pas réellement de recommandations concernant le repérage des consommations d'alcool à risques à travers un examen clinique, sauf qu'il est « relativement pauvre et spécifique (...) car il reste normal pendant les premières années de consommation excessive » (Fillol Ghazi, 2005, p.27). Les dernières recommandations en milieu professionnel indiquent aussi que plus de repérage sera précoce, moins les signes cliniques seront présents et moins il sera aisé de les rattacher à une consommation ; c'est la juxtaposition de plusieurs symptômes qui doit alerter le médecin et faire rechercher une substance psychoactive (SFA et SFMT, 2013, p.75). De manière générale, il est recommandé d'intégrer le questionnement sur l'alcool à l'examen clinique de routine : « le repérage d'une consommation dangereuse et problématique est plus efficace lorsqu'il fait partie intégrante des pratiques cliniques de routine » (Anderson *et al*, 2008, p.63).

Ont été retenus dans le questionnaire des signes dont la détection ne nécessite pas a priori d'examens complémentaires (parfois visibles à l'œil nu) et des éléments qui évoquent un lien éventuel avec une consommation problématique d'alcool.

Figure 20 : signes cliniques recherchés en cas d'examen clinique

	En commission		Hors commission	
Profil éthylique suivant la grille de Le Go (haleine, teint, varicosités, sudation, tremblement...)	864	96%	473	90%
Pathologies/symptomatologies où le rôle de l'alcool est probable ou possible	657	73%	292	56%
Signes de dépendance physique	652	72%	309	59%
Ivresse manifeste	454	50%	169	32%
Plaintes évocatrices d'une consommation nocive d'alcool	347	39%	204	39%
Comorbidités psychiatriques	302	34%	169	32%
Élévation de la pression artérielle	215	24%	120	23%
Autre*	30	3%	15	3%
NSP	2	0%	3	1%
Total répondants	900		526	

* Autre : examen neurologique, hépatomégalie, autres aspects physiques, Romberg, etc.

Source : enquête INSERR 2013

Les médecins de commission retiennent en priorité des éléments physiques visibles de consommation problématique d'alcool : signes de dépendance, ivresse manifeste et surtout la description du profil éthylique à travers une grille appelée « grille de Lego ». Très peu d'informations sont disponibles sur les origines et l'utilisation de cette grille⁴⁸. Elle énumère une série de signes physiques, à noter de 1 à 5 : haleine, teint (normal, rouge, terreux, pâle), varicosités, sudation (axillaire ou mains), tremblement (langue, mains, lèvres, paupières), réflexes, équilibre et incoordination motrice. Le diagnostic semble établi par la somme des signes cardinaux ; une note de 7/30 indiquerait un sujet alcoolique⁴⁹.

Impossible de savoir si les médecins vont jusqu'à établir des scores tels que les prévoit cette grille ou si simplement ils s'en inspirent pour leur diagnostic. Quoi qu'il arrive, ces éléments sur l'aspect physique de l'usager permettent uniquement d'établir une intoxication alcoolique chronique et de repérer des consommateurs à un stade avancé de leur alcoolisation.

Sa forte diffusion au sein des commissions médicales est favorisée par la reproduction de cette grille dans certains formulaires d'examen diffusés en préfecture (même si elle est tout autant utilisée par l'ensemble des médecins, qu'ils annoncent utiliser un support prédéfini fourni par la préfecture

⁴⁸ La grille de Lego a été utilisée dans les années 80's et 90's dans certaines études en milieu du travail pour déterminer la prévalence de buveurs excessifs et malades alcooliques (signalées notamment dans : <http://www.rst-sante-travail.fr/rst/dms/dmt/ArticleDMT/VuDuTerrain/TI-RST-TF-90/tf90.pdf>).

⁴⁹ Cours de toxicologie industrielle – chapitre : toxicologie de l'éthanol (<http://sovietik67.free.fr/Cours/4eA/Toxico/Tox%20Ind%20II%20-%20Ethanol.pdf>)

pour renseigner les éléments relatifs à la consultation). Il est possible aussi que cette grille ait été enseignée il y a longtemps en faculté de médecine (à mettre en lien avec l'âge moyen des médecins du permis de conduire). Quoi qu'il en soit, cette grille ne fait pas partie des outils recommandés de nos jours pour le repérage des problèmes d'alcool. Là encore un travail de révision des outils utilisés dans les consultations du permis de conduire s'avère fondamental.

En dehors de ces éléments physiques, les médecins de commission se réfèrent aussi fréquemment à des éléments présents dans le dossier médical de l'utilisateur ou dans ses ordonnances, qui peuvent révéler des pathologies ou symptomatologies dans lesquelles le rôle de l'alcool est probable ou possible. Les comorbidités psychiatriques sont également examinées à travers le dossier de l'utilisateur. Elles sont parfois liées, de manière dose-dépendante, à des conduites addictives et peuvent donc susciter le questionnement du médecin.

En dehors de la commission médicale, le médecin utilise fréquemment également la grille de Lego. Il signale en revanche moins fréquemment baser son diagnostic sur les autres éléments physiques (signes de dépendance physique ou ivresse manifeste), il y est peut-être moins confronté. Il examine également moins souvent les pathologies ou symptomatologies où le rôle de l'alcool est probable ou possible.

Outils déclaratifs

A côté des examens cliniques et des tests biologiques, le médecin peut s'appuyer sur les déclarations de l'utilisateur en utilisant des techniques d'interrogatoire plus ou moins standardisées. Pour rappel, 9 médecins sur 10 en commission et un peu plus hors commission se base sur la déclaration de l'utilisateur. En revanche, ils ne sont que 14 % en commission et 18 % hors commission à avoir recours à des questionnaires préétablis.

Recommandations en matière d'« interrogatoire »

La littérature scientifique est abondante concernant l'intérêt et la description des méthodes se basant sur les déclarations des patients/utilisateurs relatives à leur consommation d'alcool. La démarche du RPIB (repérage précoce et intervention brève) se base sur un entretien oral entre le médecin généraliste et le patient (voir ci-dessus « Recommandations actuelles »). En dehors de l'utilisation de questionnaires (voir ci-après), d'autres techniques permettent de quantifier la consommation d'alcool de l'utilisateur. Le guide pour le médecin édité par l'INPES classe ces techniques dans la phase dite « exploratoire » de la relation du patient avec l'alcool et une première aide à évaluer son niveau de consommation. Les questions suggérées au médecin sont :

- faire raconter au patient une journée type de sa vie, en essayant de repérer comment sa consommation de vin, d'apéritif, de bière ou d'alcools distillés s'y intègre (INPES, Guide médecin, p.21) ;
- faire remplir au patient un tableau pour évaluer de manière précise (et de façon rétrospective) ce qu'il a bu pendant la semaine qui vient de s'écouler (ou chaque jour de la semaine en longitudinal) (INPES, Livret patient, pp.4-6).

Ces techniques permettent de comparer la consommation déclarée du patient aux seuils de risque (seuils OMS ou leur traduction en France – voir « Les notions d'usages d'alcool »). Ces techniques sont connues sous le terme de CDA : consommation déclarée d'alcool. Elle repose sur la maîtrise des notions de verre ou dose standard et les seuils de risque pour son interprétation.

Les médecins interrogés par l'OFDT dans le cadre de la stratégie nationale de diffusion au RPIB connaissent mal, avant leur formation, les seuils de risque : un tiers environ les connaissent et 15 à 25 % des médecins selon les régions signalent un seuil supérieur à ceux de l'OMS (21 verres pour les hommes et 14 pour les femmes par semaine) (OFDT, 2009, pp.24-25). Nous avons également noté que les consommateurs ont aussi une notion erronée de ces seuils (voir « Représentations sur l'alcool »).

Comme toutes les méthodes basées sur le déclaratif, la CDA souffre globalement d'une sous-évaluation : « il est reconnu qu'elle est globalement sous-évaluée par les patients et que la distorsion

entre déclaration et réalité est plus importante en cas d'alcoolodépendance qu'en cas de consommation excessive » (Fillol Ghazi, 2005, p.26). C'est pourquoi les questionnaires, comme nous le verrons ci-après, mêlent aux questions de fréquence et de quantité des questions liées aux contextes et conséquences de l'usage d'alcool. L'intérêt est également d'aborder le sujet et d'initier un dialogue entre le patient et son médecin.

Recours à la déclaration de l'usager en médecine du permis de conduire

Lorsque les médecins du permis de conduire déclarent se baser sur la déclaration de l'usager pour connaître leur consommation d'alcool, nous avons cherché à savoir quelle(s) technique(s) ils utilisaient plus particulièrement.

Figure 21 : Recours à une méthode particulière basée sur la déclaration de l'usager pour mesurer son niveau de consommation d'alcool

	En commission		Hors commission	
Non , vous n'avez pas de pratique standardisée	181	22%	151	30%
Oui , vous lui demandez de quantifier sa consommation en verres/doses standards pour une période donnée (CDA)	490	59%	260	52%
Oui , vous l'interrogez sur la fréquence des alcoolisations aiguës	261	32%	130	26%
Oui , vous lui faites raconter une journée durant laquelle il consomme de l'alcool	387	47%	159	32%
Oui , mais autre	11	1%	6	1%
NSP	11	1%	2	0%
Total répondants	828		504	

Source : enquête INSERR 2013

Un médecin de commission sur 5 n'a pas de pratique standardisée, mais la moitié ou plus des médecins de commission demandent à l'usager de quantifier sa consommation sur une période donnée (semaine ou jour standard). Un tiers des médecins les interrogent sur leurs alcoolisations aiguës, probablement pas de façon systématique. Les pratiques des médecins en dehors des commissions sont proches, même si chacune de ces techniques y est un peu moins fréquemment utilisée.

Présentation des questionnaires les plus courants

Le recours à un questionnaire permet de savoir où en est le patient par rapport à des catégories pré-établies d'usage nocif et/ou dépendance à l'alcool. Au-delà de la « simple » quantification de l'usage d'alcool, ces tests permettent d'aborder plus clairement les conséquences de la consommation excessive d'alcool.

Dans les recommandations cliniques relatives au repérage, quatre questionnaires sont habituellement présentés : AUDIT, AUDIT-C, DETA et FACE (voir « Recommandations en matière de repérage »). Nous présentons rapidement leur mode d'usage ainsi que leurs avantages et limites tels qu'ils ressortent des rapports examinés dans la revue de littérature précédente. Ils sont repris en annexe.

Questionnaire DETA (acronyme de « Diminuer, Entourage, Trop et Alcool », en référence aux questions du test ; traduction française du CAGE : Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, Eye-openers).

Il s'agit du premier des tests proposés aux médecins généralistes à leur patient dans le guide de l'INPES. Il repose sur 4 questions, pouvant être rempli par le patient directement :

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? (oui/non)
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? (oui/non)
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? (oui/non)
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? (oui/non)

Sa limite essentielle tient à la période de référence : les réponses concernent la vie entière du patient et non pas forcément une période récente. Autre limite : les réponses font par ailleurs plutôt référence à un ressenti plutôt que des éléments chiffrables.

A partir de deux réponses positives, la probabilité d'une consommation excessive, et partant, d'une éventuelle dépendance, est très élevée (INPES, Guide médecin, p.25).

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) : ce test a été mis au point par l'OMS⁵⁰ et interroge le patient sur sa consommation, les symptômes de dépendance ou d'autres aspects problématiques d'une consommation nocive. Son adaptation française a été validée en 2005⁵¹.

Il est présenté comme le test de référence dans le guide pour le médecin de l'INPES (pp.25-26). Il comporte 10 questions et plusieurs modalités de réponse (voir annexe). Il est prévu pour être rempli par le patient en salle d'attente pour être restitué au cours de la consultation par le médecin⁵² :

1. Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous ?
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable d'arrêter de boire après avoir commencé ?
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée ?
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu ?
9. Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?
10. Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

Contrairement au test précédent, l'AUDIT fait référence aux douze derniers mois de la vie du patient. Son interprétation est plus fine : un score total compris entre 7 et 12 pour un homme et 6 et 12 pour une femme témoigne d'une consommation nocive et un score total supérieur à 13 témoigne d'une dépendance à l'alcool (INPES, Guide médecin, p.25).

En auto-questionnaire, si le score dépasse 6 pour une femme et 7 pour un homme, le patient est informé que sa consommation d'alcool présente vraisemblablement des risques pour sa santé et est invité à en parler à son médecin (INPES, Livret patient, p.16).

De nombreuses études rendent compte de la fiabilité de ce test (sensibilité de 50 à 97 % selon les études et spécificité de 78 à 96 % pour la consommation nocive / dangereuse / à risque), sur plusieurs populations et dans plusieurs pays, concluant au fait que « le questionnaire Audit a tenu ses promesses en tant que test de dépistage international » (Anderson et al, 2008, pp.69-70).

Ce test présente l'avantage d'avoir été spécialement conçu pour une utilisation en médecine générale, mais il est long à remplir. C'est pourquoi des versions abrégées ont été testées.

Le « five-shot questionnaire » est une combinaison de l'AUDIT et DETA (5 questions sur les quantités consommées et les conduites d'alcoolisation) mais dont l'utilité n'a pas été démontrée en médecine générale.

⁵⁰ Saunders J., Aasland O., Babor T., de la Fuente J. et Grant M., "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II", *Addiction*, Vol.88, N°6, 1993, p.791-804

⁵¹ Gache P., Michaud P., Landry U., Accietto C., Arfaoui S., Wenger O., Daeppen JB. "The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version". *Alcohol Clin Exp Res*. 29(11), 2005, pp.2001-2007.

⁵² 5 modalités pour les questions 1 à 8 et 3 modalités pour les questions 9 et 10 (voir annexe)

Plus fréquent, le questionnaire abrégé Audit-C a été évalué au début des années 2000 en médecine générale et a démontré une efficacité proche de celle de l'Audit (sensibilité et spécificité équivalentes pour le repérage de l'usage à risque en médecine générale) (Anderson et *al.*, 2008, pp.70-71). L'Audit-C ne reprend que les 3 questions de l'Audit sur la consommation d'alcool :

1. Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous ?
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?

Un score supérieur ou égal à 4 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 3 (chez la femme) traduit une consommation d'alcool à risque pour la santé ; un score supérieur ou égal à 5 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 4 (chez la femme) traduit pour une alcoolodépendance.

En France, dans le cadre du programme « boire moins c'est mieux », une version abrégée a été conçue : le questionnaire FACE (formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien – Fast Alcohol Consumption Evaluation). En cinq questions, il permet de classer les patients selon un risque faible ou nul, une consommation excessive probable, une dépendance probable.

- 1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
- 2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
- 3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
- 4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
- 5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Ce questionnaire est à remplir au cours d'une relation face-à-face. Un score inférieur à 5 pour les hommes (4 pour les femmes) indique un risque faible ou nul ; un score compris entre 5 et 8 pour les hommes (4 à 8 pour les femmes) indique une consommation excessive probable et un score supérieur à 8 pour les hommes ou les femmes indique une dépendance probable.

Conçu pour s'adapter au contexte français, notamment de la consultation rapide de médecine générale, il est bien accepté par les médecins et patients. Il a été validé en France auprès des médecins généralistes. Il est également proposé avec l'Audit aux médecins du travail.

Recours aux questionnaires en médecine du permis de conduire

S'ils étaient 130 médecins de commission et 95 hors commission à déclarer avoir recours à un questionnaire pré-établi, ils ne sont plus que 78 et 69 à citer un ou plusieurs questionnaire(s) au sein de la liste proposée. Cela représente 8,5 % des médecins de commission et 13 % des médecins hors commission.

