

L'ÉVALUATION MÉDICALE DE L'APTITUDE À CONDUIRE UN VÉHICULE AUTOMOBILE

Guide d'exercice |

du Collège des médecins du Québec



MARS 2007



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité
au service du public*

Société de l'assurance
automobile

Québec 

Table des matières

Introduction	5
Le rôle du médecin	6
L'observation: il n'y a pas une minute à perdre!	8
Questions en bref	10
L'examen physique: préciser les anomalies à rechercher	12
Après mûre réflexion	13
Tous pour un: des ressources pour l'évaluation fonctionnelle complémentaire	15
Classes de permis et considérations particulières	16
Quand le secret professionnel peut être « partagé »	18
Les solutions de rechange	19
Bibliographie	20



Introduction

Si la sécurité routière est l'affaire de tous, la question interpelle particulièrement les médecins, qui ont à évaluer l'aptitude de leurs patients à conduire un véhicule automobile. C'est en effet au médecin que la famille s'adresse lorsqu'elle entretient des doutes concernant la conduite automobile d'un parent âgé. Il doit alors être en mesure de leur répondre de façon éclairée. En outre, c'est le médecin qui est responsable de remplir le formulaire « Rapport d'examen médical sur l'aptitude physique et mentale à conduire un véhicule routier de façon sécuritaire » (M-28) émis par la Société de l'assurance automobile du Québec (La Société).

Le guide *L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile*, dont la présentation se rapproche de la démarche clinique utilisée au quotidien, vise à fournir aux médecins les outils nécessaires pour évaluer l'aptitude de leurs patients à conduire un véhicule automobile. Ce document ne fournit pas des réponses à toutes les questions mais, par sa simplicité et sa concision, il constitue un outil appréciable pour procéder à une évaluation de qualité.

La première partie du guide présente des conseils pour l'observation visuelle de la personne qui doit être évaluée. Cette étape permet au clinicien d'établir un premier contact avec cette personne, mais aussi d'évaluer sommairement les divers éléments qui témoignent de sa condition physique.

La deuxième partie comprend des exemples de questions à poser au patient, relativement à la raison de la consultation. Ces questions permettront aux médecins de définir certains éléments essentiels de l'examen physique, lequel fait l'objet de la troisième partie du document.

Enfin, la quatrième partie présente des ressources disponibles, une liste des tests complémentaires et les mesures à prendre dans des circonstances particulières.



Le rôle du médecin

Le médecin est appelé à jouer un rôle primordial et unique dans l'évaluation de la capacité d'une personne de conduire un véhicule automobile. Cependant, contrairement à la croyance populaire, il ne lui appartient pas de décider du retrait du permis de conduire d'un patient ; il doit plutôt dépister et évaluer des atteintes cognitives, sensorielles, neurologiques et locomotrices, afin d'en faire part à la Société. En effet, seule la Société peut prendre la décision de maintenir, de délivrer ou de suspendre des permis de conduire.

La conduite automobile est une tâche complexe, qui exige un état mental vif et alerte. Pour avoir de bons réflexes et prendre des décisions rapides, le conducteur doit être capable d'évaluer simultanément les nombreux éléments qui composent son environnement, surtout les éléments visuels. Le médecin est souvent le premier à dépister, lors de la consultation individuelle avec le patient, les problèmes de santé qui risquent d'affecter sa capacité de conduire. C'est pourquoi il doit questionner le patient sur les activités de la vie quotidienne (AVQ). Tout déficit lié à ces activités doit être considéré comme un signal d'alarme. De même, toute pathologie pouvant ralentir la vitesse d'analyse et retarder la réponse à une situation donnée doit être évaluée par rapport à ses répercussions sur la conduite automobile. La réaction à la maladie est individualisée ; l'évaluation du médecin doit l'être tout autant.

Comme la conduite automobile implique de nombreux automatismes, une personne dont l'autonomie est réduite de façon importante peut réussir à diriger un véhicule routier. Par contre, la conduite automobile dépasse de beaucoup les capacités d'une telle personne, et le moindre imprévu sera susceptible d'entraîner des conséquences désastreuses. Un véhicule routier peut blesser et provoquer la mort. Aussi, au moment d'évaluer l'aptitude d'une personne à conduire, le médecin doit-il se comporter comme s'il évaluait sa capacité à utiliser une arme ou un instrument dangereux.

Grâce à l'utilisation d'un questionnaire approprié, le médecin pourra dépister des éléments susceptibles de compromettre l'aptitude à conduire. Cette première évaluation doit être suivie d'une évaluation approfondie de chaque indice. Des tests simples peuvent servir à une évaluation sommaire des capacités cognitives et motrices. Pour procéder à une évaluation approfondie, le médecin peut faire appel à d'autres ressources. La conduite automobile étant un privilège et non un droit, le recours à ces ressources peut alors entraîner des coûts non négligeables pour le patient.

