



RAPPORT DE SYNTHÈSE

CONDUIRE APRÈS 65 ANS

Sécurité, accompagnement et mobilité durable des seniors



Laboratoire d'Étude
pour l'Éducation à la Mobilité

ÉTUDE DÉVELOPPÉE PAR

Mathieu FORETS

Doctorant au CIRNEF à l'Université de Rouen
Directeur pédagogique ECF CERCA

SEPTEMBRE 2026

PRÉFACE

La conduite des seniors

Passer du contrôle à l'accompagnement

Le vieillissement de la population et l'évolution du cadre européen nous obligent à repenser notre approche de la conduite des seniors.

Pour ECF, cette évolution ne doit pas conduire à considérer l'âge comme un critère automatique d'aptitude ou d'inaptitude à la conduite. Un conducteur senior n'est pas une catégorie homogène. L'expérience, les capacités individuelles, l'état de santé, les conditions de vie et les stratégies personnelles d'adaptation doivent être pris en compte.

C'est pourquoi nous défendons depuis longtemps une approche fondée avant tout sur la prévention, l'auto-évaluation, la formation et l'accompagnement.

Chaque conducteur doit pouvoir, à partir d'un certain âge, s'interroger simplement sur ses capacités à conduire, identifier ses éventuelles difficultés et, s'il en ressent le besoin, bénéficier d'un accompagnement adapté : remise à niveau, bilan de conduite, conseils sur les équipements du véhicule, adaptation de la conduite ou, lorsque cela devient nécessaire, préparation progressive à d'autres formes de mobilité.

Cette conviction trouve aujourd'hui une résonance particulière dans la recommandation n° 3 du Conseil national de la sécurité routière, présentée le 17 septembre 2026, consacrée à l'auto-questionnaire d'aptitude à la conduite.

Cette recommandation constitue, à nos yeux, une évolution importante de la doctrine française. En privilégiant un dispositif déclaratif à vocation d'orientation, en affirmant sa finalité préventive plutôt que de sanction, en prévoyant un accompagnement des personnes qui pourraient rencontrer des difficultés et en recommandant une expérimentation avant toute généralisation, le CNSR rejoint plusieurs des principes qui fondent le présent rapport.

Cette convergence est particulièrement significative.

Elle montre qu'à l'heure où la France doit préparer la transposition de la directive européenne 2025/2205, le débat ne doit pas être enfermé dans une opposition entre « laisser conduire » et « retirer le permis ». Il doit être déplacé vers une question beaucoup plus utile : comment permettre à chaque conducteur de rester mobile et de conduire en sécurité aussi longtemps que ses capacités le permettent, tout en identifiant suffisamment tôt les situations dans lesquelles un accompagnement devient nécessaire ?

Le présent rapport apporte à cette réflexion une approche globale. Il rappelle que l'âge chronologique ne suffit pas à caractériser l'aptitude à conduire, que les conducteurs seniors disposent de capacités importantes d'adaptation et de compensation, et que l'arrêt de la conduite, lorsqu'il intervient brutalement ou sans alternative, peut avoir des conséquences importantes sur l'autonomie, la vie sociale et la santé.

Dans cette démarche, l'école de conduite peut jouer un rôle essentiel. Présente dans les territoires, elle constitue un lieu de proximité, neutre et pédagogique, permettant au conducteur de faire le point sur sa conduite sans que cette démarche soit vécue comme une menace sur son permis.

Le médecin doit naturellement conserver toute sa place lorsque des questions de santé sont en jeu. Mais la prévention ne doit pas se résumer à une obligation médicale. Elle doit commencer par la prise de conscience du conducteur lui-même, puis permettre, lorsque cela est nécessaire, une orientation vers les professionnels compétents.

C'est pourquoi nous considérons que la recommandation du CNSR ne doit pas constituer un point d'arrivée, mais le point de départ d'un véritable continuum d'accompagnement de la conduite senior.

Ce continuum doit commencer suffisamment tôt - notamment dans le cadre de la prévention du risque routier dès 50 ans dans les milieux professionnels - et se poursuivre tout au long de la vie du conducteur. Il doit associer auto-évaluation, formation, bilan de conduite, prévention médicale, adaptation du véhicule et, lorsque la situation l'exige, préparation progressive aux alternatives à l'automobile.

Il doit également être expérimenté et évalué. Sur ce point encore, la recommandation du CNSR rejoint l'approche proposée dans ce rapport : avant de généraliser un nouveau dispositif, il convient d'en mesurer scientifiquement l'accessibilité, l'acceptabilité et surtout l'efficacité réelle sur la sécurité routière et la mobilité des seniors.

Notre objectif est simple : permettre à chacun de conduire le plus longtemps possible, dans les meilleures conditions de sécurité, et préparer suffisamment tôt les alternatives lorsque la conduite doit progressivement laisser place à d'autres formes de mobilité.

La transposition de la directive européenne constitue ainsi une occasion historique de construire en France un modèle équilibré, privilégiant la responsabilité individuelle, la prévention, l'accompagnement et la sécurité, plutôt qu'une approche exclusivement fondée sur la contrainte.

Le fait que le Conseil national de la sécurité routière s'engage aujourd'hui dans cette même direction conforte la pertinence de cette démarche.

ECF entend prendre toute sa part à cette construction collective, aux côtés des pouvoirs publics, des professionnels de santé, des collectivités territoriales, des assureurs et de l'ensemble des acteurs concernés.

Parce que la sécurité des seniors ne consiste pas à les éloigner de la route, mais à leur permettre d'y rester le plus longtemps possible lorsqu'ils en ont les capacités, dans des conditions adaptées, sécurisées et respectueuses de leur autonomie.

Patrick Mirouse

Président du Groupe ECF

Table des matières

Introduction	5
Partie I - Le conducteur senior : réalité statistique et profil de risque	6
1.1. Démographie et vieillissement de la population conductrice	6
1.2. Accidentalité des seniors : déconstruire les idées reçues	7
1.3. Les mécanismes du vieillissement qui affectent la conduite	9
1.4. Les capacités compensatoires : une ressource sous-estimée	10
1.5. Le paradoxe du grand âge et la réduction anticipée de la mobilité	11
1.6. Les conséquences documentées de l'arrêt de la conduite	12
1.7. L'échec du dépistage cognitif généralisé : l'enseignement de l'expérience danoise	13
Partie II - Cadre réglementaire : la directive (UE) 2025/2205 et ses enjeux	14
2.1. Genèse et contenu de la réforme européenne	14
2.2. Les dispositions spécifiques aux conducteurs de plus de 65 ans	14
2.3. Le rôle du médecin généraliste : ressource ou obstacle ?	15
2.4. Les modèles internationaux de contrôle de l'aptitude à la conduite	15
2.5. Points de vigilance : dignité, liberté de mobilité et risque de stigmatisation	17
Partie III - Vers un accompagnement durable et bienveillant de la conduite senior	19
3.1. Le continuum éducatif et la prévention du risque senior en entreprise dès 50 ans	19
3.2. L'école de conduite : le lieu de proximité irremplaçable	20
3.3. Les collectivités territoriales : des partenaires incontournables	20
3.4. Les assureurs et les mutuelles : des acteurs de prévention à mobiliser	21
3.5. La formation continue comme levier de sécurité	21
3.6. La mobilité comme facteur de santé et de prévention de la dépendance	22
3.7. La déprise automobile : anticiper sans brutaliser	22
3.8. Adapter le cadre urbain et routier aux besoins des seniors	22
3.9. Propositions opérationnelles pour un dispositif d'accompagnement senior	23
3.10. La recommandation du CNSR relative à l'auto-questionnaire d'aptitude à la conduite des seniors	25
Conclusion	28
Bibliographie	29
Recherches scientifiques et rapports académiques	29
Sources HAL / Archives ouvertes	30
Institutions et sources officielles	30
Présentation du LEEM	32

Introduction

Le vieillissement de la population constitue l'un des phénomènes démographiques les plus déterminants du XXI^e siècle pour les politiques publiques de sécurité routière en France et en Europe. Les conducteurs seniors - 65 ans et plus - représentent désormais une part croissante des conducteurs actifs. Leur rapport à la mobilité automobile concentre une multitude d'enjeux contradictoires : sécurité routière, autonomie individuelle, dignité des personnes âgées, accès aux soins et aux services, prévention de l'isolement social.

Cette réalité prend une acuité nouvelle à la lumière de la Directive (UE) 2025/2205 du Parlement européen et du Conseil, adoptée le 22 octobre 2025, qui met fin au principe du permis de conduire à vie dans l'Union européenne et introduit des dispositions spécifiques pour les conducteurs de plus de 65 ans. La France, qui fait partie des derniers États membres à avoir maintenu un permis à vie sans contrôle médical obligatoire, dispose désormais d'un délai de transposition de trois ans - soit jusqu'en 2028-2029 - pour adapter son cadre législatif et réglementaire.

Ce contexte réglementaire inédit soulève des questions fondamentales que la recherche scientifique éclaire de manière pluridisciplinaire. Faut-il considérer le conducteur senior comme un conducteur à risque à contrôler ou comme une ressource d'expérience à accompagner ? Comment concilier les impératifs légitimes de sécurité routière avec la préservation de la mobilité des seniors, dont on sait qu'elle conditionne directement leur qualité de vie, leur santé mentale et leur capacité à demeurer autonomes, plus particulièrement à domicile ? Quels dispositifs d'accompagnement permettraient de rendre la conduite des seniors plus sûre et plus durable sans tomber dans l'écueil de la stigmatisation ou de la dépossession ?

Le présent rapport se propose d'analyser cette problématique selon trois axes complémentaires. La première partie examine le profil statistique et les mécanismes du vieillissement qui affectent la conduite, en distinguant les risques réels des représentations et constructions sociales. La deuxième partie analyse le cadre réglementaire issu de la directive européenne et ses implications pour les conducteurs seniors en France. La troisième partie développe des propositions pour un accompagnement global, bienveillant et fondé sur les données probantes, articulé autour du continuum éducatif, de la place centrale des écoles de conduite comme acteurs de proximité, et des partenariats à construire avec les collectivités, les assureurs et les mutuelles.

PARTIE I

Le conducteur senior : réalité statistique et profil de risque

1.1. Démographie et vieillissement de la population conductrice

La France compte aujourd'hui plus de 16 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, soit environ 25 % de la population totale. Ce chiffre devrait dépasser les 20 millions à horizon 2040 et même représenter une personne sur trois en 2050 selon le Cerema (2021) sous l'effet combiné de l'allongement de l'espérance de vie et du vieillissement de la génération du baby-boom. Cette évolution démographique se reflète déjà directement dans la composition des catégories constituant les conducteurs actifs.

Les travaux de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, présentés par la Pr Sylvie Bonin-Guillaume lors des 26^e Entretiens du Centre Jacques Cartier consacrés aux « Aînés et la Sécurité routière » (Lyon, novembre 2013), établissent que la France comptait déjà 8 millions de conducteurs âgés, soit 20 % de l'ensemble des conducteurs, et que cette population se féminise progressivement. Ces chiffres confirment que la conduite senior n'est pas un phénomène marginal mais une composante structurelle et croissante du système routier français.