Figure 22 : Questionnaire(s) préétabli(s) utilisés, en commission et hors commission

	En commission		Hors commission	
FACE	40	51%	35	51%
AUDIT	17	22%	11	16%
DETA(CAGE)	14	18%	7	20%
AUDIT-C	7	9%	14	10%
Questionnaire personnel *	4	5%	5	7%
Questionnaire de la commission/préfecture *	8	10%	4	6%
Autre (Le Go, RPIB, CDA, variable)	5	6%	6	9%
Total des réponses	78		69	
<i>Vous utilisez un questionnaire préétabli (rappel)</i>	<i>131 (sur 918)</i>	<i>14%</i>	<i>95 (sur 534)</i>	<i>18%</i>

* modalités non prévues initialement – réponse libre

Source : enquête INSERR 2013

En proportion, l'usage du questionnaire semble plus fréquent en dehors de la commission préfectorale (les conditions de consultation y sont probablement plus favorables).

Le questionnaire FACE est de loin le plus utilisé par les médecins du permis de conduire. En commission, 1 médecin sur 5 déclare avoir recours à l'AUDIT complet ou au DETA. En dehors de la commission, c'est l'AUDIT-C qui est plus utilisé, loin devant le DETA. Certains médecins signalent par ailleurs des questionnaires ad hoc, élaboré par leurs soins ou fournis par la préfecture (sans autre précision).

La question suivante s'adressait aux médecins n'ayant pas recours à ces questionnaires pour en connaître les motifs.

Figure 23 : Raisons de non recours à un questionnaire pré-établi

	En commission		Hors commission	
Vous ne connaissez pas ces questionnaires	375	48%	228	52%
Vous doutez de la sincérité des réponses des usagers	253	32%	167	38%
Vous n'avez pas le temps durant la consultation	247	31%	120	27%
Vous les jugez mal adaptés à ce type de consultation	162	21%	69	16%
Vous doutez de leur efficacité	127	16%	68	15%
Autre*	19	2%	10	2%
NSP	41	5%	11	3%
Total répondants	788		439	

* non disponible, préférence pour les autres examens...

Source : enquête INSERR 2013

La non connaissance de ces questionnaires est la raison principale évoquée, par la moitié des médecins du permis de conduire. Dans des proportions similaires, les médecins évoquent ensuite leur doute quant à la sincérité des réponses des usagers, ou, dans le même ordre d'idée, quant à l'efficacité de ces tests à repérer les usages problématiques d'alcool. Des contraintes techniques sont également avancées : un problème de temps, aussi bien en commission qu'en dehors et un outil mal adapté aux consultations du permis de conduire.

Citons à titre d'illustration les deux commentaires libres suivants :

« Croire les gens relève de l'angélisme »

Promouvoir un « questionnaire déclaratif signé par l'utilisateur pour dégager toute responsabilité en cas de fausse déclaration »

Comparaison avec les autres enquêtes auprès de médecins

Dans l'étude de l'OFDT sur les médecins désireux de se former au RPIB, exception faite du groupe de médecins formés en Midi Pyrénées, entre 90% et 98% des médecins formés dans les autres régions signalent ne pas utiliser ces questionnaires. Cela semble tenir essentiellement à une méconnaissance de ces outils de repérage : entre 62% et 84% des médecins déclarent ne pas connaître ces questionnaires (OFDT, 2009, p.29).

En 2009, 12,9 % des médecins généralistes interrogés dans le cadre de l'enquête Baromètre santé déclarent utiliser un questionnaire préétabli dans le domaine de l'alcool. Ce pourcentage est proche de celui observé en dehors des commissions du permis de conduire et dénote une sous-utilisation dans les commissions préfectorales. Les auteurs notent que ce pourcentage est en très forte évolution par rapport à 2003 (2,0 %), même s'il reste largement inférieur à l'utilisation de questionnaires en matière de tabac (34,0 % en 2009) (Guignard *et al.*, 2011, p.187 et Fournier *et al.*, 2011, p.54). Les médecins appartenant à un réseau d'addictologie sont plus enclins à utiliser ce type de questionnaire en matière d'alcool. Les réticences sont encore fréquentes et de manière générale, 40 % des médecins généralistes jugent qu'aborder la question de la consommation d'alcool est un sujet difficile (Guignard *et al.*, 2011, p.193).

Les médecins du travail interrogés dans le cadre de l'enquête INPES/INRS/STMOIF sont relativement nombreux à déclarer utiliser un questionnaire d'aide au repérage des facteurs de

risques ou des pathologies, mais leur utilisation est souvent occasionnelle. Alors qu'elle est quasiment systématique en matière de tabagisme, elle est moins fréquente en matière d'alcool et concerne au final environ 1 médecin sur travail sur 5 (Ménard et *al.*, 2011b, pp.46-47). L'AUDIT et le FACE dépassent le DETA dans les questionnaires déclarés. « On constate avec satisfaction que ceux qui ont la meilleure pertinence pour détecter les personnes dans le risque (et pas seulement les personnes malades), comme l'AUDIT et le FACE, ont rejoint voire dépassé en notoriété le CAGE dont la sensibilité et la spécificité sont médiocres » (Michaud et *al.* 2011, p.77). Enfin, en matière de tabagisme, c'est la rapidité du questionnement mais aussi l'aisance et la capacité des médecins à donner des conseils de prévention sur ce sujet qui justifient la diffusion de ce type de questionnaire (Ménard et *al.*, 2011b, p.59).

La question de l'efficacité de cette méthode en médecine du travail, compte tenu de l'intérêt que peuvent avoir les salariés à ne pas déclarer leur consommation, se pose tout particulièrement et rejoint les inquiétudes dévoilées des médecins du permis de conduire. C'est ce que constatent les auteurs d'une étude menée fin 2008 auprès de 239 médecins du travail en PACA et Rhône-Alpes : « nous ne pouvons pas non plus exclure l'hypothèse selon laquelle les salariés éluderaient plus ou moins consciemment leurs pratiques de consommation face au médecin du travail, peut-être par crainte – fondée ou non – d'une mise en inaptitude. A moins qu'ils ne soient dans la représentation que la difficulté qu'ils traversent n'est qu'un problème individuel, ne prenant pas la mesure du fait qu'il s'agit aussi d'une situation qui implique l'organisation du travail dans laquelle ils sont insérés » (CIRDD Rhône Alpes, 2010, p.6).

Avis spécialisés et examen psychotechnique

Les médecins du permis de conduire peuvent avoir recours à un avis spécialisé. Ils y sont encouragés en cas de pratiques addictives, notamment lors de la réévaluation avant autorisation de reprise de la conduite ou « en vue de soins spécifiques » (extrait tableau Classe IV arrêté du 31 août 2010). Cet examen complémentaire se fait par un spécialiste de la commission d'appel ou un « professionnel de santé qualifié dans des domaines particuliers » (art.2 du décret n°2012-886 du 17 juillet 2012) qui communiquera les résultats de son examen à la commission médicale ou au médecin agréé pour établir l'avis médical d'aptitude à la conduite.

Par ailleurs, les médecins agréés peuvent avoir recours à des psychologues agréés dans le cadre des examens psychotechniques. Ces derniers sont obligatoires en cas d'invalidation ou d'annulation du permis de conduire et, depuis le 1^{er} septembre 2012, également en cas de suspension d'une durée supérieure à un mois.

Recours à des avis spécialisés

Pour rappel, 69 % des médecins de commission et 65 % des médecins hors commission ont recours à un avis spécialisé pour évaluer la consommation d'alcool de l'usager (figure 16). Ils font appel à respectivement 1,4 et 1,3 professionnels de santé en moyenne.

Figure 24 : Avis spécialisé sollicité concernant la consommation d'alcool

	En commission		Hors commission	
Addictologue	359	57%	251	72%
Psychiatre	339	53%	109	31%
Psychologue	47	7%	31	9%
Gastro entérologue / hépatologue*	100	16%	20	6%
Médecin généraliste / médecin traitant*	22	3%	12	3%
(renvoi en commission)	--	--	3	1%
Autre	6	1%	7	2%
NSP	6	1%	11	3%
Total répondants	634		347	

* modalité non prévue initialement – réponse libre

Source : enquête INSERR 2013

En commission, les médecins font tout autant appel à un addictologue qu'à un psychiatre, probablement pour un avis en alcoologie dans les deux cas (fonction de l'offre de spécialistes dans le département). Le recours à un gastro-entérologue ou à un hépatologue – réponse non prévue initialement dans le questionnaire – a été largement cité également pour ce diagnostic.

Hors commission, les liens sont plus fréquents avec le réseau des addictologues (71 % y font appel) et un tiers fait appel à un psychiatre. Seul 17 % des médecins font appel aux deux spécialistes. Autrement, ils ont l'habitude de travailler plutôt avec l'un ou l'autre.

Les autres spécialistes consultés sont les psychologues (sans savoir si cette sollicitation se fait dans le cadre des tests psychotechniques ou non) ou encore les médecins généralistes ou les médecins traitants qui peuvent être sollicités pour l'aide au diagnostic d'usage d'alcool ou pour intervenir ensuite (voir la partie suivante sur les suites données à l'avis d'aptitude).

Recours aux examens psychotechniques : enseignements des études antérieures

Nous l'avons vu, les dispositions législatives et réglementaires posent le principe d'un recours obligatoire aux tests psychotechniques en cas d'invalidation, annulation ou suspension du permis de conduire supérieure à 1 mois, mais les médecins agréés peuvent faire appel à ces examens en dehors de ces obligations légales. D'autant plus que désormais le médecin agréé doit évaluer l'aptitude cognitive des conducteurs : « Le contrôle de l'aptitude cognitive doit permettre de s'assurer que l'usager est capable de s'approprier et mobiliser des informations pour répondre à une situation déterminée. Il s'agit de vérifier que ce dernier sera en mesure, en situation normale de conduite, de maîtriser les règles de la circulation et les spécificités de son environnement afin de réagir de manière appropriée aux diverses situations rencontrées » (Circulaire du 3 août 2012, p.12).

Dans cette même circulaire du 3 août 2012, les médecins agréés sont incités à recourir à des examens complémentaires, « notamment des tests psychotechniques en dehors des cas où ceux-ci sont obligatoires » pour apprécier l'aptitude cognitive de l'usager.

Il leur est alors rappelé que ces examens se font d'après leur prescription et qu'ils comprennent plusieurs tests que les médecins peuvent prescrire tout ou en partie : les « tests psychotechniques (...) ne se limitent pas à une seule batterie de tests mais comprennent différents types de tests qui peuvent répondre à des prescriptions particulières formulées par les médecins » (Circulaire du 3 août 2012, p.12).

Cependant, plusieurs études ont souligné la faible articulation entre les médecins agréés et les psychologues des centres psychotechniques, et la relative méconnaissance du contenu de ces examens par les premiers.

Même si l'utilisation de l'examen psychotechnique dans la prévention des accidents est ancienne (réglementé par arrêté de 1960), aucun texte ne précise les méthodes ou outils à utiliser en France. Plusieurs études ont été menées en France sur les 15 dernières années (Blanchard et al., 1998 ; Grancher et Blanchard, 2001 ; Charrol et Weber, 2006 ; Billard et Weber, 2009). Elles sont concordantes en ce qui concerne l'utilité de ces examens au sein du système de réhabilitation du conducteur mais elles mettent en évidence une disparité des pratiques, liée en partie à l'absence de critères d'homologation des centres et des experts chargés de leur mise en œuvre mais aussi la nécessité de « définir le contenu de l'examen psychotechnique du conducteur (...), d'utiliser un matériel standardisé et d'avoir des étalonnages de référence pour l'analyse des résultats » (Charrol et Weber, 2006, p.35).

Au-delà de l'encadrement nécessaire du dispositif, la question des aptitudes à évaluer est soulevée. L'étude de 2009 (Billard et Weber), portant sur l'examen des batteries de tests existantes, signale qu'au niveau européen un consensus existe sur les dimensions à examiner à travers les examens psychotechniques des conducteurs : performance psychomotrice, évaluation des attitudes et de la personnalité des conducteurs mais également rapport aux produits psychoactifs. Rappelons que ces tests ne visent pas une évaluation de l'imprégnation alcoolique mais bien une mesure des conséquences de l'alcool sur les fonctions cognitives ou d'autres altérations au niveau du comportement. Le résultat

des tests psychotechniques peut alerter le psychologue sur une éventuelle conduite addictive. L'entretien avec le psychologue, lorsqu'il est réalisé, pourra le confirmer.

Ces études ont également examiné les relations existantes entre les médecins du permis de conduire et les psychologues agréés pour les tests psychotechniques. L'absence mentionnée de textes réglementaires entraîne une grande disparité dans les échanges ; les relations semblent dépendantes des personnes qui pratiquent ces examens. Le manque de concertation entre les médecins et les psychologues est souligné. L'influence des résultats de l'examen psychotechnique est qualifiée de « faible » dans l'étude de 1998. L'avis final semble essentiellement « médical » dans l'étude de 2001. Néanmoins, l'étude de 2006 menée auprès des préfectures rendait compte d'une situation plus harmonieuse, malgré une absence de rencontre et des échanges uniquement « par contre-rendu interposé ». Cette dernière étude confirme que les commissions primaires font plus fréquemment appel aux psychologues dans certains cas de figure parmi lesquels la présomption d'abus d'alcool ou d'usage d'autres produits psychoactifs (Charrol et Weber, 2006, pp.23-25).

Recours aux examens psychotechniques : résultats de 2013

Les réponses au questionnaire de 2013 mettent en évidence une incohérence entre le pourcentage des médecins qui disent utiliser les résultats de l'examen psychotechnique comme méthode de repérage de la consommation d'alcool de l'usager (29 % des médecins en commission et 14 % hors commission) et la réponse à la question « utilisez-vous le résultat de l'examen psychotechnique (entretien et/ou test) pour évaluer la consommation d'alcool de l'usager ? ». A cette question, 46 % des médecins de commission et 43 % hors commission se prononcent favorablement.

Au final, 209 médecins en commission présentent une réponse cohérente aux deux questions et 78 médecins hors commission. Ainsi, en commission, 23 % des médecins déclarent avoir recours au résultat de l'examen psychotechnique dans les deux questions et 11 % hors commission.

L'examen psychotechnique peut être composé de tests psychomoteurs et/ou d'un entretien. La pratique n'est probablement pas homogène. Les médecins interrogés déclarent utiliser plus volontiers les résultats des tests psychomoteurs et la synthèse du psychologue, plus rarement le contenu de l'entretien psychologique.

La moitié des médecins ont répondu ne pas utiliser les tests psychotechniques pour l'évaluation de la consommation d'alcool de l'usager. Il leur était demandé pourquoi :

Figure 25 : raisons du non usage de l'examen psychotechnique pour évaluer la consommation d'alcool de l'usager

	En commission		Hors commission	
Vous n'en avez pas besoin pour votre diagnostic d'usage d'alcool	316	66%	141	48%
Vous n'avez pas toujours ces résultats lors de la consultation	183	38%	157	53%
Vous n'en avez pas besoin pour votre décision d'aptitude	116	24%	72	24%
Vous ne savez pas comment utiliser ces résultats	36	8%	42	14%
Tests non adaptés/non informatifs sur le sujet « alcool »*	31	6%	**	**
Vous n'avez pas le temps de les consulter	7	1%	7	2%
Autre	34	7%	**	**
NSP	6	1%	5	2%
Total répondants	479		296	

* modalité non prévue – réponses libres

** item non inscrit dans le questionnaire

Source : enquête INSERR 2013

La raison principale avancée par les médecins de commission est celle de l'utilité de l'examen psychotechnique pour évaluer la consommation d'alcool. Cette réponse est également inscrite par

6 % des médecins non utilisateurs de tests, qui signalent explicitement qu'ils trouvent les tests non adaptés ou non informatifs sur ce sujet (« le test est psychotechnique mais n'aborde pas la notion d'addictologie ») ou que l'information sur l'alcool ne figure pas sur le compte rendu.

