



# Arrêter ou non la conduite automobile suite à un diagnostic de troubles cognitifs liés au vieillissement

## ▷ Ce document sert à :

vous préparer à discuter des informations disponibles avec le patient pour qu'il amorce une réflexion sur ses préférences et qu'il puisse éventuellement prendre une décision. La Boîte à décision PATIENT est aussi disponible sur notre site pour vous soutenir pendant la rencontre avec le patient ([www.boitedecision.ulaval.ca](http://www.boitedecision.ulaval.ca)).

## ▷ Mon patient désire conduire à tout prix

Le Dr Bernard explique comment il utilise la Boîte à décision dans de tels cas:

«Un de mes patients, M. Gagnon, est atteint de troubles cognitifs modérés. Lors de sa dernière visite, sa femme m'a demandé de lui faire retirer son permis de conduire. Il était **très fâché**. Voici ce que j'ai fait: **1** je leur ai expliqué que nous allons peser ensemble le pour et le contre avant de prendre cette décision importante. **2** Nous avons d'abord utilisé la version patient de la Boîte à décision pour revoir les inconvénients pour lui d'arrêter la conduite, comme la perte de son autonomie. M. Gagnon a réalisé alors que je comprenais ce qu'il ressentait. **3** Nous avons revu ensemble les indicateurs d'une diminution de la capacité à conduire présentés à la page 2 de la Boîte. M. Gagnon a alors reconnu certains indices d'une possible baisse de sa capacité à conduire. **4** Après mon examen clinique, nous avons ensuite revu les avantages à arrêter de conduire à l'aide de la Boîte. Nous avons revu les risques d'accidents, et je lui ai demandé s'il laisserait son petit-fils partir en auto avec un conducteur avec des capacités réduites. Je crois que M. Gagnon a bien saisi les risques. **5** Finalement, nous avons parlé des autres moyens de transport sur lesquels il pourrait compter s'il ne pouvait plus conduire son automobile.»

## ▷ Effets des troubles de la mémoire et de l'attention sur la conduite automobile

Le vieillissement et un diagnostic de troubles cognitifs sont associés à un déclin des aptitudes à conduire et peuvent mener à des accidents routiers. Ces troubles diminuent la capacité à conduire en réduisant<sup>1</sup> :

- ▶ Le temps de réaction;
- ▶ La capacité à interpréter la signalisation routière;
- ▶ L'attention visuelle;
- ▶ La capacité de distinguer la pédale de frein et l'accélérateur.

## ▷ Pourquoi le patient doit-il participer à la prise de décision ?

- ▶ Il est possible qu'une personne soit apte à conduire malgré un diagnostic de troubles cognitifs.<sup>2</sup>
- ▶ Il y a des avantages et inconvénients à **arrêter la conduite automobile** :
  - **Avantages** : Éviter des accidents routiers. On observe 15 accidents automobiles de plus chez 100 aînés présentant des troubles cognitifs comparativement à 100 aînés qui ne présentent pas ces troubles.
  - **Inconvénients** : Chez les aînés en général, l'arrêt de la conduite automobile peut provoquer : une augmentation des symptômes dépressifs, une détérioration accrue de l'état de santé ou une accélération du déclin cognitif.
- ▶ Il existe un **manque de données probantes** sur les effets de l'arrêt de la conduite chez les aînés présentant des troubles cognitifs.
- ▶ Dans certaines situations, **on doit considérer s'il est préférable ou non d'arrêter la conduite automobile**. Dans ces situations, nous proposons que :
  - 1** La décision tienne compte des **valeurs et priorités** du patient et de ses proches aidants
  - 2** Le clinicien **partage la décision** avec le patient et ses proches aidants



## ▷ Quels sont les obligations du patient et des professionnels de la santé ?

### ***Le patient et ses proches aidants doivent :***

- ▶ Déclarer à la société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) tout changement dans son état de santé pouvant affecter ses aptitudes à conduire, dans les 30 jours suivant le changement.
- ▶ Passer une évaluation de ses aptitudes à conduire s'il a un diagnostic de troubles cognitifs.