Contrairement aux générations précédentes, les seniors d'aujourd'hui ont été socialisés à la mobilité automobile dès leur jeunesse et continuent de conduire bien au-delà de 70 ans. Les données présentées par Assailly, Bonin-Guillaume et al. (2006) montrent que la conduite demeure une activité importante de la vie quotidienne des seniors : 90 % des conducteurs âgés utilisent leur voiture plusieurs fois par semaine, 71 % l'utilisent pour les courses, et 51 % conduisent pour rendre visite à des amis. Le nombre de kilomètres parcourus continue même de progresser d'environ 1 % par an, pour un kilométrage annuel moyen de 11 546 km, avec une majorité des trajets effectués sur autoroutes (31 %) et routes nationales (26 %).

Les recherches du Cerema sur les enjeux de mobilité des seniors (2021) pour les politiques de déplacements territoriaux confirment cette centralité : une grande majorité des seniors résident dans des zones rurales ou périurbaines où la voiture constitue le seul mode de transport accessible. La dépendance à l'automobile n'est pas un choix culturel ; elle est, dans la majorité des cas, une nécessité structurelle imposée par l'organisation territoriale française.

Les données de mortalité routière confirment cette évolution. Elles nous en apprennent plus sur les risques liés à la conduite des seniors, notamment en croisant les chiffres de l'accidentalité avec ceux de l'exposition aux risques. Selon les statistiques ONISR (2025), la part des 55-74 ans parmi les personnes tuées sur les routes est passée de 15 % en 2010 à près de 24 % en 2025. Celle des 75 ans et plus a progressé de 12,6 % à 16,4 % sur la même période. Cette tendance s'explique en partie par le vieillissement de la population et par une mobilité prolongée des seniors, mais aussi par la vulnérabilité physiologique accrue qui fait que des accidents qui seraient bénins pour un jeune adulte peuvent se révéler mortels pour une personne âgée.

Ces évolutions récentes prolongent une tendance identifiée de longue date par les bilans annuels de l'ONISR : la part des personnes de 65 ans et plus dans la mortalité routière s'élevait déjà à 19 % en 2010 et atteignait 24 % en 2015 (ONISR, 2015, p. 64-67), avant de se maintenir à un niveau comparable en 2018 (ONISR, 2018, p. 92-93). Cette continuité statistique confirme que la surreprésentation des seniors dans la mortalité routière n'est pas un phénomène récent, mais un

mouvement de fond amorcé il y a plus d'une décennie. Elle montre également, qu'au regard de l'évolution du nombre de seniors actifs dans l'activité conduite, les différentes observations effectuées ne permettent pas de conclure à un accroissement de la dangerosité des seniors au volant.

Chronologie réglementaire : l'émergence progressive de la question senior

- 1997 : rapport Verré - principe du continuum éducatif, « rendez-vous de perfectionnement » pour conducteurs expérimentés, intégration du risque routier dans le cadre du travail dès 50 ans
- 2006 : première directive européenne sur le permis (2006/126/CE) - pas de disposition spécifique aux seniors
- 5 juin 2013 - Proposition de loi au sénat visant à instituer une évaluation médicale à la conduite pour les conducteurs de 70 ans et plus (Rapport Détraigne)
- Novembre 2013 : 26^e Entretiens du Centre Jacques Cartier (Lyon) - colloque scientifique franco-qubéco-belge « Les Aînés et la Sécurité routière »
- Proposition de loi n° 1147 - 18 Mars 2025 : proposition de loi Valletoux (France) - visite médicale tous les 5 ans dès 70 ans - non adoptée
- 22 octobre 2025 : adoption de la directive (UE) 2025/2205 - fin du permis à vie
- 2028-2029 : délai de transposition en droit français

1.2. Accidentalité des seniors : déconstruire les idées reçues

La question de la dangerosité des conducteurs seniors est pourtant souvent caricaturée dans le débat public. Les données statistiques invitent à une lecture plus nuancée et contredisent plusieurs idées reçues solidement ancrées.

L'Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière (ONISR) confirme que les conducteurs âgés sont, en réalité, moins souvent présumés responsables d'accidents mortels que les conducteurs les plus jeunes. En 2024, la tranche des 18-34 ans représentait 37 % des présumés responsables d'accidents mortels, contre 12 % pour les 75 ans et plus (ONISR, 2024, p. 72). Ce constat s'explique notamment par les comportements d'autorégulation spontanés que développent de nombreux seniors : évitement des trajets nocturnes, réduction de la vitesse, préférence pour les itinéraires connus.

Le véritable problème statistique se situe à un autre niveau : la vulnérabilité physiologique des seniors fait que leur taux de mortalité consécutif à un accident est nettement supérieur à celui des autres tranches d'âge. En 2024, 900 seniors de 65 ans et plus sont décédés sur les routes françaises (ONISR, p. 84). Une étude portant sur le département du Rhône (2011-2021) révèle que plus de la moitié des seniors tués (56 %) l'étaient en qualité de piétons, et non de conducteurs - ce qui déplace considérablement le problème de la dangerosité au volant vers la question plus large de la fragilité corporelle et de la place des personnes âgées dans l'espace routier.

L'analyse fine de la typologie des accidents impliquant un conducteur âgé permet de préciser ces constats statistiques. Le rapport de Théodore (2000), fondé sur l'étude d'environ mille dossiers d'accidents de sociétaires de la MAIF, identifie deux situations d'accidents particulièrement fréquentes chez les conducteurs de 65 ans et plus : les accidents en intersection et les accidents survenant en entrée ou en sortie de stationnement. Cette typologie a été confirmée à plus grande échelle par le projet ANR-VOIESUR (Véhicule Occupant Infrastructure Études de la sécurité des Usagers de la route), dont la tâche 4.7, consacrée spécifiquement aux seniors (Lafont & Coquillat,

2012), a procédé à l'analyse détaillée des procès-verbaux d'accidents corporels et mortels de la circulation en France pour l'année 2011, dans le cadre de la décennie d'actions pour la sécurité routière 2011-2020 déclarée au niveau mondial et européen. Ces travaux confirment que les accidents des conducteurs âgés se distinguent structurellement de ceux des conducteurs plus jeunes : ils surviennent majoritairement de jour, hors agglomération, lors d'un changement de direction ou d'une insertion dans la circulation, et se traduisent le plus souvent par une collision latérale - un profil d'accident qui appelle des réponses de formation et d'aménagement routier ciblées plutôt qu'une approche punitive généraliste.

Cette analyse est corroborée par les données québécoises présentées par Durand, du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, lors des 26^e Entretiens du Centre Jacques Cartier. En rapportant le nombre de conducteurs impliqués dans des accidents corporels au nombre de titulaires de permis de chaque tranche d'âge - la seule méthode statistiquement rigoureuse pour comparer des populations de tailles différentes - les données de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ, 2006-2011) montrent que le taux d'implication des 65-74 ans est l'un des plus bas de toutes les classes d'âge, nettement inférieur à celui des 16-24 ans. Selon les données québécoises (Durand, 2013), ce n'est qu'à partir de 90 ans que le risque, rapporté au nombre de titulaires de permis, rejoint celui des 25-34 ans - un seuil qui varie selon les méthodes de mesure et les contextes nationaux, d'autres analyses situant la convergence plus tôt, autour de 75-80 ans, lorsqu'elles mesurent la part dans la mortalité globale plutôt que le taux par titulaire de permis.

Ce constat se retrouve dans l'analyse des décès toutes catégories d'usagers confondues (SAAQ, 2012) : le taux de mortalité routière rapporté à la population des 65-74 ans et des 75-84 ans demeure inférieur à celui des 15-24 ans, et seule la tranche des 90 ans et plus rejoint un niveau comparable à celui des plus jeunes conducteurs. Le risque routier suit donc une courbe en U, avec un pic chez les jeunes adultes, un creux marqué chez les seniors « jeunes » (65-84 ans), avant une remontée chez les très grands âgés.

Les données SAAQ relatives aux piétons confirment et précisent cette vulnérabilité spécifique : si le taux global de piétons victimes décroît avec l'âge jusqu'à 55-64 ans, il connaît une remontée nette à partir de 65 ans (ONISR, 2025, p. 16), et surtout une explosion après 85 ans, où le taux de piétons tués devient le plus élevé de toutes les classes d'âge. Cette donnée invite à ne pas réduire la sécurité routière des seniors à la seule question du permis de conduire : la protection des piétons âgés constitue un enjeu au moins aussi important que celui de l'aptitude à conduire. La sortie de nombreux seniors du système automobile pour les amener à se déplacer à pied pourrait même faire augmenter le nombre d'accidents les concernant.

Cette réalité statistique plaide pour une approche différenciée : il ne s'agit pas de surveiller le conducteur senior comme une source de danger potentiel, mais de l'accompagner comme un usager vulnérable dont la protection appelle des réponses spécifiques, qu'il soit au volant, passager, cycliste ou piéton.

1.2.1. Nature des comportements à risque : oublis et erreurs plutôt qu'infractions

La typologie des comportements routiers établie par Parker et ses collègues (1995), reprise par Assailly et Bonin-Guillaume (2006), distingue trois grandes catégories de comportements problématiques : les oublis, liés à un déficit d'attention ; les erreurs, qui correspondent à l'échec d'une action prévue pour atteindre un objectif (erreur d'observation ou erreur de jugement) ; et les infractions, qui désignent une conduite risquée volontaire et délibérée, qu'elle soit agressive

(avec forte charge émotionnelle) ou ordinaire (visant simplement à maintenir la progression du trajet).

Cette typologie permet d'éclairer un fait essentiel pour la conception des dispositifs d'accompagnement : les sujets âgés commettent significativement plus d'oublis et d'erreurs que d'infractions, contrairement aux jeunes conducteurs chez qui la prise de risque délibérée pourrait dominer. Une politique de sécurité routière conçue pour limiter les infractions volontaires - sanctions, retraits de points, dispositifs répressifs - n'est pas adaptée à une population dont les difficultés relèvent avant tout de l'attention, de la perception et du jugement.

Cette distinction entre oublis, erreurs et infractions trouve un éclairage complémentaire dans la théorie de la décision appliquée aux risques routiers. Perez-Diaz (2003) montre que la prise de risque au volant ne peut être comprise indépendamment des représentations du risque propres à chaque groupe social : la définition même de ce qui constitue un « risque acceptable » varie selon l'âge, l'expérience et la trajectoire biographique du conducteur. Appliquée aux conducteurs seniors, cette approche invite à ne pas réduire leur rapport au risque à un simple déficit de compétence, mais à le comprendre comme le produit d'un arbitrage généralement plus prudent que celui des conducteurs plus jeunes - ce qui confirme, sur le plan théorique, la faible part des infractions volontaires dans leur accidentologie.

1.2.2. La conduite, une tâche complexe mobilisant quatre familles de fonctions

La conduite automobile mobilise simultanément quatre grandes familles de fonctions : les fonctions cognitives (attention, flexibilité mentale, inhibition, jugement, gestion de la fatigue, interactions médicamenteuses) ; les fonctions sensorielles (vue, ouïe) ; les fonctions sensitives (perception de la vitesse et du mouvement) ; et les fonctions motrices (motricité fine et globale). La littérature distingue par ailleurs l'aptitude à la conduite, qui renvoie aux capacités physiques et mentales sous-jacentes, du savoir-faire effectif observé en conduite réelle - deux aspects distincts qu'une évaluation médicale isolée ne peut appréhender simultanément. Cette approche multifactorielle, popularisée par les outils de communication du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM, 2012-2013), structure aujourd'hui les recommandations de prévention en santé et conduite automobile en France.