Des contraintes techniques sont souvent signalées également : un tiers des médecins de commission qui n'utilisent pas ces tests indiquent ne pas les avoir. Dans les commentaires libres, certains médecins signalent aussi que, dans la procédure, les tests se font après leur examen médical. C'est encore plus fréquent hors commission.

Enfin, ils sont tout aussi nombreux en commission qu'en dehors à ne pas les utiliser car ils ne leur servent pas à établir leur décision d'aptitude.

Décisions d'aptitude à la conduite et autres démarches entreprises

Une fois son examen réalisé et au vu des éventuels avis spécialisés requis, le médecin agréé, en concertation avec l'autre médecin de commission ou seul à son cabinet, doit émettre un avis d'aptitude à la conduite, parmi la liste des décisions mentionnées dans le formulaire CERFA (voir ci-dessus « La médecine du permis de conduire »).

En matière de consommation d'alcool, les dispositions de l'arrêté du 31 août 2010 (pour les titulaires du permis de conduire ou candidats du groupe léger⁵³) sont les suivantes :

Classe IV : pratiques addictives – neurologie – psychiatrie

Les affections pouvant exposer un candidat ou conducteur à la délivrance ou au renouvellement d'un permis de conduire, à une défaillance d'ordre neurologique ou psychiatrique de nature à provoquer une altération subite des fonctions cérébrales constituent un danger pour la sécurité routière. La plus grande vigilance est recommandée étant donné l'importance et la gravité du problème en matière de sécurité routière. Si nécessaire, avoir recours à un avis spécialisé en vue de soins spécifiques.

4.1 Pratiques addictives

4.1.1 : Abus d'alcool ou usage nocif et dépendance

Incompatibilité durant la période d'alcoolisation. Avant autorisation de reprise de la conduite, réévaluation obligatoire par la commission médicale qui statue au vu de l'ensemble des éléments cliniques et/ou biologiques et, selon les cas, après avis spécialisé. Appréciation des modifications du comportement d'alcoolisation sur les éléments médicaux présentés : période probatoire d'un an. En cas de récurrence, modulation de la périodicité des visites médicales avec raccourcissement des échéances à l'appréciation de la commission médicale, à l'issue de la période d'observation. En cas de dépendance forte avec signes de dépendance physique, témoignant d'une alcoolisation régulière, une incompatibilité peut être prononcée pendant une période de durée suffisante pour obtenir une capacité médicale compatible avec les exigences de la sécurité routière.

On le voit, la décision peut être modulée selon le diagnostic d'usage et surtout, en fonction de la proximité avec la reprise de la conduite et les antécédents du conducteur.

Influence de l'évaluation de l'usage d'alcool sur la décision

Dans notre enquête, les médecins ont été interrogés sur l'influence de leur évaluation de l'usage d'alcool sur leur décision d'aptitude : cet élément entre-il en ligne de compte ? si oui, un niveau d'usage a-t-il plus d'influence que les autres ? et quelle décision entraîne-t-il ?

En commission, les médecins utilisent quasiment tous l'évaluation de l'usage d'alcool pour établir leur décision. Rappelons qu'ils sont en présence de nombreux conducteurs auteurs d'infractions routières en lien avec l'alcool. Il s'agit donc d'un élément central de leur examen d'aptitude à la conduite. Hors commission, les conducteurs peuvent présenter d'autres caractéristiques qui seront prépondérantes dans la décision d'aptitude à la conduite.

⁵³ Pour le groupe lourd, le texte mentionne également que « les risques additionnels liés à la conduite du groupe lourd, notamment chez les professionnels, seront envisagés avec la plus extrême prudence ».

Figure 26 : Influence de la décision d'aptitude par le type d'usage repéré*

	En commission		Hors commission	
Non, ma décision porte (essentiellement) sur les autres éléments de la consultation	84	9%	103	19%
Oui, quel que soit le type d'usage	463	50%	163	31%
Oui, mais uniquement en cas d'usage nocif ou dépendance	309	34%	199	37%
Oui, mais uniquement en cas de dépendance	35	4%	30	6%
NSP	27	3%	39	7%
Total répondants	918	100%	534	100%

* « Votre décision est-elle influencée par le type d'usage repéré ? »

Source : enquête INSERR 2013

En commission, non seulement le diagnostic d'usage a du poids mais ce, quel que soit le niveau d'usage évalué pour la moitié des médecins. Un tiers des médecins signalent tout de même que seul un usage nocif ou une dépendance va peser sur la décision d'aptitude. Seuls 4 % des médecins ne basent leur décision d'aptitude que sur la dépendance, pas en deçà.

Figure 27 : Influence de l'évaluation de l'usage d'alcool sur la décision d'aptitude, par rapport aux conducteurs non consommateurs

	En commission		Hors commission	
Plus d'aptitude	99	12%	44	11%
Plus d'aptitude temporaire	412	51%	85	22%
Plus d'aptitude avec restrictions	67	8%	26	7%
Plus d'inaptitude	190	24%	22	6%
Plus de renvois en commission préfectorale (uniquement hors commission)			190	49%
NSP	39	5%	24	6%
Total répondants	807	100%	391	100%

Source : enquête INSERR 2013

En commission, pour les médecins qui l'utilisent dans leur prise de décision, une évaluation positive de l'usage d'alcool va entraîner plus fréquemment une décision d'aptitude temporaire (que chez un conducteur non consommateur). C'est ensuite la décision d'inaptitude qui semble la plus fréquente (« la menace de suspension de permis de conduire est l'élément le plus important pour motiver un arrêt de l'intoxication » commentaire libre, Enquête INSERR 2013).

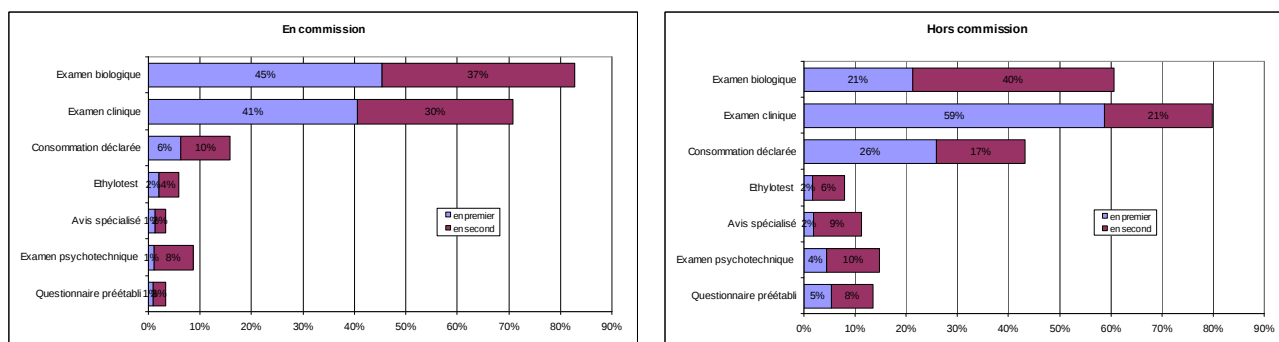
Hors commission, la moitié des médecins qui prennent en compte l'évaluation d'usage d'alcool dans leur décision choisissent de renvoyer l'utilisateur vers la commission médicale. Ils sont 22 % à utiliser la possibilité qui leur est désormais offerte d'émettre des avis d'aptitude temporaire.

Le médecin de commission, lorsqu'il agit hors commission, a tendance à appliquer la même décision qu'en commission en présence d'un usager en difficulté avec l'alcool : 8 médecins sur 10 prennent le même type de décision en présence de tels usagers. Lorsqu'ils modifient leur décision, celle-ci va dans le sens de plus d'avis d'aptitude hors commission et logiquement, plus de renvois en commission.

Influence du type d'examens sur la décision

Sur l'ensemble des examens pratiqués pour le repérage des consommations d'alcool, les médecins devaient indiquer les deux plus importants.

Figure 28 : Examens cités (en premier et en second) comme les plus importants dans la prise de décision



Source : enquête INSERR 2013

Les réponses des médecins de commission sont assez unanimes : c'est la combinaison examen biologique + examen clinique qui est la plus importante. 45% citent l'examen biologique en premier et 41% l'examen clinique. Ils sont aussi 37% à citer l'examen biologique en second et 30% à citer l'examen clinique. Les autres examens ne semblent pas avoir beaucoup d'influence en commission. Seule la méthode de la consommation déclarée d'alcool est jugée importante, en second élément, par une part notable de médecins de commission (10% d'entre eux).

Les médecins exerçant hors commission sont moins unanimes. 59% déclarent que l'examen clinique est le plus important pour établir le diagnostic d'usage problématique d'alcool. Mais 26% citent la CDA en première méthode et 21% l'examen biologique. Ce dernier est la méthode la plus citée en second (par 40% des médecins hors commission). Suivi par l'examen clinique (21%) et la CDA (17%). Les résultats de l'examen psychotechnique, l'avis spécialisé ou encore le questionnaire pré-établi sont cités en second par respectivement 10, 9 et 8%.

Autres démarches entreprises

Les textes réglementaires récents encouragent les médecins à dépasser le cadre strict de la médecine de contrôle et à aller au-delà de la décision d'aptitude, soit par des actions préventives (« le décret [du 17 juillet 2012] affirme, si besoin en était, la mission de prévention des comportements routiers dangereux des commissions médicales »⁵⁴) soit par une orientation médicale (« si nécessaire, recours à un avis spécialisé en vue de soins spécifiques » en cas de pratiques addictives⁵⁵).

L'ensemble des médecins du permis de conduire ont donc été interrogés sur les démarches effectuées au-delà de la décision d'aptitude à la conduite pour les usagers en difficulté avec l'alcool.

Figure 29 : Démarche(s) entreprise(s) face à un usager en difficulté avec l'alcool au-delà de la décision d'aptitude

	En commission		Hors commission	
Vous lui donnez des conseils de prévention	861	95%	458	93%
Vous l'invitez à en parler avec son médecin traitant	609	67%	235	48%
Vous lui remettez un courrier pour appuyer cette démarche	409	45%	157	32%
Vous l'invitez à en parler avec son médecin du travail	254	28%	179	36%
Vous l'orientez vers une consultation spécialisée (hôpital, CSAPA - ex.CSST et CCAA)	85	9%	76	15%
Autre**	18	2%	7	1%
Total répondants*	909		493	

* total des répondants à cette question, à l'exclusion des médecins ne déclarant aucune démarche supplémentaire

** nouvelle convocation en commission, examens biologiques ou cliniques complémentaires...

Source : enquête INSERR 2013

⁵⁴ Circulaire du 3 août 2012 (sus cité), p.4.

⁵⁵ Arrêté du 31 août 2010 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 (sus cité).

En première analyse, 8% des médecins de commission et 13% des médecins exerçant hors commission ont déclaré n'effectuer aucune démarche supplémentaire. Mais certains de ces médecins ont tout de même répondu à la question en signalant des démarches complémentaires. Après correction de la base, ils ne seraient plus que 1% des médecins des deux instances à ne pas aller au-delà de la décision d'aptitude.

Les médecins du permis de conduire déclarent en moyenne 2,5 et 2,3 démarches. Quasiment tous disent prodiguer des conseils de prévention. L'orientation vers le médecin traitant est fréquente en commission (par 2/3 des médecins), accompagnée d'un courrier (ou d'un appel téléphonique). La moitié également des médecins le font lors de la consultation en ville. L'orientation vers le médecin du travail se fait également par certains médecins, un peu plus fréquemment chez ceux de ville, compte tenu de l'importance des usagers en visite d'examen périodique dans le cadre professionnel. En revanche, l'orientation vers le dispositif spécialisé est encore peu fréquente : 9% des médecins de commission le font et 15% hors commission. La marge de progression existe.

La même question était posée aux médecins du travail interrogés en 2009 dans le cadre du Baromètre. Face à un usage faisant usage d'alcool, les médecins du travail donnent moins fréquemment des conseils de prévention (76%) mais l'invitent plus fréquemment à en parler avec le médecin traitant (75% d'entre eux le font) et sont 41% à l'adresser vers une consultation spécialisée (Ménard et al., 2011b, pp.50-51).

Quelles sont les raisons évoquées par les médecins du permis de conduire à l'absence de démarches supplémentaires ?

Figure 30 : Raisons évoquées à l'absence de démarche supplémentaire auprès des usagers en difficulté avec l'alcool

	En commission		Hors commission	
Ce n'est pas votre rôle de médecin du permis de conduire	36	50%	27	38%
Vous manquez de temps	24	33%	17	24%
Vous vous heurtez à la résistance des conducteurs	19	26%	34	48%
Vous ne souhaitez pas être intrusif dans la vie personnelle des conducteurs	15	21%	16	23%
Vous ne croyez pas à l'efficacité d'une démarche individuelle de prévention (en médecine du permis de conduire)	12	17%	8	11%
Vous n'avez pas d'outils adaptés	8	11%	9	13%
Vous manquez de formation sur ce thème	5	7%	10	14%
Autre	6	8%	3	4%
NSP	1	1%		
Total répondants	72		71	

Source : enquête INSERR 2013

Les avis sont légèrement différents selon que les médecins exercent en commission ou en dehors. Pour les premiers, la justification la plus fréquente est celle concernant le rôle jugé non adapté des médecins du permis de conduire (qui ne seraient pas censés aller au-delà de la recherche de l'aptitude médicale à la conduite : « Notre rôle en commission se limite à l'évaluation de l'aptitude et nous ne pouvons-nous immiscer dans une démarche thérapeutique. Les conseils repassent par la demande de consultation auprès du médecin traitant »). Le manque de temps est évoqué, plus fréquemment en commission qu'en dehors. Des raisons qui tiennent aux usagers sont ensuite avancées : résistance (supposée) des conducteurs, peur d'être intrusifs... On retrouve là les arguments couramment avancés par les médecins généralistes, comme décrit précédemment dans la revue de littérature sur le RPIB.

Pour les médecins du permis de conduire exerçant dans les deux instances, 15% signalent qu'ils ne font pas les mêmes démarches complémentaires en cabinet qu'en commission préfectorale. Comme pour les autres médecins, les explications se rapportent, à part égale, à la résistance supposée des

usagers ou au sentiment de dépasser le cadre de la médecine du permis de conduire. Le manque de temps en commission et les profils différents d'usagers hors commission justifient aussi des différences dans les démarches entreprises : plutôt plus souvent des conseils de prévention et une orientation vers le médecin traitant, mais moins souvent d'orientation vers le dispositif spécialisé.

Enfin, l'ensemble des médecins devaient indiquer si leur pratique en dehors de la médecine du permis de conduire était ou non différente. Les deux tiers exactement des médecins ne semblent pas modifier leur pratique en matière de repérage du risque alcool. Ceux qui la modifient mettent en avant la question du ciblage des usagers/patients puisque ceux-ci sont différents dans l'exercice traditionnel de la médecine. L'argument du recours aux examens complémentaires⁵⁶ et celui du temps consacré à ce repérage sont cités ensuite par respectivement 4 médecins qui modifient leur pratique sur 10.