Un traitement, tout comme les examens paracliniques, peuvent perturber temporairement la capacité de conduire. La dilatation de la pupille lors d'un examen ophtalmologique, par exemple, peut embrouiller la vision du conducteur. Est-ce que tous les médecins prennent la peine de vérifier, avant d'effectuer une dilatation, si la personne est accompagnée d'un autre conducteur ? Toute intervention médicale, même si ses effets ne sont que temporaires, peut également entraîner des conséquences néfastes sur la capacité de conduire d'une personne. Le médecin doit donc demeurer vigilant et bien apprécier ces situations, pour ensuite conseiller son patient en fonction des effets temporaires ou permanents d'une intervention.

Le médecin est souvent le premier à dépister, lors de la consultation individuelle avec le patient, les problèmes de santé qui risquent d'affecter sa capacité de conduire.

Ainsi, en tout temps, le médecin doit tenir compte des conséquences possibles sur la conduite automobile. Il doit anticiper les problèmes afin de contrer leurs répercussions sur le patient et, conséquemment, sur les autres usagers de la route. Il doit aussi prendre les mesures qui s'imposent afin que la Société puisse décider, en toute connaissance de cause, de l'ajout de conditions et de l'attribution ou du retrait du permis de conduire.

La nécessité de bien dépister les problèmes affectant la capacité de conduire vise tous les types de clientèles. En effet, les personnes âgées ne sont pas les seules aux prises avec des pathologies pouvant diminuer leurs facultés ; on peut être sujet à une diminution de la capacité de conduire à tout âge.

La décision que prendra la Société repose sur la qualité des données fournies. Afin que cette décision soit la plus objective possible, le médecin qui évalue un patient en lien avec sa capacité de conduire doit tout faire pour que les données qu'il fournit soient claires et pertinentes. Néanmoins, lorsqu'il le juge utile, le médecin doit recommander à un patient de cesser de conduire son véhicule.



L'observation : il n'y a pas une minute à perdre !

Dès les premières minutes de la rencontre médecin-patient, l'observation permet au médecin d'amasser une quantité impressionnante de renseignements. Cette première collecte est visuelle et s'effectue selon un mode automatique, sans que le médecin en apprécie consciemment toute la portée, et permet de ne pas prolonger indûment le processus d'évaluation.

- Lorsqu'un médecin appelle un patient assis dans la salle d'attente, il est très instructif d'observer l'attitude de ce dernier : *A-t-il entendu le médecin l'appeler ? S'est-il prestement dirigé vers lui ?*
- La démarche du patient, avec ou sans aide, la vitesse de ses déplacements, la posture de son corps et son équilibre fournissent au médecin des données préliminaires sur la motricité de ses membres inférieurs, et davantage.
- Dès le premier coup d'œil, certains indices peuvent faire soupçonner au médecin des maladies du système nerveux central ou de l'appareil locomoteur (accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, sténose spinale, arthrite, etc.). Il doit alors se demander : *La fonction des membres inférieurs permet-elle au patient d'utiliser correctement les diverses commandes d'un véhicule ?*
- En tendant la main à son patient, le médecin porte attention à la mobilité du membre supérieur droit et à la force de préhension de sa main. Il se demande : *Une incapacité fonctionnelle du bras est-elle susceptible de compromettre les manœuvres du volant ou des autres commandes ?*
- L'apparence générale du patient invité à s'asseoir dans le bureau du médecin est importante pour la collecte de données. Il faut observer l'aisance du transfert lorsqu'il s'assoit et observer : *Porte-t-il des lunettes ? Son hygiène semble-t-elle déficiente ? Sa tenue vestimentaire est-elle négligée, inappropriée ?*

Toutes ces données peuvent signaler qu'il y a atteinte ou non des diverses fonctions, notamment les fonctions intellectuelles.

- Lors des premiers échanges verbaux, outre la posture de la tête et les mouvements des yeux, il y a lieu d'observer le visage du patient : *Est-il asymétrique ? Existe-t-il une ptose palpébrale ?* Il faut aussi porter attention à la façon dont il s'exprime : *Son langage est-il fluide ? Ses propos sont-ils cohérents ?*
- L'état d'éveil est-il normal ou présente-t-il plutôt la possibilité d'un déficit de la vigilance : *Y a-t-il de l'apnée du sommeil, de la narcolepsie, des effets indésirables de la médication ?*
- Des mouvements anormaux, des tics, des tremblements, des dyskinésies peuvent révéler une atteinte neurologique : *Le patient semble-t-il déprimé, ralenti, agité ? Son comportement est-il avenant ou plutôt hostile ? Respecte-t-il les convenances sociales ?*

Avant même d'avoir questionné le patient et de connaître ses antécédents médicaux, toutes ces observations permettront de relever les indices d'un trouble visuel, auditif, mental, locomoteur ou neurologique. Et ce, sans perdre une minute !