Cette approche multifactorielle gagnerait à intégrer une cinquième famille de fonctions, conatives, absente du modèle du CNOM. Elle renvoie à la mobilisation volontaire des capacités précédemment décrites, prise de risque et sa régulation, lucidité dans l'auto-évaluation de ses limites, sentiment d'efficacité personnelle au volant au sens de Bandura. C'est elle qui articule l'aptitude mesurée hors situation réelle et le savoir-faire observé en conduite, un conducteur pouvant présenter des capacités intactes sans la disposition à les mobiliser à bon escient, ou, à l'inverse, compenser des limites fonctionnelles par une vigilance accrue.

1.3. Les mécanismes du vieillissement qui affectent la conduite

La conduite automobile est une tâche cognitive et perceptivo-motrice complexe qui mobilise simultanément la vision, l'audition, la coordination motrice, l'attention divisée, la mémoire de travail, les fonctions exécutives et la vitesse de traitement de l'information. Le vieillissement affecte chacun de ces domaines, mais de manière très hétérogène selon les individus.

Sur le plan sensoriel, le déclin visuel constitue le facteur le plus déterminant. La sensibilité aux contrastes diminue, notamment en conditions de faible luminosité, ce qui explique la surreprésentation des accidents nocturnes chez les seniors. La vision périphérique se réduit,

affectant la détection des dangers latéraux aux intersections. L'adaptation à l'éblouissement se dégrade, rendant les conditions crépusculaires particulièrement difficiles.

Sur le plan cognitif, les recherches en neurosciences du vieillissement mettent en évidence un ralentissement général de la vitesse de traitement de l'information - ce que les chercheurs désignent comme le « facteur g de ralentissement » (Lemaire, 2015). La mémoire de travail et les fonctions exécutives, essentielles pour anticiper et gérer les situations complexes de conduite, sont également affectées, bien que dans une mesure très variable selon les individus et les trajectoires de vie.

Jean-Pascal Assailly (2017) souligne que la conduite d'un véhicule motorisé exige une gestion simultanée de multiples flux d'informations - trajectoire, signalisation, comportement des autres usagers, conditions météorologiques - qui peut devenir problématique pour certains conducteurs âgés en situation de stress ou de fatigue. Cette surcharge cognitive est particulièrement sensible lors de situations d'urgence qui requièrent une réponse rapide et non habituelle.

Principaux facteurs de risque liés à l'âge en conduite automobile

- Acuité visuelle et vision nocturne : déclin marqué à partir de 70 ans
- Temps de réaction : allongement progressif dès 55 ans
- Attention divisée : difficulté croissante à gérer plusieurs informations simultanément
- Fonctions exécutives : planification et adaptation aux situations imprévues
- Mobilité cervicale et articulaire : limitation des angles morts par gêne physique
- Effets iatrogènes des médicaments : somnolence, hypotension orthostatique, troubles de l'équilibre

1.4. Les capacités compensatoires : une ressource sous-estimée

Si les mécanismes du déclin sont bien documentés, la littérature scientifique insiste également sur les ressources considérables que les conducteurs âgés mobilisent pour compenser leurs limitations. C'est précisément cet aspect qui distingue le conducteur senior expérimenté du jeune conducteur novice, et qui justifie une approche d'accompagnement plutôt que de contrôle.

Les recherches publiées dans la Revue de Neuropsychologie établissent clairement que, malgré la présence de certaines limitations perceptuelles, attentionnelles ou visuo-spatiales, la grande majorité des conducteurs âgés mobilise leur expérience pour déployer des stratégies compensatoires - notamment en matière de temps de réaction et de coordination de réponses complexes.

« Malgré la présence de certaines limitations perceptuelles, attentionnelles, exécutives ou visuo-spatiales chez plusieurs conducteurs âgés, ceux-ci utiliseront leur expérience afin de déployer des stratégies leur permettant de compenser les difficultés qui pourraient affecter leur temps de réaction ou la capacité à coordonner des réponses complexes. »

Gagnon, 2010, p. 98-99

Ce constat scientifique se heurte cependant à une difficulté méthodologique majeure, documentée par une méta-analyse conduite par Mathias et Lucas (2009) : les outils les plus couramment utilisés pour mesurer le risque chez les conducteurs âgés - Attention Network Test, Trail Making Test B, Useful Field of View, Motor Free Visual Perception Test - ne partagent pas plus

de 30 % de variance commune avec les indices réels de performance au volant. Bédard et ses collègues (2008) aboutissent au même constat d'ensemble : en l'état des connaissances, aucun protocole d'évaluation ne permet encore de prédire de façon fiable la performance de conduite des conducteurs âgés. Classen et ses collègues (2008), à partir d'un test de conduite standardisé, précisent que certains indicateurs cliniques - vitesse de traitement de l'information, champ visuel utile - offrent un pouvoir prédictif partiel, mais insuffisant à eux seuls pour fonder une décision d'aptitude. Autrement dit, ces tests, administrés hors de la situation de conduite réelle, ne permettent pas de discriminer de manière fiable le conducteur senior sécuritaire du conducteur senior à risque.

Les travaux sur l'expertise cognitive soulignent que le maintien régulier de la pratique de conduite est lui-même un facteur protecteur : la sous-utilisation des capacités entraîne une perte d'efficacité de ces mêmes capacités. Un senior qui continue de conduire régulièrement maintient ses automatismes et ses circuits neuronaux impliqués dans la gestion de la conduite, dans une logique de plasticité cérébrale active.

1.4.1. La fragilité : un concept clinique distinct de l'âge chronologique

La gériatrie contemporaine a développé un concept clinique précis qui éclaire utilement le débat sur la conduite senior : celui de fragilité. Une définition de consensus, établie en décembre 2012 par une conférence internationale (Morley, Journal of the American Medical Directors Association, 2013), définit la fragilité comme un syndrome caractérisé par une diminution de la force et de l'endurance et une réduction des fonctions physiologiques qui augmentent la vulnérabilité de l'individu face à la survenue de la dépendance ou du décès.

Le vieillissement est foncièrement hétérogène. Selon les données de référence en gériatrie, la population des personnes âgées se répartit schématiquement en trois groupes : environ 70 % de personnes robustes, 25 % de personnes fragiles, et 5 % de personnes dépendantes. Cette distribution invite à un changement de regard fondamental : l'âge chronologique ne saurait constituer, à lui seul, un critère pertinent de restriction de la conduite, puisque la grande majorité des seniors demeure robuste bien au-delà de 65, 70 ou même 80 ans.

Le modèle de Rowe et Fried (2013) précise ce continuum en quatre stades : robustesse, fragilité infra-clinique, fragilité débutante, fragilité avancée. La Haute Autorité de Santé a développé, dès juin 2013, des outils de repérage de la fragilité en soins ambulatoires fondés sur des questions simples portant sur la perte de poids, la fatigue, les difficultés à se déplacer, les troubles de la mémoire et la vitesse de marche. Ce cadre conceptuel ouvre une voie prometteuse pour penser l'accompagnement de la conduite senior : plutôt que de cibler tous les conducteurs au-delà d'un seuil d'âge arbitraire, il serait plus pertinent de calibrer les actions de prévention sur le statut clinique réel de la personne, chaque statut appelant des réponses différenciées.

1.5. Le paradoxe du grand âge et la réduction anticipée de la mobilité

Les recherches conduites sur la métropole lilloise et dans plusieurs contextes ruraux français (2025) mettent en évidence un phénomène paradoxal : de nombreux seniors réduisent spontanément leur conduite bien avant que leurs capacités ne l'imposent réellement, par peur de l'accident, par anxiété face à la complexification du trafic ou par pression sociale de l'entourage. Cette réduction anticipée et excessive de la mobilité constitue un facteur de risque pour la santé et l'autonomie - parfois plus grave que les risques qu'elle cherche à éviter.

Les enquêtes de terrain en milieu rural confirment que la déprise automobile constitue souvent une rupture brutale du point de vue de la vie sociale. L'arrêt de la conduite est associé à une augmentation significative du risque de dépression, de déclin cognitif accéléré et de dépendance. Anticiper ce moment, l'accompagner progressivement plutôt que de le subir, constitue un enjeu de santé publique de premier ordre.

1.6. Les conséquences documentées de l'arrêt de la conduite

Au-delà du constat général de fragilisation, plusieurs études longitudinales nord-américaines ont mesuré avec précision les conséquences concrètes de l'arrêt de la conduite chez les personnes âgées. Les travaux de Marottoli et ses collègues (2000) démontrent que la cessation de la conduite entraîne une diminution mesurable du niveau d'activités hors domicile. Ragland, Satariano et MacLeod (2005) établissent quant à eux un lien statistique entre l'arrêt de la conduite et une augmentation des symptômes dépressifs.

Durand (2013) synthétise ces conséquences en une chaîne causale documentée : diminution de la participation sociale - familiale, professionnelle, communautaire et citoyenne -, réaction d'adaptation pouvant aller jusqu'à l'isolement et la dépression, perte d'un symbole identitaire fort, risque de stigmatisation et d'exclusion sociale, et, in fine, une augmentation mesurable de la mortalité dans les deux années qui suivent le retrait du permis de conduire.

Cette problématique de l'arrêt de la conduite avait été précocement analysée sous un angle psychosocial par Drulhe et Pervanchon (2004), qui interrogent la légitimité et les modalités d'un éventuel examen médical d'évaluation de l'aptitude à la conduite. Leur travail met en évidence que la décision de « s'arrêter au nom de la santé » ne relève pas d'un simple constat médical objectif, mais engage une négociation complexe entre le sujet âgé, son entourage et l'institution médicale, portant à la fois sur les éléments susceptibles de justifier l'arrêt de la conduite et sur les conséquences existentielles d'une telle décision. Cette analyse rejoint directement les données quantitatives présentées ci-dessus : parce que l'arrêt de la conduite n'est jamais un acte neutre, il ne saurait être imposé sans un accompagnement attentif à ses répercussions sur l'identité et le lien social du conducteur âgé.

Conséquences documentées de l'arrêt de la conduite chez le senior

- Perte d'activités sociales et diminution de la mobilité dans l'environnement de vie
- Diminution des activités de la vie quotidienne et des activités physiques
- Augmentation des risques dépressifs et perte d'un symbole identitaire fort
- Stigmatisation, exclusion sociale, risque d'isolement
- Augmentation mesurable de la mortalité dans les deux ans suivant le retrait du permis
- Risque global d'isolement, de perte d'autonomie et d'institutionnalisation précoce

Cette chaîne causale s'inscrit dans le cadre conceptuel du vieillissement en santé (2008), qui articule les aptitudes individuelles de la personne âgée, son environnement de vie, ses liens avec la famille et la communauté, et l'organisation des services de santé et sociaux. Dans ce modèle, le transport et la mobilité figurent explicitement parmi les déterminants majeurs d'un vieillissement réussi. Retirer la conduite à un senior sans alternative adaptée revient donc à agir négativement sur l'ensemble de ces déterminants simultanément.

1.7. L'échec du dépistage cognitif généralisé : l'enseignement de l'expérience danoise

Un argument décisif pour la conception du dispositif français de transposition de la directive européenne provient d'une évaluation scientifique rigoureuse menée au Danemark. Ce pays a introduit, à partir de 2006, un dépistage cognitif obligatoire par le Mini-Mental State Examination (MMSE) pour l'ensemble des conducteurs de 70 ans et plus souhaitant renouveler leur permis. Siren et Meng (2012) ont conduit une analyse comparative rigoureuse des taux d'accidents mortels avant et après l'implantation de ce programme.