Bilan : temps consacré aux questions d'alcool

En moyenne, les médecins de commission déclarent consacrer un peu plus d'un tiers du temps de la consultation aux questions relatives à l'alcool, mais les réponses sont éparées : un tiers y passent entre 10 et 20%, un autre tiers y consacrent entre 25 et moins de 50% et moins d'un tiers vont jusqu'à y consacrer les trois quart de la consultation, rarement au-delà. En dehors des commissions préfectorales, le temps consacré est finalement plus court (18% en moyenne), les médecins déclarant essentiellement des durées inférieures à 25% du temps de la consultation, très souvent 10%.

La part de la consultation consacrée aux questions alcool est limitée par l'ensemble des examens également pratiqués et l'importance des tâches administratives comme évoqué à cette occasion (voir « Organisation des consultations (généralités) »): « les tâches administratives qui nous sont imposées sont beaucoup trop lourdes (vérification du dossier, réduction des certificats) et prennent trop de temps pour pouvoir approfondir les questions d'addictologie en particulier vis-à-vis de l'alcool » (commentaire libre Enquête INSERR 2013).

Rapportées au temps moyen déclaré, cela donne une durée moyenne consacrée aux questions autour du risque alcool de l'ordre de 7 minutes en consultation et de seulement 3 minutes 30 hors consultation.

Dans l'étude EIST en santé au travail, les interventions brèves testées auprès des médecins volontaires ont été d'une durée moyenne de 9 minutes (Michaud et *al.*, 2007). Les outils mis en place dans le cadre du programme français « boire moins c'est mieux » permettent une intervention brève d'une durée moyenne de 10 minutes (Michaud et *al.*, 2003, p.289). Les recommandations au niveau international sont plus vagues car la corrélation entre durée du conseil et son efficacité n'a pas été prouvée. Néanmoins, elles évoquent l'efficacité d'un conseil « simple et structuré » de moins de 5 minutes pour réduire une consommation d'alcool à risque et problématique. Elles décrivent autrement des interventions plus intensives comprenant une session initiale d'environ 15 minutes pour des conseils et une première aide, la restitution des résultats du test de dépistage et l'établissement d'un objectif à atteindre (Anderson et *al.*, 2008, p.84).

Bilan : estimation du nombre de consommateurs d'alcool reçus en visite médicale d'aptitude à la conduite

Les médecins de commission estiment qu'environ 4 usagers sur 10 reçus en préfecture présentent un usage (à moindre risque) d'alcool. L'abus ou l'usage nocif serait détecté chez 3 usagers sur 10 et une dépendance chez 2 usagers sur 10 environ.

Logiquement, la part des usagers d'alcool serait moindre en ville : 3 conducteurs sur 10 présenterait un usage d'alcool à moindre risque, un peu plus de 1 sur 10 en aurait un usage nocif ou abusif et, dans la même proportion, 1 sur 10 serait dépendant.

⁵⁶ La question ne précisait pas si ces examens sont plus ou moins fréquents.

Figure 31 : Estimation de la proportion d'usagers reçus au cours d'un mois standard présentant un usage d'alcool

	% en commission	% hors commission
Dépendance	22,0	10,9
Abus, usage nocif	31,2	12,9
Usage à moindre risque	38,0	28,2

Source : enquête INSERR 2013

Ces moyennes cachent une grande dispersion dans les réponses et cette évaluation est difficile à faire pour les médecins ; son interprétation doit rester prudente.

Les enquêtes en médecine du travail concluent à une estimation de 8,4% de salariés en difficulté avec l'alcool pour le Baromètre médecins du travail 2009 (Ménard et *al.*, 2011b, p.40) ou à une fourchette de 6 à 10% de salariés présentant une consommation à risque dans l'enquête EIST (Michaud et *al.*, 2007, p.56). La variation des définitions rend la comparaison des enquêtes difficile.

En médecine générale, une enquête réalisée en 2000 par les observatoires régionaux de santé dans la clientèle de 1 884 médecins généralistes, un jour donné, avait donné les résultats suivants : 18,2% des patients présentaient un risque d'alcoolisation excessive, dont 5% une alcoolodépendance (Mouquet et Villet, 2002). Les données plus récentes du Baromètre médecins généralistes permettent uniquement de conclure que ces médecins ont vu environ 50 000 patients par semaine pour un sevrage alcoolique, soit environ 0,9 en moyenne par médecin (Guignard et *al.*, 2011 ; Palle, 2013b).

Au-delà de leur pratique, les médecins étaient invités à donner leur avis sur la légitimité, l'efficacité et les principaux freins envisagés au repérage des usagers en difficulté avec l'alcool.

Avis et besoins en formation

On l'a vu précédemment, une partie des médecins limitent leurs propres activités en matière de repérage du risque alcool du fait qu'ils estiment qu'elles sortent du cadre de la médecine du permis de conduire. Qu'en pensent-ils dans l'absolu, en matière de repérage précoce, de prévention ou encore d'orientation vers le dispositif spécialisé ?

Figure 32 : Sentiment de légitimité du médecin du permis de conduire

En matière de :	Repérage précoce du risque alcool		Prévention du risque alcool		Orientation (dispositifs spécialisés, etc.)	
OUI	1 247	86%	1 177	81%	1 010	70%
Oui en commission	444	31%	422	29%	530	37%
Oui hors commission	543	37%	528	36%	319	22%
Oui, en commission et hors commission*	260	18%	227	16%	161	11%
NON	96	7%	141	10%	262	18%
NSP	109	8%	134	9%	180	12%
Total répondants	1 452	100%	1 452	100%	1 452	100%

* modalité non prévue – réponse libre

Source : enquête INSERR 2013

Le sentiment de légitimité à agir dans le domaine de l'alcoologie est largement partagé par les médecins du permis de conduire, et s'applique aussi bien au sein des commissions qu'en dehors. Le premier niveau d'action – le repérage précoce du risque alcool – est reconnu par près de 9 médecin sur 10. Pratiquement autant de médecins estiment qu'ils sont légitimes pour mener des actions de prévention, en particulier hors commission. L'action d'orientation est jugée légitime par 7 médecins sur 10, cette fois-ci un peu plus fréquemment en préfecture.

Après la légitimité, les médecins étaient interrogés sur leur sentiment d'efficacité dans ces mêmes domaines :

Figure 33 : Sentiment d'efficacité du médecin du permis de conduire

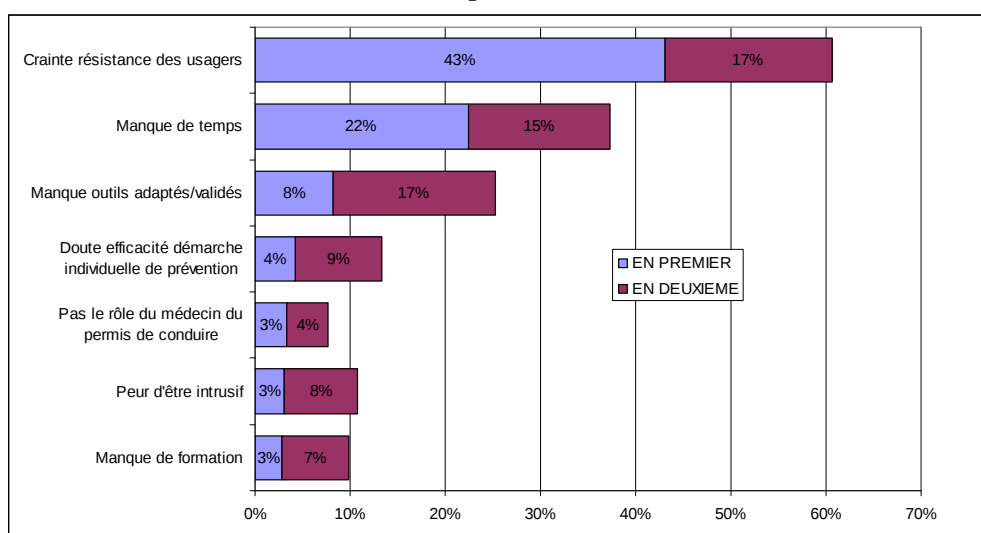
En matière de :	Repérage précoce du risque alcool		Prévention du risque alcool		Orientation (dispositifs spécialisés, etc.)	
OUI	1 107	76%	1 018	70%	896	62%
Oui en commission	423	29%	438	30%	498	34%
Oui hors commission	468	32%	408	28%	278	19%
Oui, en commission et hors commission*	216	15%	172	12%	120	8%
NON	227	16%	289	20%	378	26%
NSP	118	8%	148	10%	178	12%
Total répondants	1 452	100%	1 452	100%	1 452	100%

* modalité non prévue – réponse libre

Source : enquête INSERR 2013

Logiquement, moins de médecins se pensent efficaces que légitimes, mais on retrouve la même hiérarchie dans les niveaux d'intervention : davantage de médecins estiment que le médecin du permis de conduire est efficace en matière de repérage (76% le pensent), qu'en matière de prévention (70%) ou encore qu'en termes d'orientation (62%). Cette dernière action semble une fois encore davantage adaptée à la pratique en commission qu'en cabinet de ville.

Figure 34 : Principaux freins annoncés (en premier et en second) au repérage de la consommation d'alcool en médecine du permis de conduire



Source : enquête INSERR 2013

Comme décrit précédemment dans l'absence de démarches complémentaires, et comme le déclarent couramment les médecins dans les enquêtes pré-citées en médecine générale ou du travail (voir « Revue de la littérature »), les médecins interrogés se disent plus fréquemment freinés par la réaction (supposée) des usagers : essentiellement leur résistance, moins fréquemment la peur d'être intrusif. Le manque de temps est ensuite le frein le plus souvent cité. Le manque d'outils adaptés ou validés est finalement avancé plus fréquemment que le manque de formation.

Ces résultats sont très proches de ceux observés en médecine du travail. Les freins faisant obstacle à l'implication des médecins du travail dans des démarches de prévention individuelle des pratiques addictives, sont en priorité la résistance des salariés (évoquée par 57% d'entre eux) et le manque de temps (56%). Plus d'un médecin du travail sur dix considère que la prévention ne relève pas de leur rôle, et le manque de formation est fréquemment cité, par 23% d'entre eux (Ménard et al., 2011b, p.55).

Figure 35 : Historique et besoin en formation

<i>Outre votre formation pour l'agrément de médecin du permis de conduire, avez-vous suivi une formation (initiale ou continue) ?</i>		
En addictologie	308	21%
En alcoologie	287	20%
En éducation pour la santé	206	14%
Au RPIB seul	77	5%
NSP*	813	56%
Total répondants	1 452	
<i>Estimez-vous avoir un besoin de formation :</i>		
En addictologie	518	36%
En alcoologie	390	27%
En éducation pour la santé	141	10%
Au RPIB seul	443	31%
NSP*	517	36%
Total répondants	1 452	

* ne sait pas ou n'a pas suivi / n'a pas besoin de formation (non précisé)

Source : enquête INSERR 2013

Un médecin du permis de conduire sur 5 a déjà suivi une formation en addictologie ou en alcoologie. Cette proportion est élevée, notamment comparée à celle annoncée pour les formations en éducation pour la santé. Effectivement, dans l'exercice 2009 du Baromètre santé, un médecin généraliste sur deux dit avoir suivi une formation dans le champ de l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique du patient au cours des douze derniers mois, mais cette proportion passe à approximativement 9% si l'on considère les seules formations relatives à un déterminant de santé spécifique (tabac, alcool ou autre). Environ 11% des médecins généralistes n'ayant pas suivi de formation en éducation pour la santé souhaiteraient une formation sur ce thème spécifique (Foucaud et *al.*, 2011, p.162).

Les médecins du permis de conduire sont donc plus en demande de formation sur les thèmes des conduites addictives ou de la consommation d'alcool en particulier, que l'ensemble des médecins généralistes.

Les médecins du travail, interrogés en 2009 dans le cadre de l'enquête INPES/INRS/STMOIF, semblent plus fréquemment déjà formés en addictologie (34% le déclarent), mais seuls 7% environ le sont en alcoologie (Ménard et *al.*, 2011b, p.41). Ils sont 8% à être formés au RPIB, surtout les médecins les plus âgés et les plus anciens dans le métier (Michaud et *al.*, 2011). La proportion est proche de celle observée chez les médecins du permis de conduire.

Figure 36 : Connaissance et mise en œuvre du RPIB en médecine du permis de conduire

<i>Avez-vous déjà entendu parler du Repérage précoce intervention brève (RPIB) en matière d'alcool ?</i>		
Oui	359	25%
Non	1 023	70%
NSP	70	5%
Total répondants	1 452	100%
<i>Personnellement, avez-vous déjà mis en pratique des interventions brèves en matière d'alcool ?</i>		
Oui	322	22%
Non	1 004	69%
NSP	126	9%
Total répondants	1 452	100%

Source : enquête INSERR 2013

Un quart des médecins du permis de conduire disent connaître le RPIB et une proportion similaire l'a déjà appliqué. Ils sont plus nombreux (39%) en 2009 parmi les médecins du travail à avoir entendu parler du RPIB (plus chez les jeunes médecins) et un quart à l'avoir mis en œuvre

(Michaud et *al.*, 2011). Il est surprenant que la moitié des médecins du travail ayant reçu une formation en addictologie n'aient pas entendu parler du RPIB (Michaud et *al.*, 2011, p.77). Des résultats similaires s'observent chez les médecins du permis de conduire : plus de 50% de ceux ayant suivi une formation en addictologie et même en alcoologie disent ne pas connaître le RPIB ; près de 60% ne l'ont jamais pratiqué. Ces résultats indiquent que « la transmission du RPIB n'est pas encore entrée dans les priorités des addictologues » (Michaud et *al.*, 2011, p.77).

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Principaux enseignements de cette enquête⁵⁷

Cette enquête prend place dans un contexte de réforme du dispositif de contrôle de l'aptitude médicale à la conduite : extension du champ à l'examen d'aptitude « physique, cognitive et sensorielle », nouvelle organisation des commissions, refonte de la formation initiale et obligation de formation continue font partie des modifications récentes (septembre 2012 et janvier 2013). Ces changements placent notamment la question de l'alcool au centre des préoccupations des médecins du permis de conduire. Cette enquête accompagne ces mêmes préoccupations.

Soulignons tout d'abord la très bonne adhésion des médecins du permis de conduire à cette enquête car plus de la moitié des médecins contactés ont accepté de répondre au questionnaire. 1 452 questionnaires ont pu être exploités.

Cette enquête constitue à ce jour l'étude la plus complète sur les médecins du permis de conduire et l'organisation de leurs consultations.

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)

Ils exercent rarement uniquement en commission préfectorale (5% d'entre eux), plus fréquemment en cabinet de ville exclusivement (4 médecins sur 10) et ont une activité mixte pour 6 médecins sur 10. L'enquête a permis de distinguer l'activité des médecins en fonction de leur lieu d'exercice.

