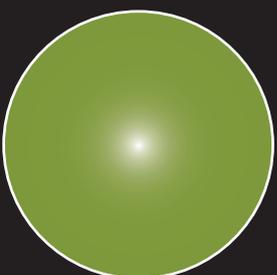
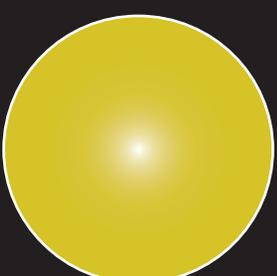
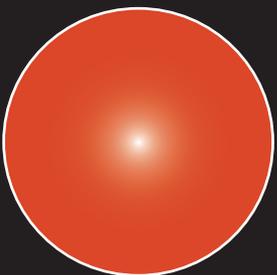


# LA CONDUITE AUTOMOBILE ET LA DÉMENCE : Trousse d'information

(3e édition)  
(À L'INTENTION DES  
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ)



The Champlain  
Dementia Network

Réseau de la démence  
de la région Champlain



Regional Geriatric Program  
of Eastern Ontario

Programme gériatrique régional  
de l'Est de l'Ontario



Chers collègues,

Voici la troisième édition mise à jour de la Trousse sur la conduite automobile et la démence à l'intention des professionnels de la santé. L'outil a été élaboré en 1997 par le Réseau de la démence d'Ottawa-Carleton (maintenant appelé Réseau de la démence de la région de Champlain) et le Programme régional d'évaluation gériatrique d'Ottawa-Carleton (maintenant le Programme gériatrique régional de l'est de l'Ontario).

Le diagnostic de démence ne mène pas systématiquement à la suspension du permis de conduire, car certaines personnes atteintes de démence très légère peuvent continuer à conduire pendant un certain temps. Toutefois, vous devez demander si votre patient atteint de démence conduit et, dans l'affirmative, vous devez évaluer s'il est sécuritaire qu'il continue à le faire.

Il s'agit d'un aspect difficile des soins de la démence qui a fait l'objet de recherches limitées. La trousse vise à combler certains besoins en offrant de l'information générale sur la conduite automobile et la démence, un algorithme sur l'évaluation de la capacité à conduire et des ressources pouvant être adaptées en fonction de vos besoins particuliers. La nouvelle édition constitue une mise à jour et vise à approfondir les versions antérieures de la trousse; on y offre des renseignements additionnels sur l'évaluation de la capacité à conduire ainsi que sur la façon de communiquer efficacement verbalement (et par écrit) les résultats au patient, aux aidants et aux autorités compétentes. Une autre trousse sur la conduite automobile et la démence conçue spécifiquement pour les personnes devant composer avec ce problème sera également offerte à l'intention des patients et des aidants.

La présente trousse a été mise au point par une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé œuvrant en gériatrie, en physiatrie, en médecine familiale, en ergothérapie, en travail social et en soins infirmiers ainsi qu'à la Société Alzheimer. Son contenu fait l'objet de droits d'auteur en vertu de la Loi sur le droit d'auteur du Canada. Cela signifie que vous pouvez réimprimer ou photocopier (à des fins personnelles et non commerciales) quelque partie du contenu que ce soit au besoin, à chaque fois que vous voyez un patient dont les facultés cognitives se détériorent, ce qui pourrait affecter sa capacité de conduire. Veuillez en indiquer la source si vous utilisez ce matériel dans le cadre de présentations ou de publications. Nous espérons que vous trouverez ces renseignements utiles. La trousse est également offerte en anglais et peut aussi être consultée en ligne sur le site du Programme gériatrique régional de l'est de l'Ontario au [www.rgpeo.com](http://www.rgpeo.com).

Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires afin que nous puissions améliorer les versions à venir de la trousse (veuillez utiliser les formulaires de commentaires qui se trouvent au dos de la reliure de la trousse, ou écrire un courriel à [abyszewski@ottawahospital.on.ca](mailto:abyszewski@ottawahospital.on.ca))

Merci,

Anna Byszewski, M.D., M. Éd., FRCP (C)

Membres du groupe de travail d'Ottawa sur la trousse sur la conduite automobile :

Fara Aminzadeh, Inf. aut., M. Sc. inf., GNC©, Pratique avancée (Recherche sur la santé communautaire), Programme gériatrique régional de l'est de l'Ontario

Leslie-Ann Baillou, CCFP, Programme de soins aux personnes âgées, Soins continus Bruyère

Anna Byszewski, M.D., M. Éd., FRCP(C), Programme gériatrique régional de l'est de l'Ontario

William Dalziel, M.D., FRCP(C), Programme gériatrique régional de l'est de l'Ontario

Malcolm Hing, M.D., FRCP(C), Programme gériatrique régional de l'est de l'Ontario

Lynn Hunt, Ergothérapeute autorisée (Ontario), Centre de réadaptation de l'hôpital d'Ottawa

Shawn Marshall, M.D., FRCP(C), Centre de réadaptation de l'hôpital d'Ottawa

Frank Molnar MDCM, M. Sc., FRCP(C), Programme gériatrique régional de l'est de l'Ontario

Kelly Robinson, Travailleuse sociale autorisée, Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew

Pfizer Canada Inc., Traduction Française

Adam Kanczuga - [www.AKrylik.cc.cc](http://www.AKrylik.cc.cc)