Avant même d'avoir questionné le patient et de connaître ses antécédents médicaux, plusieurs observations permettront de relever les indices d'un trouble visuel, auditif, mental, locomoteur ou neurologique. Et ce, sans perdre une minute!

Le lien entre ces éléments et les fonctions requises pour la conduite automobile doit être établi. La démarche, l'apparence générale, la poignée de main, la façon de s'asseoir et de s'exprimer ainsi que le comportement sont autant d'éléments observables qui renseignent le médecin sur les fonctions cognitives du patient, tout comme la motricité, l'audition et la vision (tableau I).

Tableau I L'observation du conducteur

ÉLÉMENTS D'OBSERVATION	FONCTIONS REQUISES POUR LA CONDUITE AUTOMOBILE
Marche, de la salle d'attente au bureau du médecin <ul style="list-style-type: none"> • Démarche • Vitesse de la marche • Aides à la marche • Posture du corps • Équilibre • Paralysie 	Motricité des membres inférieurs par rapport au contrôle des commandes d'un véhicule
Apparence générale <ul style="list-style-type: none"> • Propreté • Apparence négligée • Hémiplégie • Mouvements anormaux (tremblements, tics, etc.) • Lunettes 	Fonctions mentales (perception, mémoire, jugement, etc.) Motricité, coordination
Poignée de main <ul style="list-style-type: none"> • Force • Mobilité du membre supérieur 	Motricité des membres supérieurs par rapport au contrôle d'un volant et d'autres commandes
Position assise <ul style="list-style-type: none"> • Transfert, équilibre 	Motricité des membres supérieurs et des membres inférieurs
Conversation <ul style="list-style-type: none"> • Audition • Dysarthrie, langage • Cohérence du discours • Confusion • Symétrie du visage • Ptose des paupières • Mouvements des yeux • Posture de la tête • État d'éveil 	Fonctions mentales Audition, vision
Comportement <ul style="list-style-type: none"> • Hostilité • Humeurs • Convenances sociales 	Fonctions mentales (jugement, réaction, etc.)



Questions en bref

L'observation rapide peut avoir soulevé le doute chez le médecin relativement à l'aptitude du patient à conduire un véhicule automobile. Si ce dernier présente des troubles mnésiques, le médecin aura pris la précaution de demander qu'une personne significative l'accompagne.

Certains problèmes médicaux sont susceptibles d'affecter l'aptitude à conduire. Le médecin pourra en déterminer une dizaine grâce à un questionnaire conçu à cette fin (tableau II). Il doit porter une attention particulière aux éléments qui prédisposent une personne à des troubles perceptuels ou qui les occasionnent ainsi qu'à ceux qui perturbent le jugement, les troubles cognitifs, les troubles moteurs et les troubles sensitifs.

Certains problèmes médicaux sont susceptibles d'affecter l'aptitude à conduire.

Le médecin pourra en déterminer une dizaine grâce à un questionnaire conçu à cette fin.

Tableau II Questionnaire à administrer au conducteur

ÉLÉMENTS DU QUESTIONNAIRE	FONCTIONS POUR CONDUIRE
<p>Antécédents personnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accident vasculaire cérébral • Diabète • Maladie cardiaque artériosclérotique • Arythmie, défibrillateur • Anévrisme (toute localisation) • Glaucome, cataracte, dégénérescence maculaire • Démence • Épilepsie • Maladies dégénératives 	Fonctions cognitives Motricité Vision
<p>Médication et abus de substances</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotropes (incluant benzodiazépines) • Antiarythmiques • Anticonvulsivants • Narcotiques • Alcool et drogues • Relaxants musculaires 	Fonctions cognitives (perception, mémoire, jugement, etc.) Motricité, coordination, vigilance
Problèmes d'audition¹ et de vision	Perception
Perte de conscience	Vigilance
<p>Perte de mémoire (à vérifier auprès d'un proche) Il est important d'interroger un proche quant à la capacité de conduire d'un patient, plus particulièrement s'il est âgé. Les proches peuvent émettre des doutes sérieux et relater des incidents dont le patient néglige d'informer le médecin ou qu'il a oubliés. Ces questions devraient être posées en son absence, ce qui permet d'éviter de mettre la famille dans l'embarras. Ce type de renseignement peut venir confirmer des doutes soulevés à l'examen.</p>	Fonctions cognitives
Douleur, limitation des mouvements du cou et du tronc	Motricité
Vertiges, étourdissements	Coordination et équilibre
<p>Symptômes cardiaques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palpitations • Étourdissements 	Vigilance
Modification de l'autonomie fonctionnelle (activités de la vie quotidienne et activités de la vie domestique)	Motricité Fonctions cognitives
<p>Conduite automobile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accidents, contraventions récentes • Changement dans les habitudes • Utilisation du véhicule : courses, longues distances • Autre conducteur disponible • Limitations volontaires (nuit, heures de pointe) 	Jugement, prise de décisions, adaptation