Chaque médecin intervient peu en commission préfectorale : près de 2 demi-journées en moyenne par mois, ce qui peut limiter le partage et l'homogénéité des pratiques. Ils y rencontrent 19 usagers en moyenne par demi-journée, soit quasiment la limite maximale autorisée de 20 conducteurs, souvent dépassée dans la pratique. Le temps de consultation en commission est alors relativement court (11 minutes en moyenne) bien que jugé satisfaisant par près de 9 médecins de commission sur 10. Les médecins agréés disposent d'un peu plus de temps lorsqu'ils reçoivent les conducteurs 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 (ils déclarent 6,4 actes en moyenne dans une consultation standard). Impossible de savoir s'ils ont modifié leur pratique suite à la nouvelle évaluation exigée depuis le décret du 17 juillet 2012, qui vise désormais non seulement l'aptitude physique mais également celle cognitive et sensorielle. Pratiquement tous les médecins déclarent réaliser lors d'une consultation standard un examen clinique ophtalmologique et un examen neurologique et, pratiquement aussi fréquemment, la recherche de pratiques addictives, objet de cette étude. Avant de décrire en détail celle-ci, signalons qu'ils sont encore nombreux à disposer en commission des antécédents d'infractions (en général à travers le relevé intégral d'infractions) et d'un dossier médical conservé en préfecture pour les usagers "récidivistes", pratiques illégales comme le rappelle la circulaire du 25 juillet 2013 mais revendiquées par beaucoup pour réaliser les exams d'aptitude dans cette médecine de contrôle. Le fonctionnement en binôme en commission est apprécié. Il est jugé tout particulièrement utile pour bénéficier d'un deuxième avis quant à la décision d'aptitude et d'une meilleure répartition des tâches pour l'examen en lui-même. Un tiers des médecins revendique également la présence du

⁵⁷ Cette synthèse servira de note d'information à destination de l'ensemble des médecins du permis de conduire identifiés dans cette étude.

second médecin pour plus de sécurité, notamment en présence d'usagers alcoolisés ou d'usagers dont l'aptitude à la conduite sera refusée.

La 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 masse. La procédure complète porte le nom de RPIB, repérage précoce et intervention brève. La question des outils, du caractère opportuniste de ce repérage et de la faculté du praticien à ouvrir un dialogue sont centrales. Cette étude permet de tester les bases 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 des conducteurs ayant des antécédents d'infractions « alcool », sur les conducteurs professionnels et pour certains encore, sur 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).

Les auteurs d'infractions liées à la consommation d'alcool ou de stupéfiants étant désormais renvoyés en commission, les conducteurs rencontrés hors commission ne présentent pas a priori de difficultés liées à l'alcool. Néanmoins, l'enjeu de sécurité routière lié à la consommation d'alcool touche tous les conducteurs, en particulier en France où le niveau de consommation moyen reste élevé, et il est très intéressant de voir si la pratique de repérage et de ciblage des usagers est la même hors commission. Les chiffres sont similaires concernant le systématisme du repérage (26% le font hors commission) ou la recherche exclusive de cas de dépendance (5%). La recherche de consommation d'autres produits psychoactifs (cannabis, médicaments psychotropes et tabac en majorité) est largement répandue chez l'ensemble des médecins agréés, même sans consommation d'alcool de l'usager.

La question centrale de l'enquête concernait le choix des méthodes de repérage utilisées pour connaître la consommation d'alcool de l'usager. Les pratiques sont proches en commission ou en dehors, à l'exception de l'usage de l'éthylotest, plus fréquent en commission. Les médecins du permis de conduire déclarent utiliser 4 méthodes différentes en moyenne. Le recours aux examens biologiques, à l'examen clinique ou encore à la déclaration de l'usager est quasiment systématique. 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 (en lien avec sa disponibilité en préfecture), le résultat de l'examen psychotechnique (obligatoire pour certains conducteurs⁵⁸) ou encore un questionnaire préétabli.

Les tests biologiques ne sont pas des outils adaptés au repérage des consommations d'alcool à risques, en particulier dans une pratique de routine. Ils doivent plutôt intervenir dans la phase de confirmation. Près de 4 médecins du permis de conduire sur 10 les prescrivent à tous les usagers rencontrés en commission. Les autres médecins de commission (majoritaires) vont réserver ces examens biologiques complémentaires aux conducteurs ayant manifestement un problème avec l'alcool (suspicion, signes évidents...) ou ceux ayant des antécédents d'infractions en lien avec l'alcool (à l'inverse, des infractions « autres » n'entraîneront pas de demande d'examen biologique complémentaire). 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 les critères de choix des usagers concernés.

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 spécificité suivant les études. Les médecins du permis de conduire ont recours en majorité aux 3 marqueurs présentés dans la littérature internationale comme les plus efficaces (bien que présentant des sensibilités médiocres) : GammaGT, CDT (transferrine désialylée) et VGM (volume globulaire

⁵⁸ Depuis le 1er septembre 2012, l'examen psychotechnique est exigé en cas d'annulation ou d'invalidation du permis de conduire et désormais également pour les suspensions qui ont une durée supérieure à 1 mois.

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 (plus coûteuse).

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 appelée « grille de Lego ». 9 médecins sur 10 déclarent⁵⁹ y avoir recours, en commission ou en dehors. Impossible de savoir si les médecins vont jusqu'à établir des scores tels que le prévoit cette grille ou si simplement ils s'en inspirent pour leur évaluation. Quoi qu'il arrive, ces éléments sur l'aspect physique de l'usager permettent uniquement d'établir une intoxication alcoolique chronique et de repérer des consommateurs à un stade avancé de leur alcoolisation. Sa forte diffusion au sein des commissions médicales est favorisée par la reproduction de cette grille dans certains formulaires d'examen diffusés en préfecture. Cette grille ne fait pas partie des outils recommandés de nos jours pour le repérage des problèmes d'alcool. Cela conforte le besoin d'un travail de révision des outils utilisés dans les consultations du permis de conduire (voir les recommandations suivantes).

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 l'usager 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/patients sur les conséquences de leur consommation d'alcool, n'est déclaré que par 8,5% des médecins en commission et 13% des médecins du permis de conduire en ville⁶⁰. Comparés aux enquêtes auprès des médecins généralistes (Baromètre INPES 2009 – Gautier *et al.*, 2009), ces chiffres dénotent une sous utilisation de ce type de questionnaires en commission. Comparativement, cette pratique semble plus fréquente en médecine du travail (Enquête INPES, INRS, STMOIF – Ménard *et al.*, 2011a).

La moitié des médecins utilisateurs de ces questionnaires se réfèrent au FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien), questionnaire adapté au contexte français de la médecine générale, à faire remplir en face-à-face avec le patient. En médecine du permis de conduire, 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 près de deux fois moins de 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), le test proposé en premier aux médecins dans le guide de référence de l'INPES.

Les médecins qui n'ont pas recours à ces questionnaires indiquent, pour la moitié d'entre eux, qui ne les connaissent pas, pour un tiers qu'ils doutent de la sincérité des réponses des usagers – nous y reviendrons – 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, les médecins du permis de conduire ont la possibilité de prendre avis auprès d'autres professionnels de santé (ils y sont même encouragés en présence de conducteurs présentant des

⁵⁹ Item « Profil éthylique suivant la grille de Le Go (haleine, teint, varicosités, sudation, tremblement...) » en réponse à la question « Si vous faites un examen clinique pour repérer la consommation d'alcool, sur quels signes cliniques établissez-vous votre diagnostic ? »

⁶⁰ Si en première réponse, 14% des médecins en commission et 18% hors commission ont déclaré avoir recours à ces questionnaires, ils ne sont plus de 8,5% et 13% à en déclarer au moins un dans la suite du questionnaire.

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). 7 médecins de commission sur 10 le font, en référence à un addictologue ou un psychiatre dans la moitié des cas, parfois aussi un gastro entérologue ou un hépatologue. Hors commission, ils se réfèrent majoritairement à l'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. Les autres y renoncent parce qu'ils n'estiment pas en avoir besoin pour leur diagnostic d'usage d'alcool ou pour leur décision d'aptitude ou parce qu'ils ne disposent pas de ces éléments (plus fréquemment hors commission).

Face à un usager consommateur d'alcool (tout type d'usage ou en cas d'usage nocif ou de dépendance), 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.

Les textes réglementaires récents encouragent les médecins à dépasser le cadre strict de la médecine de contrôle et à aller au-delà de la décision d'aptitude, 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, nettement moins qu'en médecine du travail par exemple.

Les quatre 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. Ces arguments liés à la réaction des usagers sont repris par l'ensemble des médecins du permis de conduire lorsqu'ils énoncent les freins au repérage de la consommation d'alcool en général, 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. Ces constats sont à mettre en relation avec les programmes de formation obligatoire pour l'aptitude médicale à la conduite.

Recommandations

1/ Formation des médecins du permis de conduire

Poursuivre l'effort de formation des médecins du permis de conduire en addictologie (alcoologie en priorité)

Renforcer la sensibilisation des médecins aux méthodes de repérage (notamment par l'usage de questionnaires déclaratifs) et les informer des bonnes pratiques et recommandations actuelles (en matière de recours aux tests biologiques notamment)

2/ RPIB en médecine du permis de conduire

A moyen terme, émettre des recommandations pour une stratégie de RPIB adaptée à la médecine du permis de conduire (publics spécifiques, contraintes propres) : outils, durée intervention, interventions complémentaires

3/ Examens psychotechniques

Cette étude confirme la sous-utilisation des examens psychotechniques par les médecins du permis de conduire dans le domaine de l'évaluation des conséquences de la consommation d'alcool des conducteurs ou comme aide au repérage des consommations excessives d'alcool.

Accroître la complémentarité entre les examens cliniques et les examens psychotechniques.

Améliorer l'information des médecins, notamment à travers les formations initiales et/ou continues.

Poursuivre le travail engagé avec les études de l'INSERR sur la promotion de batteries de tests validées et adaptées au contrôle de l'aptitude médicale à la conduite, en questionnant les aptitudes utiles à évaluer.

4/ Refonte des supports de consultation

Cette étude confirme la diffusion en préfecture de supports pré-établis pour la consultation ainsi que de questionnaires préalables à celle-ci diffusés auprès des conducteurs. Des documents recueillis dans le cadre de la concertation DGS-DSCR de 2009-2011 ou dans le cadre de ce projet confirment l'obsolescence de certains de ces supports. L'exemple le plus flagrant est la diffusion de la grille de Lego auprès des médecins du permis de conduire alors que celle-ci n'apparaît dans aucune des recommandations cliniques. La refonte de ces outils est nécessaire :

Concernant le questionnaire préalable distribué aux usagers :

Harmoniser ce recueil d'informations.

Limiter les informations déclaratives recueillies aux prescriptions médicales et pathologies avérées ?

Si la question des consommations de substances psychoactives y figure, elle ne doit pas occulter l'usage d'outils validés, adaptés ; elle ne doit pas empêcher un dialogue plus approfondi sur les questions de conduites addictives ; elle peut éventuellement créer les conditions d'ouverture de ce dialogue...

Concernant la fiche support de consultation destinée aux médecins: cette fiche semble déterminer le déroulé de l'examen et le type d'examens pratiqués (ex. Grille de Lego).

Envisager la refonte de ces grilles sur la base des dernières recommandations en matière d'alcool (tests biologiques, questionnaires, etc.)

La refonte doit également porter sur les autres éléments de santé susceptibles d'interférer avec la conduite automobile (voir la brochure DSCR-DGS « Pour une conduite adaptée à sa santé. Médecins : quel est votre rôle ? » en application de l'arrêté du 31 août 2010).

5/ Autres recommandations

Plusieurs remarques émanent des commentaires libres des médecins du permis de conduire :

- problème des éthylotests en commission : matériel parfois vétuste ou non étalonné
- lourdeur des démarches administratives que les conducteurs ne parviennent pas à faire seuls (ou en l'absence de secrétaire en préfecture) et qui empiètent fortement sur le temps de la consultation ; « simplifier les formulaires CERFA » ; « Il serait intéressant de préparer des liasses d'étiquettes d'identification comme pour les accidents de travail (lisibilité, gain de temps) » ; « Des étiquettes avec code-barre seraient utiles »
- absence du dossier médical en préfecture, absence d'informations sur les antécédents médicaux des conducteurs : le problème est largement soulevé par les médecins et pose un problème de fonctionnement dans de nombreuses préfectures ; « le rétablissement du dossier médical est nécessaire » ou encore « merci de nous aider à garder des archives en préfecture et y avoir accès ».

ANNEXES

Liste des figures

Figure 1 : Evolution du taux de réponse des questionnaires entre chaque relance postale	8
Figure 2 : Structure du questionnaire.....	11
Figure 3 : Pyramide de Skinner	12
Figure 4 : Lieu d'exercice de la pratique de médecin du permis de conduire	24
Figure 5 : Pyramides des âges des médecins du permis de conduire* et des médecins généralistes	25
Figure 6 : Organisation générale des consultations en commission primaire.....	26
Figure 7 : Examens cliniques pratiqués lors d'une consultation standard en commission médicale	26
Figure 8 : Information(s) concernant l'utilisateur à disposition au moment de la consultation en commission.....	27
Figure 9 : Apport de la présence d'un second médecin en commission.....	29
Figure 10 : Organisation générale des consultations hors commission	29
Figure 11 : Nombre d'utilisateurs vus en moyenne par mois hors commission	29
Figure 12 : Examens cliniques pratiqué lors d'une consultation standard hors commission médicale	30
Figure 13 : Estimation du nombre mensuel d'utilisateurs vus en médecine du permis de conduire (France métropolitaine).....	31
Figure 14: Ciblage en cas de recherche non systématique de la consommation d'alcool chez les utilisateurs en commission*.....	31
Figure 15 : Recherche d'autres consommations que celle d'alcool en commission.....	32
Figure 16 : Autres consommations recherchées en commission	32
Figure 17 : Méthode(s) de repérage utilisée(s) pour connaître la consommation d'alcool de l'utilisateur en commission et hors commission.....	33
Figure 18 : Résultat(s) d'examens biologiques le(s) plus souvent utilisé(s) en commission et hors commission.....	35
Figure 19 : prescription d'un examen biologique à TOUS les utilisateurs convoqués	36
Figure 20 : signes cliniques recherchés en cas d'examen clinique.....	37
Figure 21 : Recours à une méthode particulière basée sur la déclaration de l'utilisateur pour mesurer son niveau de consommation d'alcool.....	39
Figure 22 : Questionnaire(s) préétabli(s) utilisés, en commission et hors commission.....	41
Figure 23 : Raisons de non recours à un questionnaire pré-établi.....	42
Figure 24 : Avis spécialisé sollicité concernant la consommation d'alcool	43
Figure 25 : raisons du non usage de l'examen psychotechnique pour évaluer la consommation d'alcool de l'utilisateur	45
Figure 26 : Influence de la décision d'aptitude par le type d'usage repéré*	47
Figure 27 : Influence de l'évaluation de l'usage d'alcool sur la décision d'aptitude, par rapport aux conducteurs non consommateurs	47

<i>Figure 28 : Examens cités (en premier et en second) comme les plus importants dans la prise de décision</i>	<i>48</i>
<i>Figure 29 : Démarche(s) entreprise(s) face à un usager en difficulté avec l'alcool au-delà de la décision d'aptitude</i>	<i>48</i>
<i>Figure 30 : Raisons évoquées à l'absence de démarche supplémentaire auprès des usagers en difficulté avec l'alcool.....</i>	<i>49</i>
<i>Figure 31 : Estimation de la proportion d'usagers reçus au cours d'un mois standard présentant un usage d'alcool.....</i>	<i>51</i>
<i>Figure 32 : Sentiment de légitimité du médecin du permis de conduire.....</i>	<i>51</i>
<i>Figure 33 : Sentiment d'efficacité du médecin du permis de conduire</i>	<i>52</i>
<i>Figure 34 : Principaux freins annoncés (en premier et en second) au repérage de la consommation d'alcool en médecine du permis de conduire.....</i>	<i>52</i>
<i>Figure 35 : Historique et besoin en formation</i>	<i>53</i>
<i>Figure 36 : Connaissance et mise en œuvre du RPIB en médecine du permis de conduire.....</i>	<i>53</i>

Références bibliographiques

Textes réglementaires

Arrêté du 16 août 1994 modifiant l'arrêté du 7 mars 1973 relatif aux commissions médicales départementales chargées d'apprécier l'aptitude physique des candidats au permis de conduire et des conducteurs

Circulaire du 22 avril 2002 relative à l'extension de l'expérimentation d'une réforme des commissions médicales départementales du permis de conduire (NOR : INTA0200107C).