## TABLE DES MATIÈRES



<b>1. STRATÉGIES GÉNÉRALES</b> .....	3
INTRODUCTION .....	4
ALGORITHME D'ÉVALUATION / MARCHE À SUIVRE .....	5
FOIRE AUX QUESTIONS À L'INTENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.....	6-7
<b>2. ÉVALUATION</b> .....	9
LISTE DE VÉRIFICATION DU MÉDECIN OU DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ POUR L'ÉVALUATION EN CABINET DE LA DÉMENCE ET DE LA CAPACITÉ À CONDUIRE, EN 10 MINUTES .....	10
COMMENT REMPLIR LE RAPPORT À SOUMETTRE À L'AUTORITÉ PROVINCIALE COMPÉTENTE .....	11
<b>3. APRÈS L'ÉVALUATION – ÉTAPES SUIVANTES</b> .....	13
A. PRINCIPES GÉNÉRAUX .....	14
B. PEUT ENCORE CONDUIRE SANS DANGER, MAIS DOIT ÊTRE SUIVI.....	15
i. PRÉPARATION À LA CESSATION DE LA CONDUITE AUTOMOBILE .....	15
C. RISQUE INDÉTERMINÉ .....	16
i. STRATÉGIES .....	16
D. CONDUITE AUTOMOBILE DANGEREUSE.....	17
i. ANNONCE DE LA RECOMMANDATION .....	17
ii. SOUTENIR ÉMOTIONNELLEMENT LE PATIENT ET L'AIDANT .....	18
iii. MODÈLE D'ÉNONCÉ ÉCRIT À REMETTRE AU PATIENT .....	19
<b>4. RESSOURCES UTILES</b> .....	20
LISTE DE RESSOURCES.....	20
ENCARTS (POCHETTE ARRIÈRE) .....	21





# I. STRATÉGIES GÉNÉRALES





## INTRODUCTION

AU CANADA, ÉTANT DONNÉ LA VASTE DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA POPULATION, CONDUIRE REVÊT UNE IMPORTANCE PARTICULIÈRE. DANS DE NOMBREUSES RÉGIONS, NOTAMMENT LES COMMUNAUTÉS RURALES, LES SERVICES DE TRANSPORT EN COMMUN SONT LIMITÉS. À MESURE QUE LA POPULATION VIEILLIT, NOMBRE D'AFFECTIONS CONCOMITANTES PEUVENT CONTRIBUER À AUGMENTER LE RISQUE ASSOCIÉ À LA CONDUITE AUTOMOBILE. NOUS SOMMES ÉGALEMENT MAL PRÉPARÉS À L'ÉVENTUALITÉ QUE NOUS DEVIONS UN JOUR RENONCER À PRENDRE LE VOLANT, ET LA PLUPART D'ENTRE NOUS PRÉSUMENT À TORT QU'ILS POURRONT CONDUIRE POUR LE RESTANT DE LEUR VIE.

LA DÉMENCE AFFECTE LA SÉCURITÉ AU VOLANT, ET SA FRÉQUENCE AUGMENTE AVEC L'ÂGE. BIEN QU'UN DIAGNOSTIC DE DÉMENCE N'ENTRAÎNE PAS UNE SUSPENSION AUTOMATIQUE DU PERMIS DE CONDUIRE AU CANADA (COMME C'EST LE CAS DANS LES ÉTATS DE L'OREGON ET DE LA CALIFORNIE AUX ÉTATS-UNIS), IL FAUT ÉVALUER LA CAPACITÉ À CONDUIRE DES PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE. LE RISQUE D'ACCIDENT DOUBLE TOUTS LES CINQ ANS SUIVANT L'APPARITION DE LA DÉMENCE. LES COMPÉTENCES LES PLUS AFFECTÉES COMPRENNENT L'ATTENTION PARTAGÉE, LES COMPÉTENCES VISUOSPATIALES ET LE TEMPS DE RÉACTION.

DANS LA PLUPART DES PROVINCES, LES MÉDECINS (ET CERTAINS AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, MAIS IL FAUT VÉRIFIER LESQUELS AUPRÈS DES ORGANISMES RÉGLEMENTAIRES COMPÉTENTS) SONT RESPONSABLES DE DÉTERMINER LES RISQUES D'ACCIDENT ET D'EN AVISER LES AUTORITÉS, C'EST-À-DIRE, AU CANADA, L'AUTORITÉ PROVINCIALE COMPÉTENTE. ON DISPOSE DE PEU DE DONNÉES OU DE RECOMMANDATIONS FONDÉES SUR LES FAITS QUANT À LA FAÇON APPROPRIÉE D'ÉVALUER EN CABINET L'APTITUDE À CONDUIRE DES PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE. L'ÉVALUATION STANDARD, SOIT L'ÉVALUATION SUR LA ROUTE JUMELÉE À D'AUTRES ÉPREUVES PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ, N'EST PAS OFFERTE PARTOUT ET ELLE ENTRAÎNE DES FRAIS POUR LA PERSONNE SOUFFRANT DE DÉMENCE. GÉNÉRALEMENT, LA DÉCISION DE RECOMMANDER D'ARRÊTER DE CONDUIRE AUX PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE REPOSE SUR UNE ÉVALUATION DES FACULTÉS COGNITIVES AINSI QUE SUR LES RÉPERCUSSIONS DES AFFECTIONS CONCOMITANTES COMME UNE MAUVAISE VISION OU DES TROUBLES NEUROLOGIQUES (MALADIE DE PARKINSON OU AVC) OU CARDIAQUES (SYNCOPE, ANGINE DE POITRINE) SUR LA CAPACITÉ DE CONDUIRE.

RECOMMANDER DE NE PLUS CONDUIRE PEUT AVOIR DE LOURDES CONSÉQUENCES SUR LA RELATION PATIENT-MÉDECIN. SI L'ANNONCE DE CETTE RECOMMANDATION N'EST PAS FAITE CONVENABLEMENT, ELLE PEUT METTRE EN PÉRIL CETTE RELATION. MÊME LORSQUE CELA EST FAIT ADÉQUATEMENT, ELLE PEUT MENER À L'ISOLEMENT, À LA DÉPRESSION ET À DES RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES NÉGATIVES CHEZ LE PATIENT ET À UN STRESS ACCRU POUR L'AIDANT.