### ***Le professionnel de la santé doit :***

- ▶ Discuter avec le patient et ses proches des impacts possibles d'un diagnostic de troubles cognitifs sur la conduite automobile.
- ▶ Signaler à la SAAQ tout diagnostic pouvant causer une diminution des aptitudes à conduire, au moyen du formulaire M-28 et recommander au patient de passer un des tests suivant :
  - un test de conduite à la SAAQ (rendez-vous en moins de 21 jours et gratuit);
  - un test fonctionnel avec l'ergothérapeute (délai d'attente pouvant aller jusqu'à 10 mois, sauf en privé), ou;
  - un test spécialisé avec, par exemple, un neurologue ou un optométriste (délai indéterminé).
- ▶ Recommander ou non à la SAAQ et au patient l'arrêt temporaire de la conduite en attendant que le patient passe un test.
- ▶ Discuter d'un plan de transition vers d'autres moyens de transport avec le patient et ses proches en cas d'arrêt de la conduite.

## ▷ Comment identifier une diminution de la capacité à conduire ?

- ▶ **Au moyen des résultats de certaines échelles qui indiquent un risque d'une baisse des aptitudes à conduire :**
  - Échelle *Clinical Dementia Rating* (CDR)  $\geq 0.5$
  - *Mini-Mental State Examination*  $\leq 24$
- ▶ **Par des questions posées aux patients et à leurs proches aidants; à la recherche d'indices d'une possible baisse d'aptitude à conduire, tels :**
  - une diminution des habiletés à conduire;
  - une conduite automobile marginale/non sécuritaire du patient rapportée par le proche;
  - un historique d'accidents ou d'infractions au code de la route dans la dernière année;
  - des comportements agressifs ou impulsifs du patient;
  - le besoin d'avoir un copilote pour aider ou avertir des dangers éventuels;
  - une réduction du kilométrage réalisé dans la dernière année;
  - s'abstenir de conduire la nuit, lors de précipitations, ou dans le trafic;
  - une diminution de la vigilance lors de la conduite automobile, peut-être en raison de médicaments;
  - des signes d'incapacité dans les activités de la vie courante (prise de médicaments, la gestion financière, cuisine, ou faire des courses).
- ▶ **On ne peut pas se fier au jugement du patient qui présente des troubles cognitifs sur ses propres aptitudes à conduire.**

## Avantages d'arrêter la conduite automobile

		Aînés sans troubles cognitifs	Aînés avec troubles cognitifs	Impact des troubles cognitifs	Confiance dans ces résultats
Éviter des accidents d'automobile (résultats contradictoires')	Étude 1	89 % évitent un accident	74 % évitent un accident	15 % ont un accident attribuable aux troubles cognitifs	⊕⊕○○ <sup>3</sup>
	Étude 2	Ne change pas de manière significative.			⊕⊕○○ <sup>4</sup>
Éviter la conduite non sécuritaire		3 % sont jugés inaptes à conduire lors d'un test de conduite sur route	19 % (troubles très légers) à 41 % (troubles légers) sont jugés inaptes à conduire lors d'un test de conduite sur route	16 à 38 % ont une conduite non sécuritaire due aux troubles cognitifs	⊕⊕○○ <sup>1,5</sup>
Éviter la détérioration de la conduite			50 % des aînés aptes à conduire et présentant des troubles cognitifs expérimenteront une détérioration de leur conduite au cours de deux années de suivi et seront jugés inaptes à conduire une automobile.		⊕⊕⊕⊕ <sup>6</sup>

## Inconvénients d'arrêter la conduite automobile

**Note :** Les inconvénients suivants ont tous été mesurés chez **des aînés de la population générale, parmi lesquels certains présentaient des troubles cognitifs**. À notre connaissance, il n'existe aucune étude sur les inconvénients de l'arrêt de la conduite chez une population exclusivement d'aînés avec des troubles cognitifs.