Arrêté du 31 août 2010 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée (NOR : DEVS1019542A).

Décret n°2012-886 du 17 juillet 2012 relatif au contrôle médical de l'aptitude à la conduite (NOR : INTS1225493D).

Circulaire du 25 juillet 2013 relative à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite des conducteurs et des candidats au permis de conduire (NOR : INTS1319581C).

Circulaire du 3 août 2012 relative à l'organisation du contrôle médicale de l'aptitude à la conduite des conducteurs et des candidats au permis de conduire (NOR : INTS1232090C).

Rapports, articles...

Anderson P., Gual A., Colom J., INCA (trad.) *Alcool et médecine générale : Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris, 2008, 141 p. (<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>)

Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Tovar M.-L., Spilka S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé », *Tendances*, n°76, juin 2011, OFDT, 6p. (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend76.html>).

Billard A., Weber L., *Etude sur les batteries de tests utilisés dans le cadre des examens psychotechniques du conducteur*, INSERR, 2009, 65 p.

Blanchard C. et al., *Approches psychologiques et expérimentales de la gestion du risque routier : l'examen psychotechnique*, ENSERR, 1998.

Bouix J.-C., Gache P., Rueff B., Huas D., « Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions, attitudes et pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool », *La revue du praticien – médecine générale*, Tome 1, n°588, 2002, pp.1488-1492.

Buttet P. et Fournier C., « Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ? », in Gautier A. (dir.), *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*, Saint-Denis, INPES, 2005, pp.65-82

Demortière G., Pessione F., Batel P., « Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'auto-questionnaires : intérêt, faisabilité, limites », *Documents pour le médecin du travail* n°86, 2001, pp.193-200

Charrol D., Weber L., *Etude relative aux modalités d'agrément des centres psychotechniques*, Hypophyse, 2006, xx p..

CIRDD Rhône-Alpes, « les médecins du travail face aux conduites addictives. Résultats de l'enquête sur les pratiques des médecins du travail en service inter-entreprises face aux consommations de produits psychoactifs des salariés suivis », *Enquêtes & résultats*, février 2010.

Demortière G., Michaud P., Dewost A.V., « Consommation excessive d'alcool chez les salariés. Du repérage précoce à la prise en charge », *Documents pour le médecin du travail* n°102, 2005, pp.215-223

Diaz Gomez C. et Milhet M., *RPIB. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 220 p.

Fillol Ghazi A., *Médecins généralistes et consommateurs excessifs d'alcool. Etude des perceptions des médecins généralistes au moyen d'un questionnaire postal*, Thèse pour le doctorat de médecine de l'Université Paris VII, Paris, 2005, 108 p.

Foucaud J, Balcou-Debussche M, Moquet M-J, « La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient », in Gautier A (dir.), *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, Saint-Denis, INPES, 2011, p. 159-172

Fournier C, Buttet P, Le Lay E « Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale », in Gautier A (dir.), *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, Saint-Denis, INPES, 2011, pp. 45-83.

Gautier A. (dir.), *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, Saint-Denis, INPES, 2011, 266 p. (<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/index.asp>)

Grancher S., Blanchard C., *Les examens psychotechniques des conducteurs de véhicules automobiles en infraction. Analyse comparative de la France et de l'Allemagne*, ENSERR, 2001, 75 p.

Guérin S., Laplanche A., Dunant A. et Hill C., « Alcohol-attributable mortality in France », *European Journal of Public Health*, online first March 4, 2013.

Guignard R, Beck F, Obradovic I. « Prise en charge des addictions par les médecins généralistes », in Gautier A (dir.), *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, Saint-Denis, INPES, 2011, p. 177- 201.

Huas D. et Rueff B., *Alcool et médecine générale*, Neuilly sur Seine, GMSanté, 2010, 194 p.

INPES, *Alcool : Ouvrons le dialogue (Kit complet)* (<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/474.pdf>)

INPES, *Alcool. Guide pratique pour le médecin*, 35 p. (http://www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/alcool2006/Livret_medecin.pdf)

INPES, *Alcool. Pour faire le point* (Livret patient), 20 p. (http://www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/alcool2006/livret_point.pdf)

INSERM, *Expertise collective alcool : effets sur la santé*, Editions INSERM, Paris, 2001, 362 p.

Kunz V., Michaud P., Toubal S., Lobban G., Demortière G., « Risque alcool et santé au travail. Etude de repérage et d'intervention auprès de 2 060 salariés », *Evolutions*, n°1, avril 2006, 4 p.

Laumon B., Gadegebeku B., Martin J.L. et groupe SAM, *Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) : Analyse épidémiologique*, Saint-Denis, OFDT, 2011, 166 p.

Ménard C., Demortière G., Durand E., Verger P., Beck F. (dir.), *Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés*, Saint-Denis, INPES, 2011a, 192 p. (<http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2012/medecin-travail-generaliste-croises.asp>)

Ménard C., Richard J.-B., Gilet C., Dano C., « Mésusage de substances psychoactives : quel rôle de prévention pour les médecins du travail ? », in Ménard C., Demortière G., Durand E., Verger P. et Beck F. (dir.), *Médecin du travail / médecins généralistes : regards croisés*, St Denis, INPES, 2011b, pp.29-68.

Michaud P., Gache P., Batel P. et Arwidson P., « Intervention brève auprès des buveurs excessifs », *La revue du praticien – médecine générale*, tome 17, n°604, 2003, pp.281-289

Michaud P., Demortière G., Kunz V., et al., *Etude EIST. Rapport final de l'étude 2004-2007*, ANPAA, 2007, 81 p.

Michaud P., Kunz V., Demortière G., Carre A., Lancrenon S., Ménard C., Arwidson P., « Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail. Premiers résultats », *Evolutions*, n°14, 2008, 6p.

Michaud P., Demortière G., Ménard C., Richard J.B., « connaissances et pratiques du repérage précoce et des interventions brèves par les médecins du travail » in Ménard C., Demortière G., Durand E., Verger P. et Beck F. (dir.), *Médecin du travail / médecins généralistes : regards croisés*, St Denis, INPES, 2011, pp.69-94.

Milhet M. et Diaz Gomez C., « Alcoolisations excessives et médecine de ville. La promotion du RPIB », *Tendances*, n°47, 2006, 4 p.

Mouquet M.C., Villet H., Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné, DREES. *Etudes et résultats*, n°192, 2002, pp.1-11.

OFDT, Evaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. Principaux résultats, 2009, 78 p. (<http://www.ofdt.fr/BDD/RPIB/rpibrappglobal.pdf>).

OFDT, « Drogues et addictions données essentielles », Saint-Denis, OFDT, 2013a, 399 p.

OFDT, *Drogues, chiffres clés. 5^e édition*, juin 2013b, 8 p. (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dcc13.html>)

ONISR, *La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2012*, Paris, La Documentation française, 2013, 107 p.

Palle C., « Morbidité et mortalité liées à l'alcool » in Pousset M. (dir.), « Drogues et addictions données essentielles », Saint-Denis, OFDT, 2013a, pp.90-98 ;

Palle C., « Alcool » in Pousset M. (dir.), « Drogues et addictions données essentielles », Saint-Denis, OFDT, 2013b, pp.204-213.

Palle C., Rattanatrak M., *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010*, Saint-Denis, OFDT, juin 2013, 89 p. (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap13/epfxcpt6.html>)

Permicomed, « Médecins du permis de conduire : faisons l'état des lieux de notre exercice », Revue automobile médicale, n°496, 2010, 2 p. (http://www.acmf.asso.fr/images/stories/PDF/Enquete_permicomed.pdf)

Ramond M.-J., Pessione F., « Epidémiologie de la consommation d'alcool et des maladies alcooliques du foie en France », *Hépatogastro*, Volume 8, Numéro 2, 113-8, Mars-Avril 2001 (<http://www.jle.com/e-docs/00/02/4A/50/article.phtml>).

SFA (Société française d'alcoologie), en partenariat avec la SFMT (Société française de médecine du travail), « Recommandations pour la pratique clinique. Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel. Texte court », *Alcoologie et Addictologie*, N35(1), 2013, pp.61-92.

Sicart D., *Les médecins au 1er janvier 2013*, Document de travail, Série statistiques, n° 179, avril 2013 (<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2013,11126.html>).

Tovar M.L., Le Nezet O., Bastianic T., « Perceptions et opinions des Français sur les drogues », *Tendances*, octobre 2013, 6 p. (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend88.html>)

Motifs du contrôle médical d'aptitude à la conduite

Tableau diffusé par la Préfecture du Rhône (<http://www.rhone.gouv.fr/Demarches-administratives/Permis-de-conduire/Visite-medicale>)

REPARTITION DU CONTROLE MEDICAL COMMISSION MEDICALES et MEDECINS AGREES CONSULTANT HORS COMMISSION		
Compétence	Motifs du contrôle médical	Situations rencontrées
Médecins agréés consultant hors commissions	Raisons de santé	- candidat ou conducteur atteint d'une infirmité ou d'une affection susceptible d'être incompatible avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou susceptible de donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire à validité limitée, - conducteur dont l'état physique peut permettre au Préfet d'estimer, selon les informations en sa possession, qu'il est susceptible d'être incompatible avec le maintien du permis de conduire, - personnes hospitalisée d'office - candidat ayant fait l'objet d'une décision de réforme ou d'exemption temporaire ou définitive, - candidat titulaire d'une pension d'invalidité à titre civil ou militaire, - candidat comparaissant à la demande de l'inspecteur du permis de conduire et de la sécurité routière, - candidat ou conducteur titulaire d'un permis de conduire de la catégorie A ou B délivré pour la conduite de véhicule aménagé pour tenir compte de leur handicap, - candidat ou conducteur souhaitant être dispensé du port de la ceinture de sécurité.
	Raisons professionnelles	- conducteur titulaire des catégories C, D, EC et ED qui sollicite la délivrance ou la prorogation de ses catégories, - titulaire de la catégorie B du permis de conduire de taxi, voiture de tourisme avec chauffeur, de voiture de remise, d'ambulance, de véhicule affecté au transport d'enfants ou de véhicule affecté au transport de personnes, - titulaire de la catégorie A conducteur de véhicule motorisé à deux ou trois roues utilisé pour le transport de personnes à titre onéreux, - conducteur enseignant ou futur enseignant de la conduite.
	Infractions au Code de la Route <i>(sans lien avec la consommation d'alcool ou de stupéfiants)</i>	- conducteur ayant fait l'objet d'une mesure portant restriction ou suspension de ses droits de conduire d'une durée <u>supérieure à un mois</u> à la suite d'une ou plusieurs infractions au Code de la route, autres que celles liées à la consommation d'alcool et de stupéfiants, - candidat au permis de conduire sollicitant un nouveau permis après une invalidation ou annulation (voir au verso) <u>sans infraction liée</u> à la consommation d'alcool ou de stupéfiants.
	Autres cas	- conducteur impliqué dans un accident corporel de la circulation (à la demande du préfet), - candidat ou conducteur titulaire du permis de conduire EB.
Commissions médicales	Infractions au Code de la Route <i>(liées à la consommation d'alcool ou de stupéfiants)</i>	- candidat au permis de conduire sollicitant un nouveau permis <u>après une annulation ou invalidation</u> résultant d'infractions dont l'une au moins est <u>liée</u> à la consommation d'alcool ou de stupéfiants, - conducteur sollicitant la restitution de son permis de conduire après une suspension consécutive à une infraction liée à la consommation d'alcool et/ou de stupéfiants, - conducteur titulaire d'un permis de conduire à durée de validité limitée délivré suite à une des mesures de suspension ou d'annulation liée à la consommation d'alcool ou de stupéfiants, qui sollicite la prorogation de ses droits à conduire, - conducteur auquel est imputable une infraction liée à la consommation d'alcool ou de stupéfiants.
	Autres cas	- usager redirigé par un médecin agréé consultant hors commission médicale

Consignes de remplissage



Consignes pour le remplissage du questionnaire

L'INSERR, qui assure la coordination scientifique de cette étude, a confié la réalisation de l'enquête de terrain à Future Thinking France, institut engagé dans une norme qualité stricte et répondant aux codes de déontologie de la profession. Cet institut gère l'envoi, la réception, la saisie et le traitement des questionnaires.

Quelques précisions :

- Nous entendons par « médecin du permis de conduire » les médecins agréés au contrôle médical de l'aptitude à la conduite ;
- Nous distinguons les « patients » (personnes reçues par les médecins dans le cadre de leur activité privée), des « usagers » (conducteurs rencontrés dans le cadre de l'aptitude à la conduite) ;
- Le renseignement du questionnaire concerne vos pratiques habituelles (pour les médecins siégeant dans plusieurs commissions, sauf consigne contraire, merci de ne renseigner les pratiques que d'une seule commission, celle où vous siégez le plus souvent).
- La description concerne vos pratiques actuelles, prenant en compte les éventuels changements apportés par le décret n°2012-886 du 17 juillet 2012 relatif au contrôle médical de l'aptitude à la conduite et l'arrêté du 30 mai 2013 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite.

Comment remplir le questionnaire ?

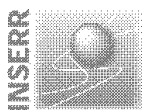
- Merci de veiller à compléter l'ensemble des questions qui vous concernent. En effet, certaines questions ne s'adressent pas à tout le monde, il est donc primordial de bien lire la condition de réponse à chacune des questions pour bien remplir les questions correspondant à votre cas personnel.
- Pour chaque question, merci d'entourer le ou les numéros des réponses de votre choix.

Comment renvoyer le questionnaire ?

- L'enveloppe T ci-jointe vous permet de renvoyer sans frais le questionnaire au prestataire en charge du terrain.
- Merci de nous renvoyer le questionnaire complété dans un délai de 15 jours.
- Pour toute demande d'informations, n'hésitez pas à contacter Hélène Martineau, Directrice des études et de la recherche à l'INSERR : 01 40 81 80 19 - helene.martineau@inserr.fr

Les résultats de l'étude seront disponibles sur le site de l'INSERR : <http://www.inserr.org/>

Ce questionnaire est strictement anonyme. Le numéro figurant sur le questionnaire ne sert qu'à contrôler la réception des questionnaires et vos coordonnées ne figurent pas dans la base de données exploitable.



**Enquête auprès des médecins
chargés du contrôle médical
de l'aptitude à la conduite**

En fonction de votre activité (hors commission et / ou en commission), vous n'avez pas à remplir la totalité du questionnaire (voir les consignes de la question n°1).