Les résultats de cette évaluation sont sans appel. Le nombre de conducteurs de 70 ans et plus impliqués dans des accidents mortels, rapporté à la population, a légèrement augmenté après l'introduction du dépistage (de 12,60 à 13,37 pour 100 000 personnes). Plus préoccupant encore, le nombre d'usagers vulnérables de la route - piétons et cyclistes notamment - âgés de 70 ans et plus tués a connu une hausse sensible, passant de 14,17 à 19,30 pour 100 000 personnes, une progression bien supérieure à celle constatée chez les 18-69 ans.

« Deux conclusions principales ont été constatées. Premièrement, il n'y a pas eu de différence statistiquement significative dans le nombre de conducteurs âgés impliqués dans des accidents mortels avant et après la mise en place du processus de contrôle, ce qui indique que le dépistage n'a eu aucun effet sur la sécurité des conducteurs plus âgés. Deuxièmement, il y a eu une augmentation significative du nombre d'usagers de la route âgés non protégés qui ont été tués entre les deux périodes d'observation, ce qui suggère que le processus de dépistage a entraîné un changement modal chez les personnes âgées, passant de la conduite à des modes de transport non protégés et nettement moins sûrs. »

Siren et Meng (2012), p. 634-638

L'explication la plus probable de cet effet pervers est un mécanisme de report modal : les seniors privés de leur permis à la suite du dépistage ne cessent pas de se déplacer, mais reportent leurs trajets vers la marche ou le vélo, des modes de transport où leur vulnérabilité physique est encore plus grande qu'au volant d'un véhicule protégé. Cette donnée empirique de poids doit nourrir directement la réflexion française sur la transposition de la directive (UE) 2025/2205 : un dispositif de contrôle mal calibré, qui retirerait le permis sans offrir d'alternative de mobilité sûre, pourrait paradoxalement dégrader la sécurité routière globale plutôt que l'améliorer.

PARTIE II

Cadre réglementaire : la directive (UE) 2025/2205 et ses enjeux

2.1. Genèse et contenu de la réforme européenne

Adoptée le 22 octobre 2025 par le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne, la directive (UE) 2025/2205 relative au permis de conduire abroge la directive 2006/126/CE et constitue la réforme la plus substantielle du cadre réglementaire européen du permis de conduire depuis près de vingt ans. Elle répond à l'ambition de l'Union européenne d'atteindre zéro mort sur les routes d'ici 2050, dans un contexte de vieillissement démographique accéléré.

La mesure phare de cette directive est la fin du permis de conduire à vie dans l'ensemble des États membres. Pour les voitures (catégorie B) et les motos, la durée de validité du permis sera désormais limitée à 15 ans maximum. Pour les poids lourds et les bus, elle sera de 5 ans. À chaque renouvellement, un contrôle d'aptitude sera requis, pouvant prendre la forme d'une visite médicale, d'une auto-évaluation ou d'autres dispositifs d'évaluation définis au niveau national. La directive prévoit également une période probatoire d'au moins deux ans pour tous les conducteurs débutants, l'harmonisation des sanctions transfrontières, et la numérisation du permis de conduire au format carte de crédit.

2.2. Les dispositions spécifiques aux conducteurs de plus de 65 ans

Les dispositions concernant les conducteurs âgés constituent le volet le plus sensible de la directive. La directive accorde aux États membres une latitude significative pour adapter leurs obligations aux conducteurs de plus de 65 ans : possibilité de réduire la durée de validité du permis, d'imposer un renouvellement tous les 5 ans à partir de 70 ans, et de soumettre ces conducteurs à des visites médicales ou des cours de remise à niveau plus fréquents.

Pays	Âge déclencheur	Fréquence de contrôle	Nature du contrôle
Espagne	65 ans	Tous les 5 ans	Examen médical + test psychotechnique
Portugal	40 ans	Tous les 10 ans (puis 2 ans > 75)	Visite médicale obligatoire
Italie	50 ans	Tous les 5 ans (puis 3 ans > 70)	Certificat médical
France	Aucun	Aucune obligation	Signalement médecin uniquement
Allemagne	Aucun	Aucune obligation	Permis à vie - Dispositif d'échange entre le permis et un titre de transport en commun gratuit depuis 2021-2022

En France, le délai de transposition de trois ans signifie que les premiers renouvellements effectivement concernés n'interviendront pas avant 2028-2029. Le législateur français dispose donc d'une fenêtre pour concevoir un dispositif qui soit à la fois efficace sur le plan de la sécurité et respectueux de la dignité des conducteurs seniors.

2.3. Le rôle du médecin généraliste : ressource ou obstacle ?

Dans le dispositif actuel, le médecin généraliste constitue le seul point de contact institutionnel entre le conducteur senior et le système de sécurité routière. Sa mission est délicate : détecter les pathologies susceptibles d'affecter l'aptitude à la conduite (troubles cognitifs, pathologies cardiovasculaires, effets des médicaments) et orienter, si nécessaire, le patient vers un médecin agréé par la préfecture.

Des travaux de recherche ont examiné la faisabilité d'un protocole cognitif standardisé pour aider les médecins généralistes dans leurs conseils aux conducteurs seniors. Ces travaux soulèvent des obstacles importants : la consultation médicale de routine est rarement le cadre dans lequel s'engage une discussion sur la conduite automobile, sujet perçu comme intrusif par les patients et risqué pour la relation thérapeutique par les médecins. Un protocole cognitif standardisé - intégrant des tests simples de vitesse de traitement, d'attention divisée et de vision - pourrait permettre au médecin de mieux objectiver ses recommandations et d'engager avec le patient une conversation constructive sur l'adaptation de ses pratiques de conduite, plutôt qu'une confrontation sur le retrait du permis. À ce jour, ce sont les médecins agréés pour réaliser les visites médicales liées à la conduite qui sont en première ligne. Il existe peu d'études sur cette corporation. Une étude de l'INSERR (2014) évalue leur nombre à 5000 médecins (5000 contacts mais uniquement 2801 médecins agréés retenus pour l'étude réalisée).

Cette approche du binôme est validée à l'international. Kim et ses collègues (2026), dans une étude coréenne récente portant sur un modèle collaboratif ergothérapeute-enseignant de la conduite, concluent que cette collaboration améliore la précision et la cohérence de l'évaluation de l'aptitude à conduire. Une étude portant sur 45 évaluateurs expérimentés au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande confirme empiriquement que les observations de l'enseignant de la conduite pèsent significativement dans la décision finale d'aptitude, aux côtés des critères cliniques classiques. Cette convergence internationale appelle toutefois une précision sur le partage des rôles : la littérature souligne que l'enseignant de la conduite, faute de formation médicale, ne dispose pas des connaissances nécessaires pour interpréter les raisons cliniques sous-jacentes aux erreurs observées lors d'une évaluation sur route. Dans les systèmes les plus aboutis, c'est donc le professionnel de santé qui porte la responsabilité de la décision clinique finale, tandis que l'enseignant de la conduite apporte son expertise opérationnelle et garantit la sécurité de l'évaluation sur route - répartition qui plaide pour une généralisation encadrée du modèle en France, au-delà des seuls cas de troubles neurocognitifs, plutôt que pour une simple juxtaposition des deux regards sans hiérarchie claire des responsabilités.

2.4. Les modèles internationaux de contrôle de l'aptitude à la conduite

L'analyse des expériences étrangères permet de dégager des leçons précieuses pour la conception du dispositif français de transposition. Le modèle espagnol, qui impose un examen médical et psychotechnique tous les cinq ans à partir de 65 ans dans un centre agréé spécifique (Centro de Reconocimiento de Conductores), est l'un des plus complets d'Europe. Son principal avantage est l'objectivité et l'uniformité de l'évaluation ; sa principale limite est le coût et l'accessibilité territoriale des centres (entre 35 et 50 euros selon le centre et la région). Le modèle britannique, avant d'évoluer, avait développé une approche plus graduelle reposant sur l'autodéclaration renforcée par des contrôles médicaux ciblés, avec un système de signalement par les proches et les médecins Driver and Vehicle Licensing Agency (DVLA). Les pays nordiques, qui affichent parmi les taux d'accidentalité les plus bas d'Europe, ont choisi une approche

éducative et préventive reposant sur un continuum de formation tout au long de la vie du conducteur plutôt que sur des contrôles punitifs.

2.4.1. Le modèle belge CARA/IBSR : l'évaluation individualisée et multidisciplinaire

Le modèle le plus abouti et le plus instructif pour la France est sans doute celui développé en Belgique par le Centre d'Aptitude à la conduite et d'Adaptation des véhicules (CARA), département de l'Institut Belge pour la Sécurité Routière (IBSR). Thomas Otte, ergothérapeute et expert en aptitude à la conduite, en a présenté les principes et résultats lors des 26^e Entretiens du Centre Jacques Cartier (2013).

Le CARA évalue l'aptitude à la conduite de personnes présentant une diminution de leurs capacités fonctionnelles et/ou certaines pathologies susceptibles d'influencer la conduite en toute sécurité. Sa mission porte prioritairement sur des personnes âgées présentant une affection spécifique - AVC, troubles cognitifs, syndrome extrapyramidal - orientées par leur médecin spécialiste ou généraliste, et non sur un contrôle systématique de l'ensemble des conducteurs âgés. La procédure d'évaluation est graduée en trois niveaux de complexité croissante : test pratique seul ; test pratique combiné à un examen médical ; test pratique avec examen médical et tests neuropsychologiques standardisés. Cette gradation évite la sur-évaluation systématique et permet de concentrer les ressources là où l'incertitude diagnostique est réelle.

Les résultats statistiques du CARA en 2011 sont particulièrement éclairants : parmi les personnes de 65 ans et plus évaluées - pourtant sélectionnées précisément parce qu'elles présentaient une affection susceptible d'affecter leur conduite - 91,5 % ont été déclarées aptes à la conduite. Parmi les moins de 65 ans soumis à la même évaluation ciblée, le taux d'aptitude était de 94,1 %. L'écart est très faible (2,6 points) et confirme que même dans un contexte d'évaluation cliniquement motivée, la très grande majorité des conducteurs seniors reste apte à conduire.

Critère	65 ans et plus (CARA 2011)	Moins de 65 ans (CARA 2011)
Part de la population CARA	30 %	70 %
Taux d'aptitude	91,5 %	94,1 %
Taux d'inaptitude	8,5 %	5,9 %
Conclusion	Majorité apte malgré pathologie	Légèrement supérieur, même logique

« Évaluation individualisée et multidisciplinaire. Aptitude basée sur des critères médicaux (limitations). L'âge n'est pas un critère. »

Otte, 2013 ; dia 17 de la présentation

Un second apport majeur du modèle belge concerne le concept de permis aménagé, rendu possible par les codes harmonisés européens. Plutôt que de procéder à une décision binaire apte/inapte, le CARA peut recommander un maintien du permis assorti de restrictions calibrées : restriction aux trajets de jour (code 05.01), restriction à un périmètre géographique autour du domicile (code 05.02), interdiction de l'autoroute (code 05.07), port obligatoire de correction visuelle (code 01.06). Le cas clinique d'un patient de 86 ans présentant un syndrome extrapyramidal et une restriction du champ visuel attentionnel illustre parfaitement cette logique : après test pratique et examen neuropsychologique, la décision rendue était un permis valable 6 mois, restreint à un périmètre de 2 000 mètres autour du domicile et interdisant

l'autoroute - une solution permettant de préserver l'autonomie de déplacement locale tout en encadrant les situations de conduite à risque.