	Arrêt de la conduite automobile	Poursuite de la conduite automobile	Impact de l'arrêt de la conduite automobile	Confiance dans ces résultats
Augmentation des <b>symptômes dépressifs</b> pour...	34 % des aînés	23 % des aînés	11 % de plus	⊕○○○ <sup>7,8</sup>
Augmentation du <b>sentiment de perte d'indépendance</b> et de contrôle pour...	59 % des aînés	41 % des aînés	18 % de plus	⊕⊕○○ <sup>16</sup>

## L'arrêt de la conduite automobile cause aussi:

Une détérioration de la <b>santé globale</b>	50 % plus rapidement pendant les deux années suivant l'arrêt de la conduite comparativement à avant l'arrêt.	⊕⊕○○ <sup>7,8</sup>
Une accélération du <b>déclin cognitif</b>	50 % plus rapide pendant les 10 ans suivant l'arrêt de la conduite comparativement aux aînés qui continuent à conduire.	⊕⊕○○ <sup>10</sup>
Une augmentation du <b>risque de mortalité</b>	Risque plus élevé de mourir au cours des 3-5 années suivant l'arrêt de la conduite, comparativement aux aînés qui continuent de conduire.	⊕⊕○○ <sup>11,12</sup>
Une augmentation du risque d'être <b>admis dans un établissement de soins de longue durée</b>	Risque plus élevé d'être admis dans un établissement de soins de longue durée au cours des 8 années après l'arrêt de la conduite, comparativement aux aînés qui conduisent toujours.	⊕⊕○○ <sup>13</sup>
<b>Des difficultés dans les tâches quotidiennes et déplacements</b> comparativement aux aînés qui conduisent	Diminution de 6 points dans les fonctions physiques (sous-échelle du SF-36, allant de 0-100); En moyenne, une activité de moins à l'extérieur de la maison (p. ex., magasinage, activités sociales, activités religieuses, etc.).	⊕⊕○○ <sup>7,8,14</sup>
Une réduction des <b>activités sociales et bénévoles</b> comparativement aux aînés qui conduisent	5 % de diminution du nombre d'interactions sociales durant les 8 années après l'arrêt de la conduite automobile. Diminution des chances d'être impliqué dans des activités visant à aider les autres.	⊕⊕○○ <sup>7,15</sup>

### Légende - Niveau de confiance en ces résultats:

- ⊕⊕⊕⊕ **Élevé** : il est peu probable que de nouvelles recherches modifient ce résultat
- ⊕⊕⊕○ **Modéré** : de nouvelles recherches pourraient modifier ce résultat
- ⊕⊕○○ **Faible** : il est très probable que de nouvelles recherches modifieraient ce résultat
- ⊕○○○ **Très faible** : cet estimé est très incertain

► **À considérer :**

**Lors d'un arrêt la conduite automobile**

*On devra s'adapter à cette nouvelle situation*

*Des organismes et services permettant à la personne ayant des troubles de mémoire et d'attention de se déplacer (voir ressources, page 5)*

- ▶ Services de transport collectif adaptés
- ▶ Transport par taxi
- ▶ Services offerts par les organismes communautaires
- ▶ Amis, voisins et proches
- ▶ Transports en commun
- ▶ Marcher

*Certains services sont aussi disponibles au domicile :*

- ▶ Livraison de repas préparés
- ▶ Livraison d'épicerie
- ▶ Livraison de médicaments
- ▶ Services bancaires électroniques

**Lorsqu'on continue la conduite automobile**

En raison de la nature progressive de la maladie, il faudra rester attentif aux changements dans les habitudes de conduite, tels :

- ▶ Mal évaluer les distances, causant un nombre inhabituel de bosses ou éraflures sur le véhicule
- ▶ Ne pas conduire à la bonne vitesse ou s'arrêter sans raison apparente
- ▶ Ne pas savoir quand s'arrêter ou changer de voie
- ▶ Se perdre dans des rues bien connues
- ▶ Conduire dans la mauvaise direction
- ▶ Utiliser les signaux de façon incorrecte
- ▶ Ignorer les feux de circulation et les panneaux de signalisation
- ▶ Éviter des accidents de justesse, ne pas freiner à temps
- ▶ Recevoir de plus en plus de contraventions ou d'avertissements de la police

► **Questions à poser au patient pour identifier ses besoins pour prendre une décision :**