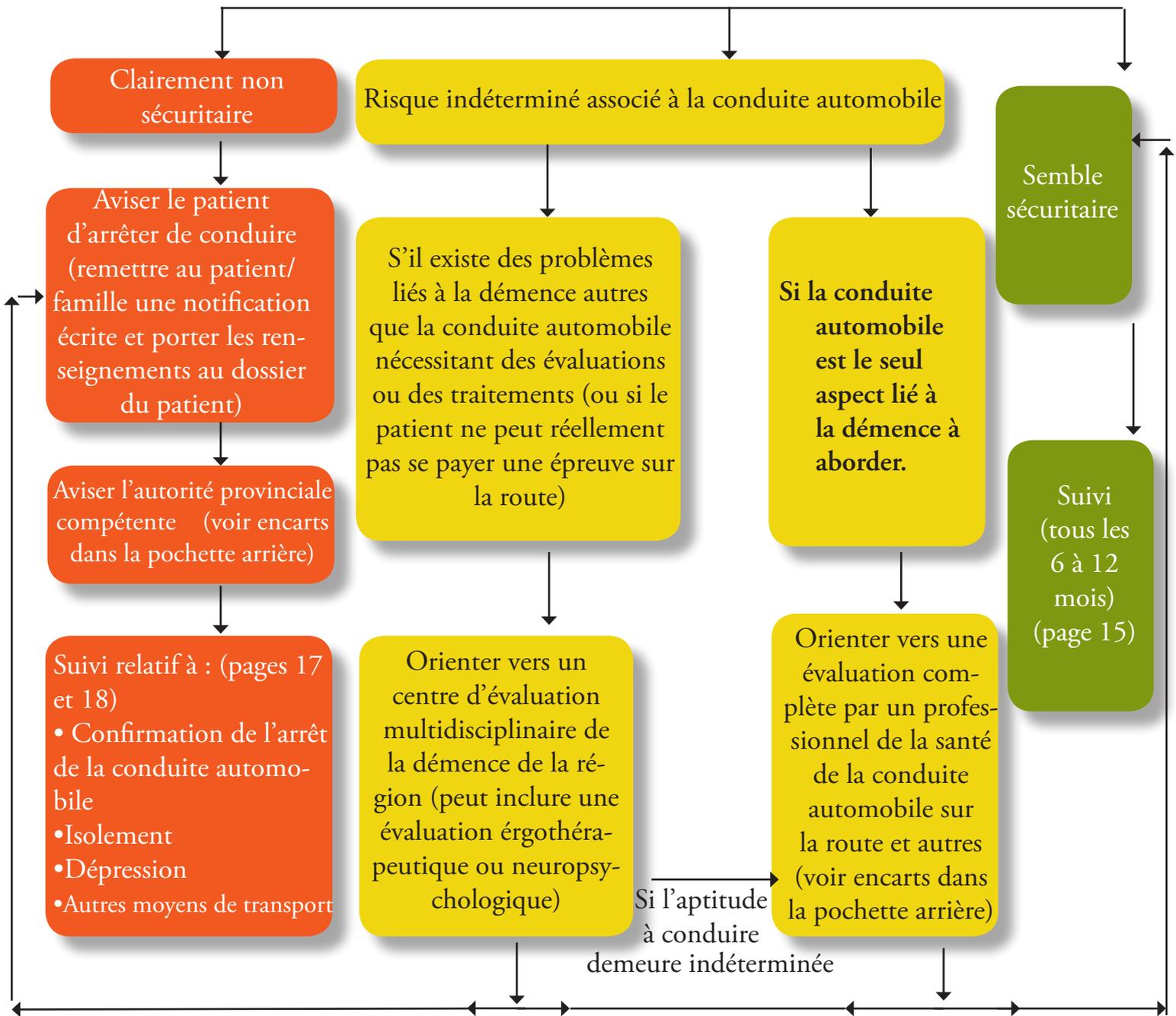
LE PRÉSENT GUIDE SE VEUT UNE RESSOURCE À L'INTENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ QUI TRAITENT DES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE DÉMENCE. IL COMPREND UN ALGORITHME D'ÉVALUATION, DES OUTILS D'ÉVALUATION À UTILISER EN CABINET ET DES CONSEILS SUR LA FAÇON D'ANNONCER LA NOUVELLE AU PATIENT ET D'APPUYER LA PERSONNE ATTEINTE DE DÉMENCE ET SON AIDANT PAR LA SUITE.



# ALGORITHME D'ÉVALUATION/ MARCHE À SUIVRE

## RENCONTRE INITIALE AVEC LE CONDUCTEUR ATTEINT DE DÉMENCE

Faire l'évaluation en cabinet de la démence et de la capacité à conduire à l'aide la liste de vérification en 10 minutes – pg.10





## FOIRE AUX QUESTIONS À L'INTENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

**Q. Quelles sont mes obligations juridiques relativement au droit de conduire d'une personne chez qui la conduite automobile est jugée dangereuse?**

**R. Dans la plupart des provinces, tous les médecins praticiens doivent évaluer les affections médicales augmentant le risque d'accident automobile et les déclarer à l'autorité provinciale compétente (à l'exception du Québec, de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse). Consultez les autorités en matière de conduite automobile de votre province pour obtenir la réglementation à ce propos. Dans toutes les provinces, les médecins sont protégés contre les poursuites judiciaires à cet égard, pourvu qu'ils aient respecté la loi. Bien que les patients et leur famille puissent intenter des poursuites ou rapporter les médecins auprès de l'ordre des médecins de leur province, les médecins ne peuvent être reconnus coupables s'ils ont respecté leurs obligations selon la loi provinciale.**

**Q. Quelles sont les responsabilités des autres professionnels de la santé?**

**R. Les autres professionnels de la santé qui ont l'impression qu'un patient pourrait ne plus être apte à conduire doivent faire part de leurs observations verbalement et par écrit au médecin responsable des soins du patient. Si le patient n'a pas de médecin de famille attribué, ils doivent vérifier leurs obligations auprès de leur propre ordre professionnel.**