1. S'applique à certaines classes de permis de conduire.



L'examen physique : préciser les anomalies à rechercher

Même si l'observation et le questionnaire lui permettent de détecter la majorité des problèmes, le médecin clinicien sait qu'un examen minutieux peut révéler des éléments insoupçonnés. Il n'est donc pas superflu d'examiner le patient. Il faut alors porter une attention particulière aux éléments essentiels de l'examen physique — signes vitaux, vision, amplitude des mouvements du cou, battements cardiaques, examen de l'abdomen et des extrémités des membres, démarche, fonctions cognitives et capacités fonctionnelles — et préciser les anomalies à rechercher (tableau III).

Tableau III L'examen physique du conducteur

ÉLÉMENTS DE L'EXAMEN	ANOMALIES À RECHERCHER
Signes vitaux	<ul style="list-style-type: none">• Arythmie• Bradycardie significative• Hypotension
Vision	<ul style="list-style-type: none">• Amputation grossière des champs visuels (par confrontation)• Diminution de l'acuité visuelle
Amplitude des mouvements du cou	Diminution de la mobilité, difficulté à regarder par-dessus son épaule
Battements cardiaques	Souffle aortique avec baisse du B2 (sténose significative)
Abdomen	Anévrisme de l'aorte abdominale
Extrémités	<ul style="list-style-type: none">• Parésie• Baisse de sensibilité profonde• Limitation articulaire• Amputation
Démarche	<ul style="list-style-type: none">• Perte d'équilibre• Démarche antalgique• Démarche parétique• Utilisation d'une aide technique
Fonctions cognitives (si indiquées) <ul style="list-style-type: none">• Test de l'horloge• MMSE (Folstein)	<ul style="list-style-type: none">• Ralentissement psychomoteur• Baisse de l'attention• Difficulté dans l'alternance des concepts• Mauvaise planification

Après mûre réflexion

Ce patient présente-t-il un problème de santé pouvant diminuer l'aptitude à conduire ou rendre la conduite non sécuritaire ?

L'anamnèse et l'examen physique ont peut-être fait ressortir des problèmes de santé susceptibles d'affecter l'aptitude à conduire. À cette étape-ci de la démarche clinique, le médecin est en mesure de répondre à la question : *Existe-t-il un problème de santé pouvant diminuer l'aptitude à conduire ?*

Advenant une réponse positive, une seconde question s'impose : *Ce patient présente-t-il une condition pouvant rendre la conduite automobile non sécuritaire ?* Le médecin saura répondre adéquatement à cette question pour la plupart des problèmes de santé de ses patients. Pour ce qui est de juger du risque accru en matière de conduite automobile, il peut s'appuyer sur diverses normes. Bien qu'elles ne soient pas toutes fondées sur des données probantes, la plupart de ces normes sont considérées par les experts comme de bonnes assises médicales¹.

Si la gestion des problèmes de santé physique par rapport à l'aptitude à conduire est facile, il en est parfois autrement pour les maladies affectant les fonctions intellectuelles. Certaines situations, dans lesquelles l'atteinte modérée ou grave des fonctions intellectuelles empêche la conduite automobile, peuvent être facilement reconnaissables. Cependant, pour les personnes dont les déficits cognitifs sont moindres, les médecins ne disposent pas, dans les cabinets de consultation, des outils nécessaires pour établir l'aptitude à conduire. Par conséquent, ils doivent faire appel à d'autres ressources.

À noter que les experts sont unanimes : la démence, à un stade modéré ou grave, est incompatible avec la conduite automobile. La perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et dans les activités de la vie domestique marque le passage à un stade modéré de la démence, et il faut d'emblée envisager la cessation de conduire. Bien qu'une telle recommandation puisse bouleverser le patient et la famille, il apparaît essentiel d'en discuter avec eux. Le médecin aura à soutenir son patient dans cette épreuve et à l'orienter vers les ressources appropriées.

Certains patients paraplégiques peuvent continuer de conduire, malgré des limitations physiques, à condition que leur véhicule soit adapté en conséquence. Le médecin peut adresser ces patients aux ressources qui seront en mesure de déterminer les modifications mécaniques nécessaires à une conduite sécuritaire.

1. Ces normes sont présentées dans les guides d'évaluation des conducteurs, publiés par l'Association médicale canadienne et la Société. Pour ce qui est des problèmes cardiaques en lien avec la conduite automobile, les lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie peuvent être d'une grande aide.