MERCI D'ENTOURER POUR CHAQUE QUESTION LA OU LES RÉPONSES CORRESPONDANT À VOTRE SITUATION

1. Dans le cadre de votre pratique de médecin du permis de conduire, exercez-vous :

1. Uniquement en commission → *Merci de remplir les parties A, E et F du questionnaire*
2. Uniquement hors commission → *Merci de remplir les parties B, C, E et F du questionnaire*
3. En commission et hors commission → *Merci de remplir les parties A, B, D, E et F du questionnaire*
4. Uniquement en commission d'appel en tant que spécialiste → *Merci de retourner ce questionnaire vierge*
5. Vous n'exercez plus l'activité de médecin du permis de conduire → *Merci de retourner ce questionnaire vierge*

**A. EXERCICE DE LA MÉDECINE DU PERMIS DE CONDUIRE
EN COMMISSION PRIMAIRE**

*MERCI DE REMPLIR CETTE PARTIE
SI VOUS EXERCEZ EN COMMISSION*

(QUE VOUS EXERCIEZ OU NON HORS COMMISSION PAR AILLEURS)

**POUR LES QUESTIONS SUIVANTES, VEUILLEZ INDIQUER VOS
PRATIQUES ACTUELLES DANS LE CADRE DES COMMISSIONS
PRIMAIRES :**

2. Combien de 1/2 journées de commission assurez-vous,
en moyenne, par mois (nombre entier) ?

*[TOTALISEZ L'ENSEMBLE DE VOTRE ACTIVITÉ SI VOUS EXERCEZ
SUR PLUSIEURS COMMISSIONS]*

3. Combien d'usagers recevez-vous en tout par 1/2 journée
de commission ?

4. Quel est le temps moyen accordé à chaque usager
(en minutes) ?

min.

5. Vous estimez que cette durée est :

1. Trop longue
2. Appropriée
3. Trop courte

6. Quelle(s) information(s) avez-vous à votre disposition
concernant l'usager au moment de la consultation en
commission ? *[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]*

1. Le motif exact de la convocation
2. Les antécédents d'infractions (relevé intégral d'infractions)
3. Un dossier médical conservé en préfecture pour les usagers "récidivistes"
4. Un questionnaire médical rempli par l'usager
5. Des documents médicaux apportés par l'usager (carnet de santé, ordonnance(s), autres)
6. Les résultats de l'examen psychotechnique
7. Aucune information préalable

7. Lors d'une consultation standard, quels sont les examens
cliniques que vous pratiquez en commission médicale ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Examen clinique ophtalmologique
2. Examen clinique oto-rhino-laryngologique
3. Examen clinique pneumologique
4. Examen clinique neurologique
5. Examen orthopédique
6. Recherche de signes de troubles psychiatriques
7. Recherche de pratiques addictives
8. Recherche de troubles métaboliques
9. Autre, préciser :

**NOUS ALLONS MAINTENANT NOUS INTÉRESSER À LA QUESTION
DU "RISQUE ALCOOL" CHEZ LES USAGERS QUE VOUS RENCONTREZ
EN COMMISSION :**

8. Indépendamment du type d'infraction, abordez-vous
systématiquement la question de la consommation
d'alcool de l'usager ?

1. Oui
2. Non

9. Si vous ne le faites pas de manière systématique, dans quelles situations abordez-vous la question ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Conducteurs professionnels
 2. Infraction(s) alcool par le passé
 3. Jeunes (moins de 25 ans)
 4. Femmes enceintes
 5. Personnes en situation de précarité
 6. Plus de 45/50 ans
 7. Hommes
 8. Personnes sans activité professionnelle
 9. Primo-visite
 10. Pathologies qui contre-indiquent la consommation d'alcool
 11. Autre, préciser :
10. Quel type d'usage cherchez-vous à repérer en matière de consommation d'alcool ?
[UNE SEULE REPONSE POSSIBLE]
1. Uniquement dépendance
 2. Uniquement abus, usage nocif
 3. Abus, usage nocif et dépendance
 4. Tous types d'usages
11. Cherchez-vous à repérer d'autres consommations que celle d'alcool ?
[UNE SEULE REPONSE POSSIBLE]
1. Oui, mais uniquement en cas de consommation d'alcool
 2. Oui, même sans consommation d'alcool
 3. Non
12. Si oui, quelles autres consommations recherchez-vous ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Cannabis
 2. Tabac
 3. Coccaine/crack
 4. Opiacés
 5. Amphétamines
 6. Médicaments psychotropes
 7. Autre, préciser :
13. Quelle(s) méthode(s) de repérage utilisez-vous pour connaître la consommation d'alcool de l'usager ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Vous vous basez sur sa déclaration
 2. Vous utilisez un questionnaire préétabli
 3. Vous faites un examen clinique
 4. Vous utilisez les résultats d'examens biologiques (sanguins ou urinaires)
 5. Vous utilisez un avis spécialisé
 6. Vous utilisez les résultats de l'examen psychotechnique
 7. Vous utilisez un éthylotest (chimique ou électronique)
 8. Autre, préciser :

2

14. Si vous vous basez sur la déclaration de l'usager, utilisez-vous une méthode particulière pour mesurer son niveau de consommation ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Non, vous n'avez pas de pratique standardisée
 2. Oui, vous lui demandez de quantifier sa consommation en verres/doses standards pour une période donnée CDA)
 3. Oui, vous lui faites raconter une journée durant laquelle il consomme de l'alcool
 4. Oui, vous l'interrogez sur la fréquence des alcoolisations aiguës
 5. Oui, mais autre, préciser :
15. Si vous avez recours à un(des) questionnaire(s) préétabli(s), le(s)quel(s) ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. FACE
 2. AUDIT
 3. AUDIT C
 4. DETA(CAGE)
 5. Autre, préciser :
16. Dans le cas où vous n'avez pas recours à un questionnaire, quelles en sont les raisons ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Vous ne connaissez pas ces questionnaires
 2. Vous doutez de la sincérité des réponses des usagers
 3. Vous n'avez pas le temps durant la consultation
 4. Vous les jugez mal adaptés à ce type de consultation
 5. Vous doutez de leur efficacité
 6. Autre, préciser :
17. Si vous faites un examen clinique pour repérer la consommation d'alcool, sur quels signes cliniques établissez-vous votre diagnostic ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Plaintes évocatrices d'une consommation nocive d'alcool
 2. Pathologies/symptomatologies où le rôle de l'alcool est probable ou possible
 3. Elévation de la pression artérielle
 4. Profil éthylique suivant la grille de Le Go (haleine, teint, varicosités, sudation, tremblement...)
 5. Signes de dépendance physique
 6. Ivresse manifeste
 7. Comorbidités psychiatriques
 8. Autre, préciser :
18. Si vous utilisez le résultat d'examens biologiques, lesquels utilisez-vous le plus souvent ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. GammaGT
 2. ASAT-ALAT
 3. CDT
 4. VGM
 5. Triglycérides
 6. Autres marqueurs, préciser :

19. Prescrivez-vous un examen biologique à TOUS les usagers convoqués en commission ?
1. Oui
 2. Non
20. Si 'non', pourquoi ?
.....
21. Si vous avez recours à un avis spécialisé concernant la consommation d'alcool, le(s)quel(s) ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Addictologue
 2. Psychiatre
 3. Psychologue
 4. Autre, préciser :
22. Utilisez-vous le résultat de l'examen psychotechnique (entretien et/ou test) pour évaluer la consommation d'alcool de l'usager ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Oui, celui des tests psychotechniques
 2. Oui celui de l'entretien psychologique
 3. Oui, à travers la synthèse du psychologue
 4. Non
23. Si 'non', pourquoi ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Vous ne savez pas comment utiliser ces résultats
 2. Vous n'avez pas le temps de les consulter
 3. Vous n'en avez pas besoin pour votre diagnostic d'usage d'alcool
 4. Vous n'en avez pas besoin pour votre décision d'aptitude
 5. Vous n'avez pas toujours ces résultats lors de la consultation
 6. Autre, préciser :
- NOUS ALLONS MAINTENANT NOUS INTÉRESSER À LA **PRISE DE DÉCISION** EN COMMISSION CONCERNANT L'APTITUDE À LA CONDUITE :
24. Votre décision est-elle influencée par le type d'usage repéré ?
[UNE SEULE REPONSE POSSIBLE]
1. Non, votre décision porte (essentiellement) sur les autres éléments de la consultation
 2. Oui, mais uniquement en cas d'usage nocif ou dépendance
 3. Oui, mais uniquement en cas de dépendance
 4. Oui, quel que soit le type d'usage
25. Si 'oui', quelle influence cela a-t-il sur votre décision par rapport aux usagers non consommateurs ?
Vous prononcez : [UNE SEULE REPONSE POSSIBLE]
1. Plus d'aptitude
 2. Plus d'aptitude temporaire
 3. Plus d'aptitude avec restrictions
 4. Plus d'inaptitude

3

26. Parmi tous les examens réalisés concernant l'alcool, quels sont les deux éléments les plus importants dans votre prise de décision ?
[ENTOURER UNE SEULE REPONSE PAR COLONNE]
- | | En premier | En second |
|--|------------|-----------|
| La consommation déclarée d'alcool (CDA) | 1 | 1 |
| Le questionnaire préétabli | 2 | 2 |
| L'examen clinique | 3 | 3 |
| L'examen biologique (sanguin ou urinaire) | 4 | 4 |
| L'avis spécialisé | 5 | 5 |
| Les résultats de l'examen psychotechnique (tests ou entretien) | 6 | 6 |
| L'éthylotest (chimique ou électronique) | 7 | 7 |
| Autre, préciser : | 8 | 8 |
27. Que vous apporte la présence d'un second médecin en commission ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Une meilleure répartition des tâches pour l'examen en lui-même
 2. Une autre façon de procéder à l'examen médical
 3. Un deuxième avis quant à la décision d'aptitude
 4. Plus de sécurité physique
 5. Cela ne vous apporte rien de plus
 6. Autre, préciser :
28. Utilisez-vous un support prédéfini fourni par la préfecture pour renseigner les éléments relatifs à la consultation d'un usager ?
1. Oui
 2. Non
29. Au-delà de la décision d'aptitude, quelle(s) démarche(s) adoptez-vous face à un usager en difficulté avec l'alcool examiné en commission ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Vous n'effectuez aucune démarche supplémentaire
 2. Vous lui donnez des conseils de prévention
 3. Vous l'invitez à en parler avec son médecin traitant
 4. Vous l'invitez à en parler avec son médecin du travail
 5. Vous l'orientez vers une consultation spécialisée (hôpital, CSAPA - ex CSST et CCAA)
 6. Vous lui remettez un courrier pour appuyer cette démarche
 7. Autre, préciser :
30. Si 'vous n'effectuez aucune démarche supplémentaire', pourquoi ?
[PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES]
1. Vous manquez de temps
 2. Vous vous heurtez à la résistance des conducteurs
 3. Vous ne souhaitez pas être intrusif dans la vie personnelle des conducteurs
 4. Vous manquez de formation sur ce thème
 5. Vous ne croyez pas à l'efficacité d'une démarche individuelle de prévention (en médecine du permis de conduire)
 6. Ce n'est pas votre rôle de médecin du permis de conduire
 7. Vous n'avez pas d'outils adaptés
 8. Autre, préciser :

31. Pour l'ensemble des démarches que vous effectuez, quelle part accordez-vous aux questions autour du "risque alcool" durant la consultation (en %) ?

 %

32. Selon vous, au cours d'un mois standard, quelle est la proportion d'usagers reçus en commission présentant une/un :

a. Dépendance	%
b. Abus, usage nocif	%
c. Usage à moindre risque	%

EXERCICE DE LA MÉDECINE DU PERMIS DE CONDUIRE HORS COMMISSION

Merci de remplir cette partie si vous exercez hors commission (que vous exercez ou non en commission par ailleurs)

33. Combien d'usagers sollicitant une aptitude au permis de conduire voyez-vous, en moyenne, par mois ?

34. Quel est le temps moyen accordé à chaque usager (en minutes) ?

 min.

35. Quel profil d'usager vous sollicite majoritairement ?
[UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE]

1. Les professionnels pour un examen périodique
2. Les candidats ou les titulaires du permis de conduire atteints d'une affection dominant lieu à une délivrance d'un permis à durée limitée ou à un aménagement de véhicule
3. Les conducteurs infractionnistes, sanctionnés hors problématique d'alcool ou de stupéfiants

36. Quelles informations avez-vous à votre disposition concernant l'usager au moment de la consultation ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Le motif exact de sa venue
2. Un dossier médical conservé par vos soins lors de précédentes visites
3. Un questionnaire médical rempli par l'usager
4. Des documents médicaux apportés par l'usager (carte de santé, ordonnance(s), autres)
5. Les résultats de l'examen psychotechnique
6. Aucune information préalable

37. Lors d'une consultation standard, quels sont les examens cliniques que vous pratiquez hors commission médicale ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Examen clinique ophtalmologique
2. Examen clinique oto-rhino-laryngologique
3. Examen clinique pneumologique
4. Examen clinique neurologique
5. Examen orthopédique
6. Recherche de signes de troubles psychiatriques
7. Recherche de pratiques addictives
8. Recherche de troubles métaboliques
9. Autre, préciser :

EN CAS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE DU PERMIS DE CONDUIRE UNIQUEMENT HORS COMMISSION

Merci de remplir cette partie si vous exercez exclusivement hors commission

POUR LES QUESTIONS SUIVANTES, VEUILLEZ INDIQUER VOS PRATIQUES CONCERNANT LES PROBLÈMES D'ALCOOL ÉVENTUELS DES USAGERS QUE VOUS RENCONTREZ :

38. Abordez-vous systématiquement la question de la consommation d'alcool de l'usager ?

1. Oui
2. Non

39. Si vous ne le faites pas de manière systématique, dans quelles situations abordez-vous la question ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Conducteurs professionnels
2. Infraction(s) alcool par le passé
3. Jeunes (moins de 25 ans)
4. Femmes enceintes
5. Personnes en situation de précarité
6. Plus de 45/50 ans
7. Hommes
8. Personnes sans activité professionnelle
9. Primo-visite
10. Pathologies qui contre-indiquent la consommation d'alcool
11. Autre, préciser :

40. Quel type d'usage cherchez-vous à repérer en matière de consommation d'alcool ?
[UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE]

1. Uniquement dépendance
2. Uniquement abus, usage nocif
3. Abus, usage nocif et dépendance
4. Tous types d'usages

41. Cherchez-vous à repérer d'autres consommations que celle d'alcool ?
[UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE]

1. Oui, mais uniquement en cas de consommation d'alcool
2. Oui, même sans consommation d'alcool
3. Non

42. Si oui, quelles autres consommations recherchez-vous ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Cannabis
2. Tabac
3. Cocaine/crack
4. Opiacés
5. Amphétamines
6. Médicaments psychotropes
7. Autre, préciser :

43. Quelle(s) méthode(s) de repérage utilisez-vous pour connaître la consommation d'alcool de l'usager ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Vous vous basez sur sa déclaration
2. Vous utilisez un questionnaire préétabli
3. Vous faites un examen clinique
4. Vous utilisez les résultats d'examens biologiques (sanguins ou urinaires)
5. Vous utilisez un avis spécialisé
6. Vous utilisez les résultats de l'examen psychotechnique
7. Vous utilisez un éthylotest (chimique ou électronique)
8. Autre, préciser :

44. Si vous vous basez sur la déclaration de l'usager, utilisez-vous une méthode particulière pour mesurer son niveau de consommation ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Non, vous n'avez pas de pratique standardisée
2. Oui, vous lui demandez de quantifier sa consommation en verres/doses standards pour une période donnée (CDA)
3. Oui, vous lui faites raconter une journée durant laquelle il consomme de l'alcool
4. Oui, vous l'interrogez sur la fréquence des alcoolisations aiguës
5. Oui, mais autre, préciser :