**Q. Que dois-je faire si je suis incertain de l'aptitude à conduire d'un patient?**

**R. Adressez le patient afin qu'il subisse des évaluations plus approfondies (consultez l'algorithme à la page 5) et informez l'autorité provinciale compétente que vous avez prévu des évaluations additionnelles et que vous n'êtes pas certain du risque associé à la conduite automobile chez cette personne.**

**Q. Existe-t-il un score seuil aux tests cognitifs, comme le MMSE de Folstein, qui permette de déterminer le niveau de risque associé à la conduite automobile?**

**R. Le MMSE n'est pas assez sensible ou spécifique pour établir si une personne peut conduire sans risque. Il n'est pas sensible (c.-à-d. ne détecte pas le risque de collision tôt au cours d'une maladie causant une démence) parce qu'il n'évalue pas la fonction d'exécution, le jugement, l'attention partagée ou la perception, lesquels sont tous essentiels à la conduite. À mesure que la démence évolue, ce test devient plus utile. Un score faible (< 20/30) devrait éveiller des soupçons importants quant à l'aptitude à conduire, à moins que vous estimiez qu'il reflète un faible niveau de scolarité ou une barrière liée à la langue ou à la communication. Compte tenu de son manque de sensibilité quant au risque de collision dans les premiers stades de la démence, les scores plus élevés au MMSE sont plus difficiles à interpréter. Certains patients dont le score est supérieur à 20/30 pourraient tout de même être dangereux au volant, une évaluation plus poussée serait alors indiquée.**

**Q. Quels autres tests puis-je utiliser pour évaluer la capacité à conduire d'un patient?**

**R. On peut se servir d'autres outils, tels que ceux présentés sous la rubrique « Liste de vérification pour l'évaluation en cabinet de la démence et de la capacité à conduire en 10 minutes » (page 10). Envisagez la possibilité d'autres troubles (perte de vision ou usage d'alcool ou de médica-**

ments) qui pourraient avoir des répercussions sur l'aptitude à conduire du patient. En fin de compte, la décision de suspendre le permis de conduire est une décision clinique reposant sur l'évaluation de tous les risques. En cas de doute, un examen de conduite exhaustif mené par un professionnel de la santé (épreuves sur la route et autres) peut être indiqué. Ceux-ci ne sont généralement pas remboursés par les programmes d'assurance santé provinciaux et coûtent au patient entre 500 et 700 \$ en Ontario (mais pourraient être plus abordables dans d'autres provinces).



- Q.** Sans en être tout à fait certain, je soupçonne qu'un de mes patients pourrait présenter des risques importants au volant. J'ai prévu des évaluations additionnelles et j'ai recommandé au patient, ainsi qu'à l'aidant, qu'il s'abstienne de conduire jusqu'à ce que l'évaluation soit faite. Est-ce suffisant?
- R.** Si vous avez quelque doute que ce soit que le patient ne cessera pas de conduire, avisez l'autorité provinciale compétente et documentez-le dans le dossier du patient.
- Q.** Compte tenu des résultats de mon évaluation initiale, je suis très préoccupé par le risque associé à la conduite automobile d'un patient et je suis certain que cette personne devrait arrêter de conduire immédiatement. Que dois-je faire, sachant qu'il y a souvent un délai avant que l'information soit traitée par l'autorité provinciale compétente?
- R.** Vous devriez communiquer avec l'autorité provinciale compétente et demander le retrait immédiat des privilèges de conduire. Si vous télécopiez l'information, gardez-en la preuve dans le dossier du patient. Informez le patient (et ses aidants) par écrit et prévoyez une évaluation dans un centre approprié au besoin. Avisez le patient et les aidants que, étant donné vos observations, le patient pourrait ne pas être couvert par l'assurance automobile en cas d'accident. Référez-vous au contenu de la présente trousse pour vous aider. Documentez ces communications dans le dossier du patient.
- Q.** Puis-je facturer mon programme provincial pour l'examen de conduite?
- R.** Les médecins doivent vérifier auprès de leur programme de santé provincial respectif. Par exemple, en Ontario, les médecins peuvent utiliser le code de facturation K005 pour la consultation relative à la conduite automobile et K035, pour le temps requis pour remplir le rapport. Vous pouvez facturer « hors du plateau de services » pour les équipes et les organismes de santé familiale.
- Q.** Si l'on juge qu'une personne atteinte de démence peut conduire sans danger, quand devrait-on réévaluer son aptitude à conduire?
- R.** Les résultats d'essais cliniques de faible envergure laissent penser qu'après un an, 50 % des conducteurs antérieurement considérés comme sécuritaires sont considérés comme dangereux. On recommande donc dans les lignes directrices de consensus canadiennes de répéter l'évaluation de l'aptitude à conduire tous les 6 à 12 mois :
- (i) si on soupçonne un déclin cognitif ou fonctionnel significatif, plutôt qu'une stabilité, alors la sécurité au volant devrait être réévaluée après 6 mois; ou
  - (ii) si on soupçonne un état clinique plutôt stable associé à une détérioration minime, alors la réévaluation de la conduite peut raisonnablement être reportée au suivi de 12 mois.





## 2. ÉVALUATION





## LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ÉVALUATION EN CABINET DE LA DÉMENCE ET DE LA CAPACITÉ À CONDUIRE EN 10 MINUTES

(Fondée sur l'opinion clinique et l'expérience, et non pas sur des preuves. Mis au point par le Dr W. Dalziel; © Dr W. Dalziel)

L'examen au moyen de la liste de vérification peut prendre 10 minutes ou moins à effectuer; il n'est pas nécessaire d'évaluer les 10 éléments s'il paraît évident que le patient ne peut conduire sans danger dès les premiers résultats.