Après avoir étudié le rapport du médecin, la Société lui communiquera sa décision en ce qui a trait à l'aptitude à conduire de son patient. Les exemples qui suivent montrent diverses possibilités.

EXEMPLE N° 1 : PROBLÈMES DE SURDITÉ

Un homme âgé de 58 ans vous consulte pour un problème de surdité. L'audiogramme confirme une baisse d'audition, possiblement imputable à un environnement de travail bruyant. Votre patient peut-il conduire ?

Selon les guides d'évaluation publiés par l'Association médicale du Canada (AMC) et la Société, la surdité ne constitue pas une incapacité empêchant automatiquement la conduite d'un véhicule de promenade. Toutefois, les exigences peuvent différer pour les chauffeurs professionnels. Dans ce cas, il revient à la Société d'analyser la situation et de prendre une décision. Le rôle du médecin se limite à lui communiquer l'information médicale la plus complète possible.

EXEMPLE N° 2 : PERTES DE MÉMOIRE

Une femme âgée de 75 ans vous consulte pour des pertes de mémoire. Votre évaluation mène au diagnostic de la maladie d'Alzheimer à un stade précoce. Les résultats au MMSE sont de 25/30; l'effet sur l'autonomie fonctionnelle est donc léger. Au questionnaire spécifique à la conduite automobile, rien n'indique un risque accru.

La documentation médicale laisse entendre qu'une certaine proportion des patients souffrant de démence conservent leur habileté à conduire au début de la maladie. Des tests spécifiques et une évaluation sur route permettront cependant de savoir si une personne malade est devenue inapte à conduire. Vous devrez soit diriger votre patiente vers les ressources appropriées, pour une évaluation fonctionnelle axée sur la conduite automobile, soit informer la Société de cette atteinte fonctionnelle. Dans ce dernier cas, la Société décidera du besoin d'une évaluation complémentaire pouvant comprendre un test sur route.

EXEMPLE N° 3 : Déficit intellectuel

Un jeune homme âgé de 19 ans atteint d'un déficit intellectuel de naissance souhaite obtenir un permis de conduire. On vous demande de remplir le formulaire « Rapport d'examen médical sur l'aptitude physique et mentale à conduire un véhicule routier de façon sécuritaire » (M-28). En plus de l'approche habituelle, vous devez vous enquérir de l'autonomie fonctionnelle du jeune homme, de ses capacités d'apprentissage et de son comportement social. Est-il émotionnellement stable, socialement responsable ?

Vous reconnaîtrez probablement le patient présentant un déficit intellectuel incompatible avec la conduite automobile. Certains cas, qui vous paraîtront moins clairs, exigeront une évaluation fonctionnelle. Vous n'avez pas à assumer l'entière responsabilité de cette évaluation. Vous pouvez communiquer à la Société l'information dont vous disposez et demander une évaluation complémentaire.

Tous pour un : des ressources pour l'évaluation fonctionnelle complémentaire

Lorsqu'un médecin envisage de remettre en question la capacité de conduire d'un patient, il peut lui suggérer de subir une évaluation fonctionnelle. Cependant, il peut s'avérer difficile, dans certaines régions, d'accéder à des ressources habilitées à procéder à ce type d'évaluation.

- Lorsqu'un médecin demande une **évaluation fonctionnelle en ergothérapie**, il doit préciser que celle-ci est en lien avec la conduite automobile. Cette évaluation peut être faite par un ergothérapeute spécialisé en évaluation de la conduite. Le processus dure presque toute une journée. Il comprend une épreuve en salle, d'environ trois heures, suivie d'une épreuve sur route en compagnie d'un moniteur de conduite, dans une automobile équipée de doubles pédales. La durée de l'évaluation routière est variable mais, en règle générale, elle dure au moins une heure, après une période de familiarisation avec l'automobile.
- Une **évaluation en neuropsychologie** fournit une excellente appréciation de l'état cognitif d'un patient à la suite d'une évaluation en salle. Cependant, comme celle-ci ne comprend pas d'épreuve sur route, il faudra souvent compléter l'évaluation en ergothérapie, ce qui entraînera des coûts supplémentaires pour le patient.
- Une **consultation en médecine spécialisée** peut se révéler utile. Comme elle ne comprend toutefois pas une évaluation fonctionnelle incluant une épreuve sur route, il n'est pas toujours possible d'apprécier les effets d'une condition médicale sur la capacité de conduire.

Lorsqu'un médecin suggère un test sur route, la Société exige le plus souvent la réévaluation des compétences en centre de service. En effet, la réévaluation des compétences est le moyen qui permet de prendre position rapidement sur un conducteur pouvant constituer un risque sur le réseau routier. La réévaluation n'a pas pour but le retrait systématique du permis de conduire, mais l'évaluation des compétences et la correction, si possible, des mauvaises habitudes que le candidat peut avoir acquises et qui affectent la conduite sécuritaire d'un véhicule. À noter qu'il n'y a pas d'âge lié à la demande de réévaluation.