2.4.2. Un changement de paradigme nécessaire : de l'élimination à l'accompagnement

L'ensemble des données présentées en Partie I - le profil de risque réellement plus faible des 65-84 ans, l'incapacité des tests hors-route à discriminer le conducteur à risque, et surtout l'échec démontré du dépistage cognitif généralisé danois - converge vers une conclusion que Durand (2013) formule explicitement : il est nécessaire d'opérer un changement de paradigme, qui consiste à abandonner l'objectif d'éliminer les conducteurs à risque au profit d'une stratégie d'amélioration des compétences de conduite et de la sécurité routière pour les aînés.

Ce changement de paradigme ne revient pas à nier l'existence de risques individuels chez certains conducteurs âgés présentant des troubles cognitifs ou des pathologies évolutives. La littérature confirme d'ailleurs que les troubles cognitifs sont associés à une réduction spontanée de la conduite et à un arrêt volontaire plus fréquent (Donorfio et al., 2008 ; Kostyniuk & Molnar, 2008 ; Lyman et al., 2001 ; Rimmö & Hakamies-Blomqvist, 2002) - preuve que l'autorégulation individuelle fonctionne déjà, dans une large mesure, sans qu'un dispositif de contrôle administratif généralisé soit nécessaire pour la déclencher. Il s'agit plutôt de concentrer les ressources sur les populations réellement à risque accru - en particulier les conducteurs de 90 ans et plus - tout en investissant prioritairement dans des actions qui bénéficient à l'ensemble des seniors : formation continue, repérage médical de la fragilité, adaptation des infrastructures, et développement des alternatives de mobilité.

Ce changement de paradigme n'implique pas un traitement uniforme de l'ensemble des conducteurs seniors. Un dispositif renforcé et individualisé demeure nécessaire pour les publics fragiles ou en perte d'autonomie, dont le profil de risque objectif justifie un accompagnement spécifique. Mais pour l'ensemble des conducteurs à partir de 50 ans, c'est une autre logique qui prévaut : celle du continuum éducatif et de la prévention générale des risques liés à la conduite, applicable à tout âge et à toute étape de la vie du conducteur, et non la réponse à un danger particulier attaché aux seniors en tant que tels.

Cette approche est cohérente avec le triptyque de prévention développé en gérontologie : une prévention primaire (information, sensibilisation aux comportements routiers) pour l'ensemble des seniors robustes et pré fragiles ; une prévention secondaire (permis aménagé, véhicule optimisé, préparation aux alternatives à la voiture) pour les seniors fragiles ; et une prévention tertiaire (adaptation de l'environnement, accès aux transports en commun, urbanisme adapté) pour les seniors dépendants.

2.5. Points de vigilance : dignité, liberté de mobilité et risque de stigmatisation

La réforme européenne soulève des objections légitimes que le débat public ne peut éluder. La principale concerne le risque de stigmatisation des conducteurs seniors comme catégorie suspecte a priori, indépendamment de leurs capacités réelles. Une enquête d'opinion canadienne conduite par Robertson et Vanlaar (2008) a demandé à un large échantillon de répondants d'évaluer la gravité de différents enjeux de sécurité routière. La conduite avec facultés affaiblies par l'alcool arrivait très largement en tête des préoccupations (87 %). Les conducteurs âgés n'apparaissaient qu'en avant-dernière position du classement (33 %), juste devant les jeunes conducteurs (26 %) - loin derrière l'ensemble des comportements à risque volontaires. Ce

décalage entre la perception médiatique de la dangerosité des seniors et sa hiérarchisation réelle par le public invite à la mesure.

Cette dimension représentationnelle est au cœur des travaux conduits sous la direction de Gaymard (2019), qui démontrent l'intérêt d'une approche psychosociale pour comprendre les représentations sociales attachées à différentes catégories d'usagers de la route - qu'il s'agisse des conducteurs de bus ou des motos-taxis en Afrique de l'Ouest, ou des débats suscités par l'abaissement à 80 km/h en France. Appliquée aux conducteurs seniors, cette perspective rappelle que la « dangerosité » qui leur est attribuée dans le débat public relève autant d'une construction sociale collective que d'une réalité statistique objectivée, et que toute politique publique les concernant doit anticiper les effets de cette représentation sur l'acceptabilité des mesures envisagées.

Au-delà de la question des représentations, la soutenabilité même du futur dispositif français de contrôle de l'aptitude des seniors doit être interrogée à l'aune des critères identifiés par Carnis (2014) pour toute politique de sécurité routière durable, à partir de l'exemple de l'automatisation des contrôles routiers : l'efficacité de la mesure pour réduire l'accidentalité, sa rationalité économique - qui doit mettre en balance le coût du dispositif et les bénéfices attendus - et son acceptabilité sociale par les publics concernés. Un dispositif de contrôle médical ou d'auto-évaluation qui ne satisferait pas simultanément ces trois conditions risquerait, comme l'illustre l'expérience danoise (Siren & Meng, 2012), de produire des effets contre-productifs sur la sécurité routière globale.

L'arrêt prématuré de la conduite est loin d'être anodin. La fracture territoriale entre zones urbaines bien desservies par les transports en commun et zones rurales où la voiture est indispensable signifie que l'impact d'une restriction de conduite varie considérablement selon le lieu de résidence. Sans voiture, un senior vivant dans un village isolé perd l'accès à ses médecins, à ses commerces, à ses proches - ce qui peut précipiter une entrée en dépendance plus rapide que les risques que le retrait du permis cherchait à prévenir. Ces considérations plaident fortement pour que la transposition française de la directive européenne soit accompagnée d'un développement parallèle des solutions de mobilité alternatives.

PARTIE III

Vers un accompagnement durable et bienveillant de la conduite senior

3.1. Le continuum éducatif et la prévention du risque senior en entreprise dès 50 ans

L'une des contributions fondatrices du débat français sur la formation des conducteurs est le rapport de la Table Ronde présidée par Verré, remis au Ministre de l'Équipement, des Transports et du Logement en 1997. Ce rapport posait le principe du continuum éducatif - un processus continu et cohérent d'éducation et de formation tout au long de la vie du conducteur - et identifiait explicitement les entreprises comme des acteurs naturels de la prévention du risque routier.

Verré (1997) encourageait en effet le développement de programmes de prévention routière au sein des entreprises et préconisait la mise en place de « rendez-vous de perfectionnement » pour les conducteurs expérimentés, comprenant mise à jour des connaissances réglementaires et conduite commentée avec un enseignant. Elle soulignait que l'entreprise représente un levier majeur pour atteindre les conducteurs de 50 ans et plus, avant que le vieillissement ne rende les difficultés manifestes - et donc avant que les actions de prévention ne deviennent correctives plutôt que préventives.

« La voiture est un facteur d'autonomie et d'intégration sociale puissant à tous les âges de la vie. Les mesures proposées ne doivent en aucun cas conduire à l'exclusion ou à la marginalisation d'un groupe quel qu'il soit, mais favoriser l'accès de tous à l'automobile en s'assurant que les meilleures conditions de sécurité soient satisfaites. »

Verré, 1997, p. 129

Ce seuil de 50 ans n'est pas arbitraire. C'est l'âge à partir duquel les données d'accidentalité montrent une remontée progressive du risque, et celui à partir duquel de nombreuses entreprises sont confrontées à la gestion des déplacements professionnels de collaborateurs dont les capacités de conduite commencent à évoluer imperceptiblement. C'est aussi l'âge à partir duquel les conducteurs sont suffisamment distants du permis initial pour avoir intégré des habitudes - parfois des défauts - qui méritent d'être questionnés dans un cadre formatif bienveillant. L'entreprise, par ses obligations légales de prévention du risque professionnel (Code du travail, art. L. 4121-1) et par les ressources de ses plans de formation continue, constitue le cadre naturel pour initier ce dialogue.

Des acteurs comme Malakoff Humanis, dans le cadre de ses programmes de prévention du vieillissement actif et de la Silver économie, ont développé des appels à projets qui intègrent la mobilité des seniors parmi les déterminants du maintien en autonomie. Ces initiatives constituent des cadres partenariaux naturels pour des actions de prévention du risque routier pour les seniors. Dans le sens d'une éducation à la sécurité routière tout au long de la vie, il est important de comprendre que la problématique des plus de 65 ans doit être traitée avant l'âge de 65 ans. Ainsi, dès 50 ans dans les entreprises, portées conjointement par les écoles de conduite, les services de santé au travail et les organismes de prévoyance. La MACIF, de son côté, a récemment renforcé ses dispositifs d'accompagnement des conducteurs seniors avec des initiatives de sensibilisation à l'autorégulation de la conduite.

3.2. L'école de conduite : le lieu de proximité irremplaçable

Parmi tous les acteurs susceptibles de porter l'accompagnement de la conduite senior, l'école de conduite occupe une place singulière et stratégique. Elle est présente sur l'ensemble du territoire, y compris dans les communes rurales et périurbaines où résident la majorité des seniors dépendants de la voiture. Elle dispose d'une expertise pédagogique et technique directement opérationnelle. Elle entretient une relation de confiance avec ses anciens élèves et dispose d'une légitimité reconnue sur les questions de conduite. Elle n'a pas, enfin, de pouvoir coercitif sur le droit de conduire - ce qui est, dans ce contexte, un avantage considérable face à des seniors qui redoutent avant tout de se voir retirer leur permis.

L'école de conduite ne peut pas tout résoudre. Elle n'est pas un acteur médico-social, elle ne dispose pas des outils pour diagnostiquer des pathologies neurologiques ou ophtalmologiques, et son maillage territorial, bien que dense, reste insuffisant dans certaines zones très isolées. Mais elle est un maillon essentiel d'un dispositif qui doit nécessairement être systémique et partenarial : elle est le lieu de la conduite commentée, de l'évaluation bienveillante, du conseil personnalisé sur les itinéraires et les situations à risque, de la sensibilisation à la déprise progressive. C'est, pour les conducteurs seniors, le lieu de proximité le plus légitime pour aborder ces questions sans qu'elles soient vécues comme une menace.

Le réseau ECF (École de Conduite Française) a été précurseur dans ce domaine avec le projet « Merci Julie » dans lequel un camion itinérant avec simulateur de conduite automobile destiné à sensibiliser, évaluer et accompagner les seniors et leur transition vers des mobilités alternatives va à la rencontre des différents protagonistes. Il illustre concrètement comment une école de conduite peut dépasser son rôle traditionnel de formation initiale pour s'inscrire dans un continuum éducatif tout au long de la vie. L'ancrage territorial du réseau ECF - avec des implantations dans des communes de toutes tailles - en fait un acteur de proximité particulièrement adapté à une démarche de santé publique qui doit atteindre les seniors là où ils vivent.

3.3. Les collectivités territoriales : des partenaires incontournables

Les collectivités territoriales - communes, communautés de communes, départements - jouent un rôle central dans l'organisation des politiques de mobilité et de prévention à destination des seniors. Elles disposent des compétences en matière de transport, d'aménagement du territoire, d'action sociale et de prévention sanitaire, et constituent les partenaires naturels des auto-écoles pour la mise en œuvre d'actions locales d'accompagnement.