### PROBLÈME

#### TYPE DE DÉMENCE :

En général, la démence à corps de Lewy (fluctuations, hallucinations, troubles visuospatiaux) et la démence frontotemporale (associée à des troubles comportementaux ou de jugement) rendent la conduite dangereuse.

**IMPACT FONCTIONNEL DE LA DÉMENCE** – D'après les lignes directrices de l'AMC, il y a danger si la personne présente des incapacités causées par des troubles cognitifs dans plus d'une activité de la vie quotidienne (AVQ) utilitaire (courses, tâches ménagères, loisirs, finances, préparation des repas, téléphone, outils) OU au moins une AVQ de base (habillement, alimentation, déplacements, transferts et hygiène).

**PRÉOCCUPATIONS DE LA FAMILLE :** (Posez la question dans une salle distincte de celle où se trouve le patient.) Demandez aux membres de la famille s'ils se sentent en sécurité ou en danger lorsque le patient est au volant (assurez-vous qu'ils soient récemment montés en voiture avec lui).

\* La question des petits-enfants – « Vous sentiriez-vous à l'aise si un enfant de cinq ans se trouvait seul dans la voiture conduite par le patient? » (La réponse est souvent différente de la réponse à la question précédente.) Généralement, si la famille a l'impression que la personne représente un danger lorsqu'elle conduit, c'est effectivement le cas. En revanche, si la famille croit que la personne peut conduire sans danger, il se peut que ce ne soit pas le cas, car la famille peut ne pas être consciente du problème ou essayer de protéger le patient.

**FACULTÉS VISUOSPATIALES** (pentagones qui se chevauchent/test de l'horloge)

En cas d'anomalies majeures, il est probable que le patient ne puisse pas conduire sans danger.

**INCAPACITÉ PHYSIQUE DE CONDUIRE UNE VOITURE** (Une raison d'ordre physique est souvent mieux acceptée.)

Problèmes médicaux ou physiques : troubles musculosquelettiques, faiblesse et multiples affections concomitantes (diminution de mobilité du cou, difficulté à manier le volant ou à actionner les pédales), maladies cardiaques ou neurologiques (crises épisodiques).

#### VISION

Diminution importante de l'acuité visuelle ou du champ visuel, par exemple.

**MÉDICAMENTS** (s'ils sont associés à des effets indésirables comme la somnolence, une diminution du temps de réaction ou une baisse de la concentration)

Alcool, benzodiazépines, analgésiques narcotiques, neuroleptiques, sédatifs

Anticholinergiques – antiparkinsoniens, myorelaxants, antidépresseurs tricycliques, antihistaminiques (en vente libre), antiémétiques, antiprurigineux, antispasmodiques, autres.

**TEST DES TRACÉS** (parties A et B) (accessible au [www.rgpeo](http://www.rgpeo))

Partie A – Danger : > 2 minutes ou 2 erreurs ou plus

Partie B – Sans danger : < 2 minutes et < 2 erreurs (0 ou 1 erreur)

Indéterminé : 2-3 minutes ou 2 erreurs (Tenez compte des observations QUALITATIVES notées durant la réalisation du test : lenteur, hésitations, anxiété ou crises de panique, impulsivité, persévération, manque de concentration, corrections multiples, oubli des directives, incapacité de comprendre le test.)

Danger : > 3 minutes ou 3 erreurs ou plus

**TEST DE LA RÈGLE POUR ÉVALUER LE TEMPS DE RÉACTION** (Accident Analysis & Prevention 2007; 39[5]:1056-63)

Le bas d'une règle de 30 cm est placé entre le pouce et l'index du patient (écartés de 1 à 2 cm)

l'évaluateur laisse tomber la règle et le patient essaie de l'attraper (normal = 15 à 22 cm/anormal = 2 essais ratés).

#### JUGEMENT/PERCEPTION (POSEZ LES QUESTIONS AU PATIENT.)

« Que feriez-vous si un ballon roulait dans la rue devant votre voiture pendant que vous conduisez? »

« Compte tenu de votre diagnostic de démence, croyez-vous qu'un jour viendra où vous devrez arrêter de conduire? »

#### CONCLUSION:

Sans Danger

Danger

Indéterminé

↓  
Réévaluez dans  
6 à 12 mois

↓  
Aviser l'autorité  
provinciale  
compétente

↓  
Si la capacité de conduire est le seul élément qui pose problème, demandez une évaluation spécialisée sur la route.  
Si la démence touche plusieurs sphères, en plus de la capacité de conduire, faites appel à des services spécialisés d'évaluation de la démence.

(références: *Age and Aging* 2009 et <https://akeontario.editmte.com/Driving>)