La réévaluation des compétences est le moyen qui permet de prendre position rapidement sur un conducteur pouvant constituer un risque sur le réseau routier.



Classes de permis et considérations particulières

Les considérations soulevées précédemment visent les conducteurs en général. Cependant, des particularités s'appliquent à diverses classes de permis.

Pour attribuer les permis de conduire, la Société utilise un système simple de classification. Les permis de conduire sont délivrés selon la classe auquel appartient le véhicule à conduire : camions articulés (classe 1), autobus (classe 2), camions non articulés (classe 3), véhicules d'urgence (classe 4A), minibus (moins de 24 passagers) (classe 4B) et taxis (classe 4C). Ces classes sont nommées « classes supérieures » étant donné qu'elles sont supérieures à la classe 5, soit celle des véhicules de promenade.

La conduite des véhicules des classes supérieures, notamment celle des chauffeurs professionnels et des conducteurs de motocyclette, est plus complexe que celle d'un véhicule de promenade. Par conséquent, les exigences médicales liées à l'obtention et au maintien d'un permis de l'une de ces classes sont plus grandes que pour les permis de la classe 5 (véhicules de promenade).

Chauffeurs professionnels

- Les chauffeurs de **camions articulés**, tels les chauffeurs d'autobus, ont souvent de très longs trajets à parcourir. Et, bien que la limite de conduite quotidienne ait été établie à 13 heures, ils conduisent parfois pendant 15 heures consécutives. Ils peuvent également être appelés à grimper sur leur véhicule, à manipuler des articles lourds et à faire d'autres gestes physiquement exigeants.
- La majorité des chauffeurs de **taxi** s'imposent, eux aussi, de longues heures de travail, ce qui peut être exténuant, en particulier dans un milieu urbain congestionné.

Il faut donc tenir compte de toutes ces particularités et, sécurité oblige, être plus stricts quant à l'état de santé des chauffeurs professionnels et commencer beaucoup plus tôt les contrôles médicaux statutaires.

- Les contrôles médicaux statutaires commencent particulièrement tôt pour les chauffeurs professionnels qui se rendent aux **États-Unis**. Ceux qui utilisent leur véhicule aux États-Unis doivent se soumettre également plus fréquemment à des contrôles que leurs confrères et consœurs qui ne quittent pas le Canada. Sans oublier les contraintes supplémentaires qu'imposent les États-Unis aux chauffeurs professionnels en ce qui concerne l'ouïe, le diabète traité à l'insuline et l'épilepsie. Alors qu'au Québec les patients diabétiques traités à l'insuline et ceux qui souffrent d'épilepsie peuvent conduire, à certaines conditions, un véhicule exigeant un permis de classe supérieure, ce privilège leur est refusé outre frontière. Et les États-Unis sont tout aussi intransigeants pour les cas de surdité, d'amblyopie et d'anomalies de la vision.

Conducteurs de motocyclette

En ce qui concerne les conducteurs de **motocyclette**, ils doivent être capables de garder l'équilibre et de maintenir le véhicule debout lorsqu'il est arrêté, d'où l'importance de la bonne forme des deux membres inférieurs. Le contrôle des pédales exige que les deux pieds soient fonctionnels, tout comme la tenue et le contrôle des guidons exigent l'usage normal des deux mains. Il faut aussi que le cou soit suffisamment flexible pour que la personne soit apte à vérifier les angles morts, car le port d'un casque peut limiter le champ visuel du conducteur.

La conduite des véhicules des classes supérieures est plus complexe que celle d'un véhicule de promenade. Par conséquent, les exigences médicales liées à l'obtention et au maintien d'un permis de l'une de ces classes sont plus grandes que pour les permis de la classe 5.

La Société reçoit des recommandations médicales pour des personnes qui désirent conduire une **motocyclette** malgré une **atteinte fonctionnelle à un membre**. Malheureusement, ce désir dépasse souvent la capacité physique de la personne à manœuvrer un tel véhicule. Même avec l'ajout d'une troisième roue au véhicule, la perte d'un membre inférieur demeure problématique. En effet, on aura beau remplacer les pédales par des contrôles manuels, il importe que les mains puissent tenir les guidons en tout temps pour qu'un niveau de sécurité acceptable soit atteint.

Comme c'est le cas pour les automobilistes, les motocyclistes qui doivent adapter leur véhicule ont besoin d'une formation spéciale. Ils doivent ensuite démontrer à la Société leur capacité de conduire de façon sécuritaire, ce qui implique de se soumettre à une vérification mécanique et à un test sur route.