Au niveau communal et intercommunal, des mairies et communautés de communes ont organisé, en partenariat avec des écoles de conduite locales, des journées de sensibilisation à la conduite senior - forums de la mobilité, ateliers de prévention, séances d'information sur le permis aménagé et les aides à la mobilité alternatives. Ces initiatives, encore trop peu nombreuses et peu coordonnées, gagneraient à être systématisées et intégrées dans les Plans Locaux d'Urbanisme et les Plans de Déplacements Urbains.

Au niveau départemental, les Conseils Départementaux, qui ont la compétence de l'action sociale en faveur des personnes âgées, ont tout intérêt à investir dans la prévention de la dépendance automobile : un euro investi dans l'accompagnement d'un senior pour prolonger sa conduite sécurisée représente une économie nette sur les coûts de prise en charge ultérieure. Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et les CLIC (Centres Locaux d'Information et

de Coordination) constituent des points de contact naturels pour orienter vers des bilans de conduite ou des adaptations de véhicules.

3.4. Les assureurs et les mutuelles : des acteurs de prévention à mobiliser

Vérré (1997) identifiait déjà les compagnies d'assurance comme des « aiguillons » naturels capables de mobiliser des conducteurs volontaires par des incitations financières adaptées. Trente ans plus tard, ce rôle reste largement en-deçà de son potentiel.

Les assureurs auto disposent d'une information précieuse sur le profil de sinistralité de leurs assurés et pourraient développer des offres personnalisées : tarification modulée en fonction de la participation à un bilan de conduite, réduction de prime pour les conducteurs ayant suivi un stage de perfectionnement ou équipé leur véhicule d'aides à la conduite embarquées. La MACIF a développé des initiatives récentes en ce sens, en proposant à ses assurés seniors des outils de sensibilisation et d'autoévaluation de leurs pratiques de conduite - une démarche qui s'inscrit pleinement dans la logique du continuum éducatif et de l'autorégulation précoce.

Les mutuelles santé et les organismes de prévoyance collective jouent quant à eux un rôle complémentaire, centré sur la prévention de la dépendance. Malakoff Humanis, dans le cadre de ses programmes sur la Silver économie et le maintien de l'autonomie des seniors, propose des appels à projets dans lesquels la mobilité automobile occupe une place croissante. Des partenariats entre ces organismes, les écoles de conduite et les collectivités territoriales permettraient de financer des bilans de conduite gratuits ou à tarif réduit pour les seniors aux revenus modestes, contribuant ainsi à démocratiser l'accès à ces dispositifs.

3.5. La formation continue comme levier de sécurité

La formation continue des conducteurs seniors constitue le levier le plus prometteur pour améliorer leur sécurité sans porter atteinte à leur liberté de mobilité. Contrairement au contrôle médical - qui opère une logique de sélection et d'exclusion - la formation s'inscrit dans une logique d'accompagnement, de renforcement des compétences et de développement des stratégies d'autorégulation.

Les analyses de l'activité réelle de conduite des conducteurs âgés permettent d'identifier avec précision les situations qui posent le plus de difficultés aux seniors : les intersections complexes, les dépassements sur voie rapide, les manœuvres en marche arrière avec angle mort, les situations d'urgence nécessitant une réponse rapide. Ces diagnostics fins permettent de concevoir des formations ciblées et efficaces. Les stages de remise à niveau proposés par les écoles de conduite constituent un premier dispositif, encore trop peu connu et peu utilisé. Des formats courts (demi-journée), accessibles et non sanctionnants permettraient de toucher un public plus large, notamment les seniors qui n'ont pas encore conscience de certaines fragilités.

La recherche en ergonomie de la formation à la conduite (Boccara ; Delhomme, Rogalski, Vidal-Gomel, 2008) fournit des bases solides pour concevoir des formations efficaces concernant les conducteurs expérimentés et âgés. Ces travaux insistent sur l'importance des interactions réflexives - amener le conducteur à verbaliser sa perception de la route, à anticiper les situations, à analyser ses propres stratégies - plutôt que sur la seule transmission de consignes techniques. Un enseignant de la conduite formé à ces approches devient, pour un conducteur senior, un facilitateur de la prise de conscience et un soutien à l'autorégulation.

3.6. La mobilité comme facteur de santé et de prévention de la dépendance

Une donnée fondamentale, souvent absente du débat sur la conduite des seniors, concerne le lien établi par la recherche gérontologique entre mobilité et santé. Le projet européen CONSOL (2011-2013) a réuni huit partenaires européens - décideurs, chercheurs et gériatres, parmi lesquels l'IFSTTAR, le Trinity College Dublin, le TRL britannique et l'Université de Valence - autour d'un objectif central : connaître et comprendre les comportements et besoins de mobilité des usagers de la route âgés, afin de promouvoir leur mobilité avant le stade de dépendance et de prévenir les arrêts prématurés. Les travaux de Haustein (Technical University of Denmark) et Marin (IFSTTAR), présentés dans le cadre de ce projet en 2013, mettent en évidence une hétérogénéité majeure des usagers âgés de la route, résumée en quatre typologies : les seniors axés sur la voiture avec une mobilité réduite ; les seniors axés sur la voiture mais très mobiles ; les seniors axés sur les transports en commun mais très mobiles ; et les seniors captifs des transports en commun.

Cette typologie a une portée pratique immédiate pour la conception des politiques publiques : un dispositif d'accompagnement uniforme méconnaîtrait la diversité réelle des profils de mobilité. L'usage de l'automobile assure aux personnes âgées une autonomie effective et la possibilité de maintenir un bon niveau de participation sociale, particulièrement dans les zones périurbaines et rurales. La perte du permis ou l'arrêt de la conduite sont associés à une augmentation du risque de dépression, d'anxiété, de déclin cognitif accéléré et d'entrée en EHPAD. Le maintien de la mobilité automobile est donc, dans de nombreux cas, un facteur de maintien à domicile.

« Sensibiliser et former les jeunes seniors à la multimodalité constitue un véritable levier en faveur du maintien à domicile ; cela permettrait d'éviter les ruptures de vie brutales qui sont aujourd'hui indissociables du vieillissement dans les pays développés. »

Auxilia / TRAHS, Université de Limoges, 2021, p. 11

3.7. La déprise automobile : anticiper sans brutaliser

La « déprise automobile » - terme employé d'abord par les sociologues (Barthe, Clément & Drulhe, 1988 ; Caradec, 2008) puis par les gérontologues (2018), pour désigner le processus progressif par lequel un conducteur réduit puis abandonne l'usage de son véhicule - constitue un moment charnière dans la vie des seniors. Les travaux de Hernja (2023) sur la question « Les seniors peuvent-ils se passer de leurs voitures ? » mettent en lumière la complexité des représentations attachées à la voiture chez les personnes âgées. La voiture n'est pas seulement un moyen de transport ; elle est un symbole d'autonomie, d'indépendance et de dignité. Y renoncer équivaut souvent, dans la perception subjective des seniors, à reconnaître une forme de déclin que l'entourage cherchera à confirmer.

Les recherches sur la mobilité des seniors dans les territoires ruraux insistent sur la nécessité d'anticiper le moment de la déprise automobile - idéalement en engageant une réflexion dès 60-65 ans, avant que les limitations ne se manifestent de manière notable. Une telle anticipation permet de construire progressivement un réseau de solutions alternatives (transport à la demande, covoiturage solidaire, livraison à domicile de services) qui éviteront l'effondrement brutal de la mobilité lorsque la conduite deviendra impossible.

3.8. Adapter le cadre urbain et routier aux besoins des seniors

L'accompagnement de la conduite des seniors ne se limite pas aux dispositifs individuels de formation et de contrôle. Il appelle également une réflexion sur l'adaptation du cadre routier et

urbain aux spécificités des conducteurs âgés. La lisibilité de la signalisation routière est un enjeu majeur pour les conducteurs seniors dont la vision décline. Des panneaux plus grands, des marquages au sol plus contrastés, un meilleur éclairage des intersections, une réduction de la densité informationnelle aux carrefours complexes constituent des adaptations peu coûteuses mais potentiellement très efficaces. Le programme « Infrastructure 3 étoiles » de l'European Road Assessment Programme (EuroRAP) (2003-2017) fournit un cadre méthodologique pertinent pour évaluer et améliorer la lisibilité des routes pour tous les usagers, y compris les plus âgés.

Les technologies d'assistance à la conduite embarquées dans les véhicules récents - alertes de dépassement de vitesse, assistance au maintien dans la voie, alertes de franchissement de ligne - peuvent constituer un filet de sécurité précieux pour prolonger la conduite sécurisée des seniors. Dans le cadre du règlement européen (UE) 2019/2144, les constructeurs automobiles pourraient devenir des acteurs de la transition vers des véhicules adaptés, en lien avec les écoles de conduite pour la prise en main des nouvelles fonctionnalités, notamment celles relatives aux ADAS (Advanced Driver Assistance Systems).

3.9. Propositions opérationnelles pour un dispositif d'accompagnement senior

3.9.1. Un continuum éducatif qui commence en entreprise dès 50 ans

Conformément aux recommandations de Verré (1997), des actions de prévention du risque routier devraient être systématiquement intégrées dans les plans annuels de prévention des risques professionnels des entreprises, dès 50 ans, financées sur les budgets de formation continue ou par les organismes de prévoyance. Ces actions, portées conjointement par les écoles de conduite partenaires, les services de santé au travail et les organismes de prévoyance (Malakoff Humanis, MACIF), permettraient d'amorcer le dialogue sur les pratiques de conduite et les stratégies d'adaptation bien avant que des limitations ne se manifestent.

3.9.2. Un bilan de conduite personnalisé à 65 ans, fondé sur le statut de fragilité

Un bilan de conduite personnalisé et non punitif devrait être proposé systématiquement à tous les conducteurs atteignant 65 ans. Ce bilan, réalisé en école de conduite labellisée, s'appuierait sur les outils de repérage de la fragilité validés par la Haute Autorité de Santé - robuste, pré fragile, fragile, dépendant - (Fried, 2001) pour moduler le suivi selon le statut réel de chaque conducteur plutôt que sur le seul âge chronologique. Il déboucherait sur un plan d'accompagnement personnalisé et gradué, et non sur une décision d'aptitude.

3.9.3. Un réseau d'écoles de conduite labellisé « Accompagnement Senior Conduite »

Dans la continuité du projet « Merci Julie » développé par le réseau ECF, un label national « Accompagnement Senior Conduite » pourrait être déployé à l'ensemble des écoles volontaires. Ce label garantirait une formation spécifique des enseignants, un contenu de stage structuré (bilan, conseils individualisés, sensibilisation à la déprise progressive, conduite douce) et une capacité à travailler en partenariat avec les acteurs locaux (collectivités, assureurs, mutuelles, gérontologie). L'école labellisée deviendrait un interlocuteur de référence dans le système d'accompagnement senior, sans se substituer aux acteurs médico-sociaux mais en jouant pleinement son rôle de pivot pédagogique de proximité.

3.9.4. Le permis aménagé : un outil intermédiaire à valoriser

Les codes harmonisés européens (05.01 trajets de jour, 05.02 périmètre géographique, 05.07 sans autoroute, 01.06 correction visuelle) figurent déjà dans la réglementation française (arrêté du 20 avril 2012) mais sont très peu utilisés. Un effort de formation des médecins agréés par les préfectures et de diffusion auprès des généralistes et spécialistes permettrait d'augmenter significativement le recours au permis aménagé et de réduire les retraits abusifs. Le modèle CARA démontre qu'il est possible de maintenir une autonomie de déplacement locale significative même pour un conducteur de 86 ans présentant des limitations cognitives avérées.