## COMMENT REMPLIR LE RAPPORT À SOUMETTRE À L'AUTORITÉ PROVINCIALE COMPÉTENTE



1. Veillez à inscrire le nom complet du conducteur.
2. Si c'est possible, écrivez le numéro de permis de conduire du patient. Si vous ne le connaissez pas, donnez le nom exact du patient, sa date de naissance et son adresse, ce sera suffisant. Pour prendre les mesures nécessaires promptement, l'autorité provinciale compétente doit pouvoir identifier rapidement et correctement la personne en question dans la base de données sur les conducteurs. Les rapports incomplets et les rapports ne comportant pas le numéro de permis de conduire ou la date de naissance du conducteur peuvent prolonger le délai de traitement du dossier.
3. Notez les troubles médicaux et les résultats de l'examen physique et cognitif et pourquoi, selon vous, ces affections font en sorte que la personne est exposée à un risque de conduite automobile dangereuse.
4. Si vous considérez que le cas représente un risque élevé, notez dans le rapport : « Conducateur inapte à conduire ». L'autorité provinciale compétente a un processus qui permet d'identifier les cas associés à un risque élevé et d'accélérer l'examen de leur dossier afin de prendre sans délai les mesures appropriées. Les médecins doivent indiquer dans leur rapport qu'une personne est inapte à conduire et inclure des détails suffisants sur les troubles médicaux du patient qui contribuent à ce risque élevé au volant. Par exemple : que le patient souffre de crises convulsives non maîtrisées, d'une atteinte de la mémoire (procurer les résultats d'épreuves), de diabète non maîtrisé, de la maladie d'Alzheimer au stade avancé, etc.
5. Inscrivez dans l'espace fourni sur le formulaire de l'autorité provinciale compétente les données cliniques pertinentes, les résultats d'épreuves, la fréquence des crises, les médicaments pris, le traitement et le pronostic et indiquez si l'affection entraîne ou non un risque important en matière de sécurité routière, si la menace à la sécurité routière est indéterminée ou si l'affection est temporaire (semaines/mois). Cette information aidera l'autorité provinciale compétente à prendre les mesures appropriées.
6. Dans les cas extrêmes, télécopiez et appelez l'autorité provinciale compétente (en Ontario : 416-235-1773 ou 1-800-268-1481) et expliquez au personnel qu'il s'agit d'une urgence afin que le permis de conduire soit suspendu immédiatement. Consignez la date et l'heure de cet appel téléphonique dans le dossier du patient. Si vous télécopiez le rapport, conservez-en une copie dans vos dossiers et téléphonez pour confirmer que le rapport a été reçu. Notez l'heure de la télécopie et de l'appel téléphonique dans le dossier du patient.





### **3. APRÈS L'ÉVALUATION – ÉTAPES SUIVANTES**





## PRINCIPES GÉNÉRAUX – ARRÊT DE LA CONDUITE AUTOMOBILE

Recommandations à l'intention des professionnels de la santé qui traitent des patients atteints de démence et qui conduisent :

1. Avant qu'il soit nécessaire d'arrêter de conduire, préparez le patient au fait inévitable qu'un jour ou l'autre, il perdra son permis de conduire.
2. Comprenez que les réactions normales lorsqu'une personne perd ses privilèges de conduire peuvent se traduire par de la colère, du marchandage, une dépression ou un sentiment de démoralisation. Les professionnels de la santé doivent être prêts à composer avec les émotions qui surgissent.
3. Soyez prêt à offrir des solutions de rechange relativement au transport; parlez de réseaux de transport subventionnés pour les personnes présentant une invalidité, de chauffeurs bénévoles, des taxis (p. ex., prendre des taxis peut être nettement plus économique que l'entretien d'une voiture si celle-ci est conduite moins de 6000 km par an).
4. Faites participer les membres de la famille et les aidants à la discussion; sollicitez leur appui et leurs conseils quant à la façon d'aider le patient à accepter cette recommandation contrariante.
5. Admettez votre propre malaise à l'égard de cette discussion. Appuyez vos arguments sur des preuves provenant d'autant de sources que nécessaire.
6. Les patients réclament souvent de l'information expliquant en détail pourquoi ils ne peuvent plus conduire et une explication détaillée des résultats d'examens. Soyez prêt à fournir des renseignements concrets afin d'expliquer pourquoi un patient n'est plus apte à conduire.
7. Concentrez-vous sur un facteur physique, comme une perte de la vision ou la prise de médicaments. Cela peut rendre les faits plus acceptables aux yeux du patient.
8. Soyez ferme, mais empathique, et évitez les discussions argumentatives. Insistez sur vos responsabilités morales et juridiques et sur le fait que la démence est évolutive et irréversible.
9. Procurez au patient une lettre expliquant les raisons justifiant la suspension du permis de conduire. Cela peut aider la famille, qui pourra se fonder sur une description écrite de la discussion, si jamais le patient oublie.
10. Au besoin, explorez avec l'aidant des façons de décourager le patient de conduire. Cela peut inclure cacher ses clés, rendre la voiture hors de fonction ou la rendre physiquement inaccessible.
11. Adressez le patient à un autre médecin, comme un neurologue ou un gériatre pour qu'il obtienne un deuxième avis si cela se révèle nécessaire, afin de préserver la relation patient-médecin de famille.
12. Étant donné les réactions négatives de certains patients (p. ex., colère à l'égard du médecin, menaces de poursuite judiciaire) et le fait que certains patients continuent de conduire malgré les recommandations du médecin, on recommande fortement aux professionnels de la santé de documenter clairement la date et le contenu de la discussion relative à la cessation de la conduite automobile, ainsi que le nom des aidants présents.

(Référence : Byszewski A, Molnar M, Aminzadeh F. Clinical Gerontologist, sous presse)



## A. PEUT ENCORE CONDUIRE SANS DANGER – MAIS DOIT FAIRE L’OBJET D’UN SUIVI

### 1. Planifier de cesser de conduire : abordez la question le plus tôt possible

- ° Nous devrions probablement tous se faire à l’idée que nous devons un jour arrêter de conduire, surtout en cas de perte cognitive précoce.
- ° Conduisez-vous beaucoup?
- ° Comment êtes-vous venu ici aujourd’hui?
- ° Pouvez-vous me dire, en vos propres mots, pourquoi il est important pour vous de conduire?
- ° Avez-vous déjà envisagé d’arrêter de conduire?

Oui – dans quelles circonstances?

Non – l’envisageriez-vous, étant donné le diagnostic de démence?

- ° Qu’est-ce que cela signifierait pour vous, d’arrêter de conduire?
- ° Si vous cessiez de conduire, comment vous déplaceriez-vous?