Les médecins québécois n'ont pas à connaître toutes ces considérations particulières ; ils doivent toutefois savoir qu'elles existent et que la Société peut leur demander d'évaluer le dossier d'un chauffeur appartenant à l'une de ces catégories. Lorsqu'ils reçoivent de telles demandes, ils doivent expliquer à leur patient que celles-ci mènent à une réévaluation de leur aptitude à conduire. Une telle démarche peut également entraîner des mesures supplémentaires, tel un examen sur route. Même s'il s'agit de conditions non déclarées, le *Code de la sécurité routière* prévoit des sanctions légales dans une telle situation.

Exemption du port de la ceinture

La documentation médicale est unanime : aucune raison médicale valable ne justifie qu'un conducteur soit exempté du port de la ceinture de sécurité. Toutes les situations possibles ont été étudiées, et on a trouvé des arrangements dans tous les cas. Lorsqu'un patient lui adresse une telle demande, le médecin doit chercher à savoir si sa condition médicale est compatible avec la conduite sécuritaire. S'il conclut que son patient est inapte, le médecin peut entamer des procédures de signalement (voir la section suivante) ; sinon, il doit l'aider à trouver une autre solution.

Comme ce type de demande est souvent motivé par le désir de ne pas porter une ceinture de sécurité que le patient considère contraignante et inutile, le médecin doit faire valoir les avantages du port de la ceinture lors d'un accident, notamment qu'elle peut lui sauver la vie. Il peut aussi souligner que les ceintures et les sièges peuvent être ajustés de manière à rendre la ceinture moins contraignante grâce, notamment, à des extensions de ceintures disponibles chez les concessionnaires automobiles.

Obtention d'une vignette de stationnement

Pour avoir droit à une vignette de stationnement pour personne handicapée, une personne doit être incapable de se déplacer, sans l'aide d'appareils, sur une distance d'une vingtaine de mètres. La vignette étant assignée à une personne et non à un véhicule, il est possible de détenir une vignette même si on n'est pas un conducteur en règle.



Quand le secret professionnel peut être « partagé »

Le secret professionnel exige que le médecin préserve l'autonomie et la vie privée de la personne. À cette préoccupation s'ajoute la volonté de conserver la confiance de ses patients envers la profession médicale. Au Québec, toutefois, le respect du secret professionnel n'est pas absolu. Dans certaines situations particulières et dans le but d'assurer la protection de différentes personnes, la loi prévoit des dérogations au secret professionnel.

Le Code de la sécurité routière autorise un médecin qui juge qu'un patient est inapte à conduire à en informer la Société. Par contre, dans la jurisprudence, ce pouvoir du médecin tend à se transformer en une obligation. Malgré les apparences, il ne s'agit pas d'une contradiction. En effet, les tribunaux prennent en considération plusieurs éléments : d'une part, le droit au secret professionnel du médecin et le droit à la vie privée des patients présentant une condition qui les rend inaptes à conduire ; d'autre part, le droit à la santé et à la sécurité des tiers qu'un conducteur inapte pourrait mettre en danger.

Le médecin est invité à faire preuve de jugement et à tenir compte de façon équitable de ces deux préoccupations. Advenant une telle situation, on lui recommande de donner son opinion au patient sur son état de santé, tout en l'informant du risque qu'il représente lorsqu'il prend le volant. S'il doute de la capacité du patient de conduire un véhicule, le médecin devrait lui recommander de se soumettre à une évaluation exhaustive de ses facultés. Par contre, si le médecin a quelque raison de penser que son patient ne respectera pas l'interdiction de conduire et qu'il présente un risque sérieux pour la sécurité du public, il doit en informer la Société. Évidemment, le cas échéant, il est recommandé de bien documenter le dossier du patient.

Dans certaines situations particulières et dans le but d'assurer la protection de différentes personnes, la loi prévoit, au Québec, des dérogations au secret professionnel.

Les solutions de rechange

Le retrait du permis de conduire peut s'avérer une expérience difficile pour le conducteur et les proches. À preuve, on observe une prévalence plus élevée des dépressions chez ces patients. Obligés de faire le deuil de la liberté que confère l'usage de l'automobile, ils doivent revoir l'organisation de leurs déplacements. Sans compter que cette situation peut affecter d'autres personnes qui dépendaient d'eux en matière de transport.

Le médecin doit soutenir ces patients dans cette épreuve en offrant de l'écoute et en suggérant des solutions de rechange à l'usage privé d'un véhicule. Le transport en commun, les taxis, les proches, les services communautaires, le transport adapté sont autant de façons de se déplacer. Il peut même faire valoir qu'elles sont plus économiques (et écologiques) que l'usage privé d'un véhicule. Il peut enfin s'informer des ressources disponibles auprès du CLSC ou diriger le patient vers un CLSC de son quartier.

Certains patients résisteront ; d'autres voudront conduire sans permis. Le médecin doit se faire persuasif et rechercher, le cas échéant, des alliés parmi les proches pour l'aider à franchir cette étape plus difficile.