3.9.5. Un guichet unique territorial « Mobilité Senior »

Porté par les collectivités territoriales - communes, communautés de communes ou départements - en partenariat avec les auto-écoles et les services de gérontologie, un guichet unique territorial « Mobilité Senior » permettrait de recenser, d'informer et d'orienter les seniors vers les ressources disponibles : bilan de conduite, stage de remise à niveau, transport à la demande, covoiturage solidaire, adaptation du véhicule. Des partenariats avec Malakoff Humanis, la MACIF et d'autres acteurs de la Silver économie permettraient de financer des bilans gratuits pour les seniors aux revenus modestes.

3.9.6. La conduite douce et durable comme axe pédagogique

Les seniors, dont la recherche de sensations fortes n'est plus le moteur principal du comportement au volant, sont naturellement réceptifs à une culture de la conduite douce et économe, qui présente un triple avantage : sécuritaire (réduction de la vitesse et de la prise de risque), environnemental (réduction des émissions) et économique (réduction de la consommation de carburant). Des ateliers de conduite douce, intégrés aux stages de formation senior dans les écoles de conduite labellisées, constitueraient un levier efficace articulant sécurité routière et transition écologique.

3.9.7. Une expérimentation territoriale et une évaluation indépendante

La transposition de la directive 2025/2205 doit s'appuyer sur une démarche expérimentale rigoureuse. Plusieurs territoires pilotes - urbains, périurbains et ruraux - pourraient expérimenter différentes modalités du dispositif : prévention à 50 ans en entreprise, bilan à 65 ans en école de conduite labellisée, guichet unique territorial. Un suivi longitudinal indépendant permettrait d'évaluer l'impact de ces dispositifs sur l'accidentalité, la mobilité des seniors et leur qualité de vie avant toute généralisation.

Propositions opérationnelles - Dispositif d'accompagnement senior intégré

- Continuum éducatif débutant à 50 ans : prévention du risque routier en entreprise dans les plans de formation et de prévention (Vérré, 1997)
- Bilan de conduite personnalisé et non punitif à 65 ans, fondé sur le statut de fragilité (HAS) - plan d'accompagnement individualisé
- Label national Accompagnement Senior Conduite pour les écoles de conduite (dans la continuité du stage Merci Julie / ECF / Silver économie)
- Développement du permis aménagé via les codes harmonisés européens (05.01, 05.02, 05.07, 01.06) - l'âge n'est pas un critère (CARA/IBSR)
- Guichet unique territorial Mobilité Senior porté par les collectivités (communes, EPCI, départements) en partenariat avec les écoles de conduite et la gérontologie
- Partenariats assureurs/mutuelles (MACIF, Malakoff Humanis / Silver économie) pour financer les bilans des seniors modestes
- Ateliers de conduite douce et économique intégrés aux stages de formation senior
- Adaptation de l'infrastructure routière à la lisibilité et à la sécurité des seniors
- Implication des concessionnaires automobiles dans la prise en main des véhicules adaptés
- Expérimentation territoriale pilote - évaluation longitudinale indépendante avant généralisation

3.10. La recommandation du CNSR relative à l'auto-questionnaire d'aptitude à la conduite des seniors

Le 17 septembre 2026, le Conseil national de la sécurité routière (CNSR) a présenté la recommandation n° 3 de sa commission « Santé, addictions, déviances comportementales, aptitude à la conduite, prise en charge des victimes routières », relative aux modalités de l'auto-questionnaire d'aptitude à la conduite. Ce dispositif est envisagé comme mesure alternative à l'examen médical systématique prévu par la Directive (UE) 2025/2205 du 22 octobre 2025 relative au permis de conduire, pour les catégories de permis A, A1, A2, AM, B, B1 et BE, les États membres devant transposer ce cadre au plus tard le 26 novembre 2029. Dans la continuité des orientations développées dans le présent rapport en faveur d'un accompagnement individualisé et progressif des conducteurs seniors, la commission formule huit axes de recommandation, synthétisés ci-après.

3.10.1. Une finalité préventive, non une sanction

L'auto-questionnaire doit s'inscrire dans une démarche globale de prévention, de sensibilisation et de responsabilisation des conducteurs, et non constituer un outil isolé ni une simple formalité administrative. Son objectif est de développer le réflexe d'auto-questionnement de l'aptitude médicale à conduire, de favoriser le dialogue avec les professionnels de santé et, lorsque la situation le justifie, d'orienter vers une évaluation médicale protectrice pour le conducteur comme pour les autres usagers. La commission recommande, sous réserve de l'accord de l'utilisateur, l'intégration des résultats dans « Mon espace santé », support de dialogue avec le médecin traitant.

3.10.2. Un dispositif déclaratif à vocation d'orientation

Rempli en ligne par le conducteur lors de la délivrance ou du renouvellement du permis, le questionnaire est obligatoire et déclaratif : l'utilisateur engage sa responsabilité en certifiant la sincérité de ses réponses. Son traitement informatisé et sécurisé, assuré sous la responsabilité du

ministère chargé des droits à conduire, permet soit de confirmer le droit à conduire, soit d'orienter le conducteur vers un médecin agréé, lequel peut solliciter des évaluations complémentaires (simulateur de conduite, conduite en situation réelle, stage de remise à niveau) sans que celles-ci ne se substituent à l'examen médical.

3.10.3. Un contenu accessible et scientifiquement validé

Élaboré par un collège pluridisciplinaire et scientifiquement validé, l'auto-questionnaire doit respecter les principes du FALC (facile à lire et à comprendre), être centré sur les troubles visuels, neuro-moteurs, cognitifs et de l'état de conscience ainsi que sur les pathologies visées à l'annexe III de la Directive (UE) 2025/2205, et garantir une restitution claire du résultat, assortie de ressources adaptées au conducteur.

3.10.4. Une périodicité évolutive avec l'avancée en âge

Point le plus directement lié à la problématique du présent rapport, la commission recommande une périodicité évolutive de l'auto-questionnaire, plus fréquente au fil de l'avancée en âge, en cohérence avec l'augmentation possible - constatée après audition de médecins gériatres - de pathologies susceptibles d'altérer l'aptitude médicale à la conduite. Le seuil d'âge à partir duquel la fréquence devrait être resserrée reste à déterminer par un collège d'experts en gériatrie. Cette approche rejoint la logique du continuum éducatif et du bilan de conduite proposés en 3.9 du présent rapport : elle vise à inscrire l'aptitude médicale à la conduite dans une démarche normale et banale de suivi tout au long de la vie, plutôt que comme une remise en cause brutale des capacités liée au seul critère de l'âge.

3.10.5. Accompagner pour ne pas exclure

La commission recommande le déploiement de solutions d'accompagnement au remplissage du questionnaire pour les publics isolés ou peu à l'aise avec la dématérialisation (Maisons France services, associations), ainsi qu'un accès facilité à un parcours d'accompagnement coordonné, mobilisant employeurs, caisses de retraite, collectivités territoriales et professionnels de santé - en particulier à l'approche du départ à la retraite, période charnière pour anticiper l'évolution de la mobilité.

3.10.6. Communiquer pour favoriser l'acceptabilité

Une communication nationale, anticipée et pédagogique, est jugée indispensable pour favoriser l'acceptabilité du dispositif, notamment en expliquant son caractère obligatoire d'origine européenne et son calendrier, incluant le renouvellement progressif des permis au format « trois volets », dont la validité expire le 19 janvier 2033.

3.10.7. Expérimenter avant de généraliser

Avant toute généralisation, la commission préconise une évaluation scientifique et technique du dispositif, puis son expérimentation dans plusieurs départements représentatifs de la diversité des populations et des territoires (urbains, ruraux, ultramarins) - une recommandation qui fait écho à celle formulée en 3.9.7 du présent rapport en faveur d'une expérimentation territoriale et d'une évaluation indépendante.

3.10.8. Évaluer pour garantir l'efficacité du dispositif

Enfin, la commission recommande une évaluation régulière du dispositif, portant à la fois sur son fonctionnement (compréhension, accessibilité, acceptabilité, nombre d'orientations vers une

évaluation médicale) et sur ses effets (impact sur l'accidentalité et sur le suivi médical des conducteurs concernés).

Conclusion

La conduite automobile des seniors n'est pas un problème à résoudre, mais un défi à accompagner. L'adoption de la Directive (UE) 2025/2205 le 22 octobre 2025 marque une étape décisive dans l'évolution du cadre réglementaire européen, en mettant fin au principe du permis à vie et en reconnaissant la spécificité des conducteurs de plus de 65 ans. Mais cette réforme ne trouvera sa pleine efficacité que si elle s'inscrit dans une politique d'accompagnement global, fondée sur les données de la recherche scientifique et guidée par un impératif éthique : préserver la mobilité des seniors le plus longtemps possible dans les meilleures conditions de sécurité, sans jamais oublier que la mobilité est un facteur de santé, d'autonomie et de dignité.

Les données statistiques nous rappellent que les conducteurs seniors ne sont pas, dans leur grande majorité, les dangers que le débat public tend parfois à dépeindre. Rapporté au nombre de titulaires de permis, le risque d'implication dans un accident corporel des 65-84 ans est l'un des plus bas de toutes les classes d'âge, et selon les données québécoises les plus rigoureuses sur ce point, ce n'est qu'à partir de 90 ans que ce risque rejoint le niveau observé chez les jeunes adultes, d'autres méthodes de mesure situant ce seuil plus tôt. Les seniors développent spontanément des stratégies compensatoires remarquables, et constituent une catégorie de conducteurs dont la vulnérabilité principale n'est pas la dangerosité, mais la fragilité physique face aux conséquences d'un accident - qu'ils soient conducteurs, passagers ou piétons.

L'expérience danoise du dépistage cognitif généralisé constitue un avertissement scientifique de première importance pour la transposition française de la directive européenne : un contrôle mal calibré, qui retirerait des permis sans offrir d'alternative de mobilité sûre, peut paradoxalement dégrader la sécurité routière globale en reportant les déplacements des seniors concernés vers des modes où leur vulnérabilité physique est encore accrue. C'est tout le sens du changement de paradigme proposé par la recherche internationale : substituer à la logique d'élimination des conducteurs à risque une logique de prolongation de la carrière de conduite sécuritaire, combinée à un renforcement parallèle de la sécurité des usagers âgés non protégés.

La temporalité de l'action est décisive, et elle appelle une gradation plutôt qu'une réponse uniforme. Le continuum éducatif préconisé par Verré (1997) reste le cadre le plus solide pour penser une politique efficace : une sensibilisation générale dès 50 ans, ouverte à tous les conducteurs au nom de la prévention du risque routier à tout âge et non d'un danger propre aux seniors ; un accompagnement renforcé et individualisé pour les publics fragiles, fondé sur un bilan de conduite personnalisé à 65 ans qui s'appuie sur le statut de fragilité réel plutôt que sur l'âge chronologique ; une anticipation de la déprise automobile progressive, bien avant qu'elle ne devienne urgente. Les écoles de conduite sont le lieu de proximité le plus légitime pour porter ce continuum dans les territoires - en partenariat avec les collectivités, les assureurs, les mutuelles et les acteurs de la Silver économie. Mais la légitimité territoriale ne suffit pas à elle seule : c'est la triangulation des regards - professionnel de santé, enseignant de la conduite, et le senior lui-même dans l'évaluation de ses propres pratiques - qui donne à l'accompagnement toute sa fiabilité, chacun apportant une expertise qu'aucun des trois ne peut porter seul. Conduire après 65 ans, c'est rester dans le monde. La politique publique qui s'engage a la responsabilité de rendre cela possible le plus longtemps possible, en toute sécurité.