### 2. Comment préparer les patients à l’éventualité d’arrêter de conduire

- ° Nos patients nous disent que se faire annoncer qu’ils doivent arrêter de conduire est pire que se faire dire qu’ils ont le cancer.
- ° Voyez les conseils de la page 14.
- ° Vous voudrez peut-être intégrer un énoncé tel que :

Monsieur/Madame Untel, je sais que conduire pour vous est très important. D’après les résultats de vos épreuves, j’ai bien peur que vous ne deviez songer à arrêter de conduire. Pour protéger votre sécurité et celle des autres, vous devez envisager de cesser un jour de conduire. Je suis désolé...

### 3. Suivi

- Prévoyez un rendez-vous de suivi dans 6 à 12 mois (délai exact à la discrétion du médecin). Demandez à la famille de vous avertir si l’état du patient se détériore avant ce rendez-vous.
- Si le patient refuse de revenir pour le suivi, avisez l’autorité provinciale compétente qu’un suivi est requis





## B. RISQUE INDÉTERMINÉ



### Risque indéterminé associé à la conduite automobile

↓  
S'il existe des problèmes liés à la démence autres que la conduite automobile nécessitant des évaluations ou des traitements (ou si le patient ne peut réellement pas se payer une épreuve sur la route)

↓  
Orienter vers un centre d'évaluation multidisciplinaire de la démence de la région (peut inclure une évaluation érgothérapeutique ou neuropsychologique) (voir encarts dans la pochette arrière)



Si l'aptitude à conduire demeure indéterminée

↓  
Si la conduite automobile est le seul aspect lié à la démence à aborder.

↓  
Orienter vers une évaluation complète par un professionnel de la santé de la conduite automobile sur la route et autres (voir encarts dans la pochette arrière)

Points additionnels :

- Centres régionaux d'évaluation multidisciplinaire de la démence – Information ci-jointe dans la pochette au dos de la reliure, ou communiquez avec le bureau du ministère des Transports ou la Société Alzheimer de votre région.
- Centres d'épreuve de conduite exhaustive menée par un professionnel de la santé (sur la route et autre) – Information ci-jointe dans la pochette au dos de la reliure, ou communiquez avec l'autorité provinciale compétente.
- Documentez la discussion avec le patient et les aidants dans le dossier du patient.
- Documentez le plan d'action et comment vous comptez faire le suivi relativement à ces aspects.



## C. CONDUITE AUTOMOBILE DANGEREUSE

ANNONCE DE LA RECOMMANDATION : Quand le patient est inapte à conduire :  
Les quatre étapes de la cessation de la conduite automobile

1. Rencontrez d'abord la famille. Aidez les membres de la famille à assumer un rôle de soutien positif. Expliquez concrètement et avec empathie vos préoccupations quant à la sécurité du patient et des autres. Décrivez clairement vos observations indiquant que le patient n'est plus apte à conduire et expliquez que la loi exige que vous signaliez le patient aux autorités. Rappelez aux membres de la famille que l'objectif de l'évaluation de la conduite automobile est de prévenir les collisions et qu'ils portent une certaine responsabilité, car ils sont au courant du risque potentiel qui s'associe au fait de laisser l'un des leurs continuer à conduire. Au besoin, permettez à la famille de voir le patient reprendre le test le plus révélateur. Discutez de l'importance de trouver d'autres moyens de transport pour réduire le risque d'isolement et de dépression qui peut suivre l'arrêt de la conduite automobile.

2. Rencontrez le patient. Il peut être utile d'avoir des membres de la famille présents, mais demandez-leur d'assumer un rôle de soutien. Donnez au patient un rôle positif en reconnaissant qu'il a été un conducteur responsable jusqu'à présent et que cesser de conduire avant que se produise un accident fait partie de cette responsabilité. Reconnaissez qu'il est normal d'être contrarié quand on apprend que ses privilèges de conduire ont été révoqués. Il aide parfois de donner au patient une ordonnance à son nom disant « Ne pas conduire ». Les membres de la famille peuvent aussi trouver très utile d'en recevoir un exemplaire pour rappeler plus tard au patient ce que vous avez dit. Si votre patient dispute votre position, demeurez ferme et ne vous lancez pas dans une discussion argumentative. Dites-lui que vous avez pris des notes sur la rencontre et que vous devez aviser les autorités de son inaptitude à conduire. Vous pouvez ajouter que vous pourriez être obligé de produire son dossier médical et qu'il pourrait être tenu légalement et financièrement responsable s'il continue de conduire et a un accident.

3. Discutez d'autres moyens de transport possibles. Les membres de la famille pourraient se répartir les responsabilités en matière de transport. Prendre un taxi peut être plus économique que l'entretien d'une voiture (y compris l'assurance, l'immatriculation, etc.) si le patient conduit moins de 6000 kilomètres par année. Suggérez aux patients ou aux membres de leur famille de trouver des conducteurs bénévoles ou de communiquer avec des chauffeurs de taxi serviables la veille d'une sortie prévue.

4. Si votre patient refuse d'obtempérer, rencontrez des membres de la famille de nouveau et encouragez-les à éliminer les occasions de conduire pour le patient (cacher les clés, rendre la voiture hors de fonction ou la rendre physiquement inaccessible). Procurez un énoncé écrit au patient et à sa famille décrivant pourquoi le patient ne peut plus conduire. Soulignez qu'il en va de votre responsabilité juridique de signaler les conducteurs dangereux et que vous comptez aviser les autorités du statut de conducteur de votre patient. Si le patient refuse toujours de respecter votre recommandation, continuez d'encourager les membres de la famille à éliminer les occasions de conduire.