Bibliographie

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION. *Physician's Guide to Assessing and Counseling Older Drivers*, [Chicago (Illinois), American Medical Association, septembre 2003]. [En ligne] http://www.nhtsa.dot.gov/people/injury/olddrive/physician_guide/PhysiciansGuide.pdf.

ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE. *Évaluation médicale de l'aptitude à conduire : guide du médecin*, 7^e éd., Ottawa, Association médicale canadienne, 2006. [En ligne] http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/121/la_id/1.htm.

CANADIAN CARDIOVASCULAR SOCIETY CONSENSUS CONFERENCE 2003. *Assessment of the Cardiac Patient for Fitness to Drive and Fly: Final Report*, [Ottawa, Canadian Cardiovascular Society], 2003. [En ligne] http://www.ccs.ca/download/consensus_conference/consensus_conference_archives/2003_Fitness.pdf.

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC et autres. *Aspects légaux, déontologiques, et organisationnels de la pratique médicale au Québec : ALDO-Québec*, Montréal, Collège des médecins du Québec, mai 2006. [En ligne] <http://www.cmq.org/aldofrancais.aspx>.

COMMISSION EUROPEENNE. DIRECTION GENERALE SANTE ET PROTECTION DES CONSOMMATEURS. *Santé publique*, [Bruxelles, Commission européenne, s.d.]. [En ligne] http://ec.europa.eu/health/index_fr.htm.

EUROPEAN COMMISSION. TRANSPORT. ROAD SAFETY. *Diabetes and Driving in Europe: A Report of the Second European Working Group on Diabetes and Driving*, [Brussels, European Commission, juillet 2006]. [En ligne] http://ec.europa.eu/transport/roadsafety/behavior/doc/diabetes_and_driving_in_europe_final_1.pdf.

—. *Epilepsy and Driving in Europe: A Report of the Second European Working Group on Epilepsy and Driving*, [Brussels, European Commission], 3 avril 2005. [En ligne] http://ec.europa.eu/transport/roadsafety/behavior/doc/epilepsy_and_driving_in_europe_final_report_v2_en.pdf.

—. *New Standards for the Visual Functions of Drivers: Report of the Eyesight Working Group*, [Brussels, European Commission], mai 2005. [En ligne] http://ec.europa.eu/transport/roadsafety/behavior/doc/new_standards_final_version_en.pdf.

QUEBEC. SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. *Guide de l'évaluation médicale et optométrique des conducteurs au Québec*, 1^{re} éd. rév., Québec, Société de l'assurance automobile du Québec, 1999. [En ligne] http://www.saaq.gouv.qc.ca/documents/documents_pdf/permis/guidemed.html.

Membres du groupe de travail

D^r Claire Bouchard
Omnipraticienne

D^r Lucie Boucher
Géiatre

D^r Jamie Dow
Société de l'assurance automobile du Québec

D^r Serge Gauthier
Neurologue

D^r André Jacques
Collège des médecins du Québec

M^{me} Cécile Plourde
FADOQ – Mouvement des aînés du Québec

Le Collège des médecins du Québec et la Société de l'assurance automobile du Québec tiennent à souligner la contribution du D^r Roger Roberge, qui avait amorcé les travaux de ce groupe de travail avant son départ du Collège.

Remerciements

Association d'orthopédie du Québec
Association des cardiologues du Québec
Association des médecins endocrinologues du Québec
Association des médecins gériatres du Québec
Association des médecins ophtalmologistes du Québec
Association des médecins psychiatres du Québec
Association des médecins rhumatologues du Québec
Association des neurologues du Québec
Association des physiatres du Québec
Association des spécialistes en médecine interne du Québec
Association médicale canadienne
Collège québécois des médecins de famille
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Fédération des médecins spécialistes du Québec
Ordre des ergothérapeutes du Québec
Société canadienne de cardiologie
Société québécoise de gériatrie



Publication conjointe

Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : 514 933-3112
Courriel : info@cmq.org
collegedesmedecins.qc.ca

Société de l'assurance automobile du Québec

333, boulevard Jean-Lesage
C.P. 19600, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8J6
Téléphone : 418 528-4420
saaq.gouv.qc.ca

Coordination

Direction des affaires publiques et des communications

Révision linguistique

Laurette Therrien

Graphisme

Bronx Communications

Illustration

Olivier Lasser

Impression

Integria

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour alléger la lecture.

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2007
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-920548-46-6 (version imprimée) (Collège des médecins du Québec)
ISBN 978-2-920548-47-3 (PDF) (Collège des médecins du Québec)
ISBN 1-894391-25-X (Société de l'assurance automobile du Québec)

© Collège des médecins du Québec et Société de l'assurance automobile du Québec, 2007