Bibliographie

Recherches scientifiques et rapports académiques

- Assailly, J.-P., Bonin-Guillaume, S., Mohr, A., et al. (2006). Le conducteur âgé. *Presse Médicale*, 35, 941-947.
- Bédard, M., Weaver, B., Darzin, P., et al. (2008). Predicting driving performance in older adults: we are not there yet! *Traffic Injury Prevention*, 9, 336-341.
- Boccara, V., Vidal-Gomel, C., & Rogalski, J. (2008). Travaux sur l'apprentissage de la conduite et la pédagogie tutorée. *Revue d'Ergologie*.
- Bonin-Guillaume, S. (2013). Fragilité des conducteurs et des piétons âgés. Communication aux 26^{es} Entretiens du Centre Jacques Cartier, « Les Aînés et la Sécurité routière », Lyon, 26-27 novembre 2013.
- Cardinal, L., Langlois, M.-A., Gagné, D., & Tourigny, A. (2008). Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale / Institut national de santé publique du Québec.
- Carnis, L. (2014). Les conditions d'une politique de sécurité routière durable ? L'exemple de la politique d'automatisation des contrôles routiers en France. Dans *Mobilités et transports durables : des enjeux sécuritaires et de santé* (p. 153-172). L'Harmattan.
- Classen, S., Horgas, A., Awadzi, K., Messinger-Rapport, B., Shechtman, O., & Joo, Y. (2008). Clinical Predictors of Older Driver Performance on a Standardized Road Test. *Traffic Injury Prevention*, 9(5), 456-462.
- Drulhe, M., & Pervanchon, M. (2004). Le vieillissement à l'épreuve de la conduite : s'arrêter au nom de la santé (p. 91-103). Presses de l'EHESP.
- Durand, P. J. (2013). Aînés et sécurité routière : à propos des risques. Communication aux 26^{es} Entretiens du Centre Jacques Cartier, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Lyon, 26-27 novembre 2013.
- Gagnon, S. (2010). Le vieillissement réussi et la conduite automobile : et si la relation était bidirectionnelle ? *Revue de Neuropsychologie*, 2(2), 98-99.
- Gaymard, S. (dir.). (2019). *Psychologie sociale appliquée aux grandes thématiques contemporaines : Sécurité routière, religion, environnement, discrimination, travail* (p. 13-70). L'Harmattan.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2013). Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Points clés et solutions, organisation des parcours.
- Hernja, G. (2023). Les seniors peuvent-ils se passer de leurs voitures ? *Isidore.science*.
- Kim, S., Jeong, S. N., Jung, M., Eom, Y., Kim, J., Yang, M.-e., & Kim, J. A. (2026). A Collaborative Occupational Therapy-Instructor Model for Driving Evaluation of Persons with Disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 23(5), 566.
- Lafont, S., & Coquillat, A. (2012). Véhicule Occupant Infrastructure Études de la sécurité des Usagers de la route (VOIESUR) - Tâche 4.7 : Les seniors. Analyse des procès-verbaux d'accidents corporels et mortels de la circulation en France, année 2011. Projet ANR-VOIESUR.
- Marottoli, R. A., Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., et al. (2000). Consequences of driving cessation: Decreased out-of-home activity levels. *Journal of Gerontology B Psychological Sciences*, 55, 334-340.
- Mathias, J. L., & Lucas, L. K. (2009). Cognitive predictors of unsafe driving in older drivers: a meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 21, 637-653.
- Morley, J. E., et al. (2013). Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA)*.
- Otte, T. (2013). L'aptitude à la conduite des seniors : l'approche belge. Communication aux 26^{es} Entretiens du Centre Jacques Cartier, Institut Belge pour la Sécurité Routière (IBSR/CARA), Lyon, 26-27 novembre 2013.
- Parker, D., Reason, J. T., Manstead, A. S. R., & Stradling, S. G. (1995). Driving errors, driving violations and accident involvement. *Accident Analysis & Prevention*.
- Perez-Diaz, C. (2003). Théorie de la décision et risques routiers (p. 143-160). Presses Universitaires de France.
- Ragland, D. R., Satariano, W. A., & MacLeod, K. E. (2005). Driving cessation and increased depressive symptoms. *Journal of Gerontology A-Biological Sciences*, 60, 399-405.

- Robertson, R., & Vanlaar, W. (2008). Stakeholder and public opinion on countermeasures for elderly and young drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 40, 1982-1986.
- Rowe, J. W., & Fried, L. P. (2013). Robustness, frailty and the continuum of aging. *Journal of Frailty and Aging*.
- Siren, A., & Meng, A. (2012). Cognitive screening of older drivers does not produce safety benefits. *Accident Analysis and Prevention*, 45, 634-638.
- Théodore, V. J. (2000). Personnes âgées et conduite automobile : typologie des accidents des conducteurs âgés sociétaires MAIF. MAIF.
- TRAHS / Université de Limoges - Auxilia (2021). Mobilité des personnes âgées dans les territoires ruraux : quelles perspectives en France ?
- Vérré, J. (1997). Table Ronde sur la formation des usagers de la route et la formation des conducteurs - Rapport remis au Ministre de l'Équipement, des Transports et du Logement. Gouvernement français.

Sources HAL / Archives ouvertes

- Joël Meissonnier, Fabrice Hasiak, Maria Tebar. Le paradoxe du grand âge : réduire sa vitesse pour ne pas ralentir - le cas de la métropole lilloise. Rencontres Francophones Transport Mobilité (RFTM), Université de Luxembourg; Luxembourg Institute of Socio-economic Research, LISER, Jun 2022, Esch-sur-Alzette, Luxembourg. Séniors et enjeux de la réglementation européenne du permis de conduire. Archives ouvertes HAL. <https://hal.science/halshs-02202805>
- Faisabilité d'un protocole cognitif pour aider les médecins généralistes dans leurs conseils aux conducteurs seniors. Archives ouvertes HAL. <https://hal.science/hal-01305072>
- Jean-Christophe Paris, Thierry Bellet, Claude Marin-Lamellet, Maurice Cour, Serge Boverie, et al.. Assistance aux conducteurs âgés : Analyse de l'activité pour la conception de futures fonctions de monitoring de la conduite automobile. RTS. Recherche, transports, sécurité, 2015, Conducteurs âgés, 2014 (04), pp. 227-243.

Institutions et sources officielles

- Cerema. (2014). Les seniors : un enjeu pour les politiques de déplacements. Documentation Cerema.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). (novembre 2012 ; automne 2013). Pour une conduite adaptée à sa santé : médecins, quel est votre rôle ? Santé et conduite : posez-vous la question, et parlez-en !
- Conseil national de la sécurité routière (CNSR), Commission Santé, addictions, déviances comportementales, aptitude à la conduite, prise en charge des victimes routières. (2026). Recommandation relative aux modalités de l'auto-questionnaire d'aptitude à la conduite, préalable à la délivrance et au renouvellement du permis de conduire, en tant que mesure alternative à l'examen médical systématique prévu par la Directive (UE) 2025/2205 (validée en bureau du CNSR le 26 août 2026, présentée le 17 septembre 2026). Document de travail.
- Détraigne, Y. (2013). Rapport n° 637 (2012-2013) fait au nom de la commission des lois, sur la proposition de loi n° 605 (2011-2012) visant à instituer une évaluation médicale à la conduite pour les conducteurs de 70 ans et plus, déposé le 5 juin 2013. Sénat. https://www.senat.fr/rap/l12-637/l12-637_mono.html
- Directive (UE) 2025/2205 du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2025 relative au permis de conduire, abrogeant la directive 2006/126/CE.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2008). Cadre de référence du vieillissement en santé.
- INSERR. (2014). Étude sur les médecins agréés pour les visites médicales liées à la conduite.
- Observatoire de la sécurité routière. (2006). Accidents corporels en fonction du mode d'usage de la route après 65 ans.
- ONISR. (2015). Bilan annuel de la sécurité routière (p. 64-67). Observatoire national interministériel de la sécurité routière, Ministère de l'Intérieur.
- ONISR. (2018). Bilan annuel de la sécurité routière (p. 92-93). Observatoire national interministériel de la sécurité routière, Ministère de l'Intérieur.
- ONISR. (2025). La sécurité routière en France : Bilan 2024. Ministère de l'Intérieur.
- Parlement européen, communiqué de presse TRAN (21 octobre 2025). Moderniser les règles de conduite de l'UE pour améliorer la sécurité routière.

Service-Public.fr. (30 octobre 2025). Bientôt la fin du permis de conduire à vie. Direction de l'information légale et administrative.

Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). (2012). Données statistiques sur les accidents et victimes selon l'âge, moyenne 2006-2010 et 2011.

Valletoux, F. (2025). Proposition de loi n° 1147 visant à mettre en place une visite médicale de contrôle à la conduite pour les conducteurs de véhicule terrestre à moteur, déposée le 18 mars 2025, non adoptée. Assemblée nationale, 17^e législature. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b1147_proposition-loi

Présentation du LEEM

Qu'est-ce que ECF Le LEEM (laboratoire d'études pour l'éducation à la mobilité) ?

ECF Le LEEM est le laboratoire de recherche et développement rattaché à ECF. Sa vocation est d'étudier et de renforcer les connaissances et les capacités d'action sur la mobilité et la prévention des risques routiers. Il sert de base scientifique et pédagogique aux différentes initiatives du groupe, notamment via sa branche ECF Prévention. ECF Le LEEM est reconnu pour ses études sur la mobilité, les comportements des usagers de la route et l'amélioration de la sécurité routière.

Son rôle au sein du groupe ECF

- Territoire d'expérimentation pédagogique : le LEEM fournit à ECF les outils, données et méthodes nécessaires pour concevoir des programmes innovants, e-learning, webinaires, sensibilisation à l'écoconduite, etc.
- Recherche appliquée : il accompagne les démarches d'anticipation des nouveaux usages (vélo, trottinette électrique, voitures sans permis) et la transformation des comportements de mobilité vers plus de sécurité et de durabilité.
- Recherche collaborative et partenariats sur projets de recherche.
- Innovation pédagogique : il nourrit la conception de modules de formation adaptés aux nouveaux besoins.
- Appui scientifique et stratégique : il apporte une expertise méthodologique pour prévenir les risques routiers et favoriser des pratiques de mobilité durables.
- Communication : participation à des colloques, à des instances de décision et de réflexion concernant la mobilité.
- Implication territorialisée et inclusive : il travaille à adapter les solutions aux besoins locaux, notamment dans les zones moins desservies ou pour des publics spécifiques.

En résumé

Le LEEM ECF est le centre de réflexion et d'expérimentation de l'École de Conduite Française. Il permet au groupe de concevoir des programmes de formation, de prévention et de recherche toujours plus pertinents, tout en s'adaptant aux innovations technologiques et aux enjeux sociétaux en matière de mobilité.



Laboratoire d'Étude
pour l'Éducation à la Mobilité

Contactez-nous !

ECF
4 place Sadi Carnot, 13002 Marseille
04 91 32 31 00 | siege@ecf.asso.fr

ecf.asso.fr

Suivez-nous sur les réseaux sociaux