45. Si vous avez recours à un(des) questionnaire(s) préétabli(s), le(s)quel(s) ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. FACE
2. AUDIT
3. AUDIT C
4. DETA(CAGE)
5. Autre, préciser :

46. Dans le cas où vous n'avez pas recours à un questionnaire, quelles en sont les raisons ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Vous ne connaissez pas ces questionnaires
2. Vous doutez de la sincérité des réponses des usagers
3. Vous n'avez pas le temps durant la consultation
4. Vous les jugez mal adaptés à ce type de consultation
5. Vous doutez de leur efficacité
6. Autre, préciser :

47. Si vous faites un examen clinique pour repérer la consommation d'alcool, sur quels signes cliniques établissez-vous votre diagnostic ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Plaintes évocatrices d'une consommation nocive d'alcool
2. Pathologies où le rôle de l'alcool est probable ou possible
3. Élévation de la pression artérielle
4. Profil éthylique suivant la grille de Le Go (haleine, teint, varicosités, sudation, tremblement...)
5. Signes de dépendance physique
6. Ivresse manifeste
7. Comorbidités psychiatriques
8. Autre, préciser :

48. Si vous utilisez le résultat d'examens biologiques, lesquels utilisez-vous le plus souvent ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. GammaGT
2. ASAT-ALAT
3. CDT
4. VGM
5. Triglycérides
6. Autres marqueurs, préciser :

49. Prescrivez-vous un examen biologique à TOUS les usagers rencontrés hors commission ?

1. Oui
2. Non

50. Si 'non', pourquoi ?

51. Si vous avez recours à un avis spécialisé concernant la consommation d'alcool, le(s)quel(s) ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Addictologue
2. Psychiatre
3. Psychologue
4. Autre, préciser :

52. Utilisez-vous le résultat de l'examen psychotechnique (entretien et/ou test) pour évaluer la consommation d'alcool de l'usager ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Oui, celui des tests psychotechniques
2. Oui celui de l'entretien psychologique
3. Oui, à travers la synthèse du psychologue
4. Non

53. Si 'non', pourquoi ?
[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Vous ne savez pas comment utiliser ces résultats
2. Vous n'avez pas le temps de les consulter
3. Vous n'en avez pas besoin pour votre diagnostic d'usage d'alcool
4. Vous n'en avez pas besoin pour votre décision d'aptitude
5. Vous n'avez pas toujours ces résultats lors de la consultation

NOUS ALLONS MAINTENANT NOUS INTÉRESSER À LA **PRISE DE DÉCISION** HORS COMMISSION (SI VOUS INTERVENEZ UNIQUEMENT DANS CE CADRE) CONCERNANT L'APTITUDE À LA CONDUITE :

54. Utilisez-vous un support prédéfini spécifique à l'aptitude médicale à la conduite pour renseigner les éléments relatifs à la consultation d'un usager ?

1. Oui 2. Non

55. Votre décision est-elle influencée par le type d'usage repéré ? [UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE]

1. Non, votre décision porte (essentiellement) sur les autres éléments de la consultation
2. Oui, mais uniquement en cas d'usage nocif ou dépendance
3. Oui, mais uniquement en cas de dépendance
4. Oui, quel que soit le type d'usage

56. Si 'oui', quelle influence cela a-t-il sur votre décision par rapport aux usagers non consommateurs ? Vous prononcez : [UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE]

1. Plus d'aptitude
2. Plus d'aptitude temporaire
3. Plus d'aptitude avec restrictions
4. Plus d'inaptitude
5. Plus de renvois en commission préfectorale

57. Parmi tous les examens réalisés concernant l'alcool, quels sont les deux éléments les plus importants dans votre prise de décision ? [ENTOUREZ UNE SEULE RÉPONSE PAR COLONNE]

	En premier	En second
La consommation déclarée d'alcool (CDA)	1	1
Le questionnaire préétabli	2	2
L'examen clinique	3	3
L'examen biologique (sanguin ou urinaire)	4	4
L'avis spécialisé	5	5
Les résultats de l'examen psychotechnique (tests ou entretien)	6	6
L'éthylotest (chimique ou électronique)	7	7
Autre, préciser :	8	8

D. EN CAS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE DU PERMIS DE CONDUIRE EN COMMISSION ET HORS COMMISSION

Merci de remplir cette partie si vous exercez à la fois en commission et hors commission

POUR LES QUESTIONS SUIVANTES, VEUILLEZ INDIQUER VOS PRATIQUES HORS COMMISSION MÉDICALE CONCERNANT LES PROBLÈMES D'ALCOOL ÉVENTUELS DES USAGERS QUE VOUS RENCONTREZ :

62. En matière d'alcool, vos pratiques en tant que médecin agréé hors commission sont-elles similaires à celles que vous adoptez en commission ?

1. Oui
2. Non

58. Au-delà de la décision d'aptitude, quelle(s) démarche(s) adoptez-vous face à un usager en difficulté avec l'alcool vu hors commission ? [PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Vous n'effectuez aucune démarche supplémentaire
2. Vous lui donnez des conseils de prévention
3. Vous l'invitez à en parler avec son médecin traitant
4. Vous l'invitez à en parler avec son médecin du travail
5. Vous l'orientez vers une consultation spécialisée (hôpital, CSAPA - ex.CSST et CCAA)
6. Vous lui remettez un courrier pour appuyer cette démarche
7. Autre, préciser :

59. Si 'vous n'effectuez aucune démarche supplémentaire', pourquoi ? [PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Vous manquez de temps
2. Vous vous heurtez à la résistance des conducteurs
3. Vous ne souhaitez pas être intrusif dans la vie personnelle des conducteurs
4. Vous manquez de formation sur ce thème
5. Vous ne croyez pas à l'efficacité d'une démarche individuelle de prévention (en médecine du permis de conduire)
6. Ce n'est pas votre rôle de médecin du permis de conduire
7. Vous n'avez pas d'outils adaptés
8. Autre, préciser :

60. Pour l'ensemble des démarches que vous effectuez, quelle part accordez-vous aux questions autour du "risque alcool" durant la consultation (en %) ?

___ %

61. Selon vous, au cours d'un mois standard, quelle est la proportion d'usagers reçus en commission présentant une/un :

a. Dépendance	___ %
b. Abus, usage nocif	___ %
c. Usage à moindre risque	___ %

63. Si 'non', sur quoi portent les différences hors commission ?

[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Profil de l'usager (ciblage)
2. Type d'usage repéré
3. Modalités de repérage
4. Intérêt porté aux autres consommations
5. Recours aux questionnaires préétablis
6. Recours aux avis spécialisés
7. Recours aux examens complémentaires
8. Temps consacré aux questions d'alcool
9. Autre, préciser :

64. Concernant la décision d'aptitude, vos pratiques en tant que médecin agréé hors commission sont-elles similaires à celles que vous adoptez en commission concernant les usagers en difficulté avec l'alcool ?

1. Oui 2. Non

65. Si 'non', sur quoi portent ces différences quant à la décision que vous prenez hors commission (par rapport à votre décision prise en commission) ? [ENTOUREZ UNE SEULE RÉPONSE PAR LIGNE]

	Plus souvent	Moins souvent	Ne change pas
a. décision d'aptitude	1	2	3
b. décision d'aptitude temporaire	1	2	3
c. décision d'aptitude avec restriction	1	2	3
d. décision d'inaptitude	1	2	3
e. décision de renvoi en commission	1	2	3

66. Au-delà de la décision d'aptitude, effectuez-vous des démarches complémentaires similaires de celles pratiquées en commission ?

1. Oui 2. Non

67. Si 'non', pourquoi vos démarches hors commission sont-elles différentes de celles pratiquées en commission ?

[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

1. Vous manquez de temps
2. Vous vous heurtez à la résistance des conducteurs
3. Vous ne souhaitez pas être intrusif dans la vie personnelle des conducteurs
4. Vous manquez de formation sur ce thème
5. Vous ne croyez pas à l'efficacité d'une démarche individuelle de prévention (en médecine du permis de conduire)
6. Ce n'est pas votre rôle de médecin du permis de conduire
7. Vous n'avez pas d'outils adaptés
8. Autre, préciser :

68. Sur quoi portent ces différences hors commission ?

[ENTOUREZ UNE SEULE RÉPONSE PAR LIGNE]

	Plus souvent	Moins souvent	Ne change pas
a. Vous donnez des conseils de prévention	1	2	3
b. Vous invitez à en parler avec le médecin traitant ?	1	2	3
c. Vous invitez à en parler avec le médecin du travail	1	2	3
d. Vous orientez vers une consultation spécialisée	1	2	3
e. Vous rédigez un courrier pour appuyer cette démarche	1	2	3

II. QUESTIONS D'OPINION

Cette partie s'adresse à tous

QUEL QUE SOIT VOTRE LIEU D'EXERCICE DE LA MÉDECINE DU PERMIS DE CONDUIRE, MERCI DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES :

69. Selon vous, le médecin du permis de conduire est légitime en matière de :

[ENTOUREZ UNE SEULE RÉPONSE PAR LIGNE]

	Oui en commission	Oui hors commission	Non
a. Repérage précoce du risque alcool	1	2	3
b. Prévention du risque alcool	1	2	3
c. Orientation (dispositifs spécialisés, etc.)	1	2	3

70. Selon vous, le médecin du permis de conduire est efficace en matière de :

[ENTOUREZ UNE SEULE RÉPONSE PAR LIGNE]

	Oui en commission	Oui hors commission	Non
a. Repérage précoce du risque alcool	1	2	3
b. Prévention du risque alcool	1	2	3
c. Orientation (dispositifs spécialisés, etc.)	1	2	3

71. Quels sont les deux principaux freins qui, pour vous, font obstacle à la mise en place du repérage sur le thème "alcool" en médecine du permis de conduire ? [ENTOUREZ UNE SEULE RÉPONSE PAR COLONNE]

	En premier	En second
Vous manquez de temps	1	1
Vous vous heurtez à la résistance des usagers	2	2
Vous ne souhaitez pas être intrusif dans la vie personnelle des conducteurs	3	3
Vous manquez de formation sur ce thème	4	4
Vous ne croyez pas à l'efficacité d'une démarche individuelle de prévention	5	5
Ce n'est pas votre rôle de médecin du permis de conduire	6	6
Vous n'avez pas d'outils adaptés/validés	7	7
Autre, préciser :	8	8

72. En matière de repérage du "risque alcool", vos pratiques en tant que médecin (hors médecine du permis de conduire) sont-elles similaires à celles que vous adoptez en médecine du permis de conduire ?

1. Oui 2. Non

73. Si 'non', sur quoi portent les différences ?

[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

- Profil de l'utilisateur (ciblage)
- Type d'usage repéré
- Modalités de repérage
- Intérêt porté aux autres consommations
- Recours aux questionnaires préétablis
- Recours aux avis spécialisés
- Recours aux examens complémentaires
- Temps consacré aux questions d'alcool
- Autre, préciser :

74. Avez-vous déjà entendu parler du Repérage précoce intervention brève (RPIB) en matière d'alcool ?

1. Oui 2. Non

75. Personnellement, avez-vous déjà mis en pratique des interventions brèves en matière d'alcool ?

1. Oui 2. Non

76. Outre votre formation pour l'agrément de médecin du permis de conduire, avez-vous suivi une formation (initiale ou continue) ? [PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

- En addictologie
- En alcoologie
- En éducation pour la santé
- Au RPIB seul

77. Estimez-vous avoir un besoin de formation :

[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

- En addictologie
- En alcoologie
- En éducation pour la santé
- Au RPIB seul

F. SIGNALÉTIQUE MÉDECIN

Cette partie s'adresse à tous

78. Vous êtes :

1. Un homme 2. Une femme

79. Quel est votre âge ? [] [] ans

80. Quelle est votre spécialité médicale ?

[PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

- Médecine générale
- Médecine du travail
- Autre, préciser :

81. Exercez-vous cette activité : [PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES]

- En cabinet de ville
- En hôpital
- Dans une autre structure (type dispensaire)
- Vous n'exercez plus l'activité de médecin en dehors de la médecine du permis de conduire
- Autre, préciser :

82. Exercez-vous principalement en :

- Zone rurale
- Zone périurbaine
- Zone urbaine

CES DERNIÈRES QUESTIONS CONCERNENT L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DU PERMIS DE CONDUIRE EN GÉNÉRAL

83. En quelle année avez-vous obtenu l'attestation de suivi de formation initiale ? [] [] [] []

84. En quelle année avez-vous exercé comme médecin du permis de conduire pour la première fois ? [] [] [] []

85. Exercez-vous l'activité de médecin du permis de conduire dans plusieurs départements ?

1. Oui 2. Non

86. Quel est le département principal d'exercice de votre activité de médecine du permis de conduire ? [] []

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Si vous avez d'autres commentaires à faire, cet espace vous est réservé :

Exemples de questionnaires pré-établis de repérage alcool

DETA (acronyme de « diminuer, entourage, trop et alcool »)

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
Oui / Non
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
Oui / Non
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
Oui / Non
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
Oui / Non

Interprétation : deux réponses positives ou plus font suspecter un problème de santé avec l'alcool

AUDIT (acronyme de « Alcohol use disorders test »)

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3

- | | |
|---------------------------|---|
| Tous les jours ou presque | 4 |
|---------------------------|---|
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?
- | | |
|---------------------------|---|
| Jamais | 0 |
| Moins d'une fois par mois | 1 |
| Une fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?
- | | |
|---------------------------|---|
| Jamais | 0 |
| Moins d'une fois par mois | 1 |
| Une fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?
- | | |
|---|---|
| Non | 0 |
| Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | 2 |
| Oui, au cours de l'année | 4 |
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?
- | | |
|---|---|
| Non | 0 |
| Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | 2 |
| Oui, au cours de l'année | 4 |

Interprétation :

Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool (Société française d'alcoologie, 2001).

AUDIT-C (acronyme de « Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption »)

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
- | | |
|-----------------------------|---|
| Jamais | 0 |
| Une fois par mois ou moins | 1 |
| 2 à 4 fois par mois | 2 |
| 2 à 3 fois par semaine | 3 |
| Au moins 4 fois par semaine | 4 |
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
- | | |
|------------|---|
| 3 ou 4 | 1 |
| 5 ou 6 | 2 |
| 7 ou 8 | 3 |
| 10 ou plus | 4 |
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?
- | | |
|---------------------------|---|
| Jamais | 0 |
| Moins d'une fois par mois | 1 |
| Une fois par mois | 2 |
| Une fois par semaine | 3 |
| Tous les jours ou presque | 4 |
1. Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous ?
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?

Interprétation :

Un score supérieur ou égal à 4 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 3 (chez la femme) indique une consommation d'alcool à risque pour la santé

Un score supérieur ou égal à 5 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 4 (chez la femme) indique une alcoolodépendance.

FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

Les questions doivent être posées sans reformulation et sont cotées selon les réponses spontanées du patient. En cas d'hésitation, il devra répondre en fonction de « la réponse la plus proche de la réalité ». Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

jamais	0
une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
4 fois ou plus par semaine	4

2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Un ou deux	0
trois ou quatre	1
cinq ou six	2
sept à neuf	3
dix ou plus	4

3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

non	0
oui	4

4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

non	0
oui	4

5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

non	0
oui	4

Interprétation :

Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;

Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.

Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.