(Référence : Rappaport et Molnar – reproduit avec permission)





## SOUTENIR ÉMOTIONNELLEMENT LE PATIENT ET L'AIDANT EN TANT QUE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Comment appuyer émotionnellement le patient et son aidant :

a. À l'annonce de la nouvelle

- Laissez la personne exprimer son point de vue.
- Soyez compréhensif et empathique.
- Expliquez que vous êtes désolé d'avoir à aborder ce problème complexe et que vous reconnaissez que cela aura un impact énorme sur sa vie.
- Reconnaissez et validez les émotions exprimées, telles la colère ou la tristesse.
- Ne discutez pas de façon argumentative avec la personne.

b. Après l'annonce de la nouvelle/rencontre de suivi :

- Veillez à ce que la personne dispose d'un réseau de soutien après l'annonce de la nouvelle.
- Essayez de faire participer la famille à ce rendez-vous de suivi et sollicitez son soutien.
- Demandez au patient s'il a des questions ou des préoccupations sur l'évaluation et votre recommandation et offrez des explications additionnelles. Permettez-lui de poser des questions et de communiquer avec vous au besoin pour clarifier les raisons justifiant votre décision.
- Demandez si le patient respecte les recommandations relatives à la cessation de la conduite automobile.
- Soyez compréhensif face aux réactions normales de deuil que le patient peut avoir (p. ex., colère, tristesse, marchandage, etc.) et donnez-lui l'occasion d'exprimer sa frustration. Montrez-vous attentif et empathique, et essayez de procurer un soutien émotionnel au patient et à sa famille.
- Au besoin, répétez les messages clés que vous avez dits lors de la rencontre où vous avez annoncé la nouvelle quant aux motifs de votre recommandation.
- Si vous constatez des signes de réactions de deuil graves à la perte des privilèges de conduire, comme la dépression et/ou un isolement social, adressez le patient pour qu'il subisse une évaluation approfondie et, si cela est justifié, qu'il reçoive un traitement (p. ex., counselling, médicaments).
- Reconnaissez les répercussions pour l'aidant, puisqu'il doit assumer les responsabilités en matière de transport pour la personne atteinte de démence.
- Assurez-vous que les besoins du patient au chapitre du transport sont satisfaits et essayez de traiter tout obstacle à l'accès aux moyens de transport de rechange. Vous voudrez peut-être encourager le patient ou sa famille à mettre au point un plan à cet égard.
- Comment se déplacer sans voiture : discutez des solutions de rechange en matière de transport
  - Transport en commun
  - Para Transpo
  - Conducteurs bénévoles
  - Coupons de sociétés de taxi
  - Famille/amis



## MODÈLE D'ÉNONCÉ ÉCRIT À REMETTRE AU PATIENT

Date: .....

Nom: .....

Adresse: .....

Madame, Monsieur,

I realize that this is a difficult recommendation for you, but based on the results of tests performed, I am recommending you do not drive.

Je sais qu'il s'agit d'une recommandation difficile à accepter, mais d'après les résultats des tests effectués, je recommande que vous arrêtiez de conduire.

Vous avez subi une évaluation visant à étudier vos troubles de la mémoire et de la fonction cognitive. À la suite d'une évaluation complète, nous avons découvert que vous êtes atteint de démence..... dont le degré d'atteinte est .....

Même en présence d'une démence légère, et après comparaison avec des personnes de votre âge, vous êtes huit fois plus à risque d'être impliqué dans un accident de la route au cours de la prochaine année. De plus, même en présence d'une démence légère, le risque que vous soyez impliqué dans un accident grave de la route est de 50 % dans les deux ans suivant le diagnostic.

Voici d'autres facteurs qui ont soulevé, au cours de l'évaluation de votre état de santé, des préoccupations au sujet de la sécurité de votre conduite automobile :

.....  
.....  
.....  
.....

À titre de médecin traitant, j'ai la responsabilité vis-à-vis de la loi de signaler le nom des conducteurs potentiellement non sécuritaires à l'autorité provinciale compétente. Même en présence d'un dossier de conduite sans tache, le risque que vous soyez impliqué dans un accident de la route est trop élevé pour que vous puissiez continuer à conduire. Votre sécurité et celle des autres sont trop importantes pour courir ce risque.

Dr/Dre..... Témoin.....





## 4. RESSOURCES

### RESSOURCES UTILES

1. *Guide de l'AMC : Évaluation médicale de l'aptitude à conduire : Guide du médecin (7e édition)* – aborde tous les troubles médicaux susceptibles d'affecter la conduite automobile et offre des recommandations utiles aux professionnels de la santé. Sections distinctes sur le conducteur vieillissant et le conducteur atteint de démence.

Les membres de l'AMC ont droit à un exemplaire gratuit. Veuillez communiquer avec le centre de service aux membres au 888 855-2555.

[www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/18223/la\\_id/1.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/18223/la_id/1.htm)

2. Lignes directrices de l'AMA : [www.nhtsa.dot.gov/people/injury/olddrive/OlderDriversBook](http://www.nhtsa.dot.gov/people/injury/olddrive/OlderDriversBook)

3. Alzheimer Knowledge Exchange : [www.DrivingandDementia.org](http://www.DrivingandDementia.org)

4. Site Internet du Programme gériatrique régional de l'est de l'Ontario : [www.rgpeo.com](http://www.rgpeo.com)

5. Programme CanDRIVE – Une équipe nationale canadienne vouée à la recherche sur la conduite automobile et les personnes plus âgées. L'objectif est d'améliorer la sécurité liée à la santé des conducteurs plus âgés : [www.candrive.ca](http://www.candrive.ca)

6. Guide: At the Crossroads – conversations about Alzheimer's disease, dementia and driving: <http://thehartford.com/alzheimers/brochure.html>

7. Article: Practical Experience-Based Approaches to Assessing Fitness to Drive in Dementia: [www.geriatricsandaging.ca/drivinganddementia](http://www.geriatricsandaging.ca/drivinganddementia).



# NOTES:



The Champlain  
Dementia Network

Réseau de la démence  
de la région Champlain

June 2009

Dr. Anna Byzsewski  
Geriatric Assessment Unit  
The Ottawa Hospital,  
Civic Campus  
1053 Carling  
Ottawa ON  
K1Y 4E9

613.761.4195  
[www.rgpeo.com](http://www.rgpeo.com)