- **Avez-vous des questions sur les avantages et inconvénients de chacune des options ?**
- **Quels avantages et inconvénients sont les plus importants pour vous ?**
- **Êtes-vous certain de ce qui constitue le meilleur choix pour vous ? Pourquoi ?**
- **Qui peut vous soutenir afin de faire votre choix ?**

## Liste de ressources et de contacts (territoire de la Capitale-Nationale)

### • Transport collectif

Service de Transport Adapté de la Capitale (STAC) : 418-687-6320

Des frais d'utilisation sont applicables (Mensuel : 52,00\$ ; Par passage : 2,25\$)

### • Transport offert par des bénévoles et organismes communautaires.

Pour trouver l'organisme le plus près de chez vous, contacter : L'Appui (1-855-8522-7784 ; [www.lappui.org](http://www.lappui.org))

Le service est généralement offert gratuitement, des dons à l'organisme peuvent être fait selon votre volonté.

## Description des études :

**1- Man-Son-Hing et al. 2007. *Journal of the American Geriatrics Society* 55(6): 878-884.**

**Type d'étude :** Revue systématique de 23 études cas-témoins. **Participants :** 454 aînés atteints de troubles cognitifs (TC) (cas) et 508 non atteints de TC (témoins) dans 11 études de performance à un test de conduite sur route, 178 cas et 248 témoins dans 6 études sur la performance à un test sur simulateur de conduite, 587 aînés avec accidents sur route (cas) et 1101 aînés sans accident (témoin) dans 6 études sur le nombre d'accidents sur route.

**2- Iverson et al. 2010. *Neurology* 74(16):1316-1324. Type d'étude :** Revue systématique de 36 études observationnelles (transversales, cohortes, cas-témoins) s'intéressant à la gestion et l'évaluation du risque à conduire chez les personnes présentant des TC.

**Participants :** 87 000 adultes d'âge variée avec ou sans TC.

**3- Cooper et al. 1993. *Journal of Safety Research* 24(1): 9-17. Type d'étude :** Cas-témoin; **Participants :** 165 aînés atteints de TC (cas), 165 aînés non atteints de TC (témoin). **Durée d'observation :** moyenne de 2,5 années.

**4- Trobe et al. 1996. *Accident Analysis & Prevention* 33(4) : 519-528. Type d'étude :** Cas-témoins; **Participants :** 143 aînés atteints de TC (cas), 715 aînés non atteints de TC (témoins) **Durée d'observation :** moyenne de 2,5 ans.

**5- Hunt et al. 1997. *Archives of Neurology* 54(6):707-12. Type d'étude :** Cohorte; **Participants :** 65 aînés atteints de TC (36 stade très léger, 29 stade léger), 58 témoins aînés sans TC.

**6- Duchek et al. 2003. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(10), 1342-1347. Type d'étude :** cohorte; **Participants :** aînés atteints de TC (21 atteints de démence très légère, 29 de démence légère) et 58 aînés non-atteints de TC (témoins); **Durée d'observation :** 2 années.

**7- Chihuri et al. 2016. *Journal of the American Geriatrics Society* 64(2): 332-341. Type d'étude :** Revue systématique de 12 études de cohortes et 4 études transversales mesurant différents indices de santé en fonction du statut de conducteur; **Participants :** 33 000 personnes âgées de 55 ans et plus avec ou sans TC.

**8- Fonda et al. 2001. *Journals Of Gerontology Series B-Psychological Sciences And Social Sciences* 56 (6), S343-51. Type d'étude :** Cohorte; **Participants :** 3543 aînés avec ou sans TC  $\geq$  70 ans; **Durée d'observation :** 2 années. **Variables d'ajustement :** caractéristiques sociodémographiques, indicateurs de santé au début de l'étude, changements dans les indicateurs de santé survenus entre les 2 temps de mesure et conduite automobile des épouses.

**9- Edwards et al. 2009. *Journals Of Gerontology Series A-Biological Sciences And Medical Sciences* 64(12), 1290-1295. Type d'étude :** Cohorte; **Participants :** 690 aînés avec ou sans TC  $\geq$  60 ans; **Durée d'observation :** 5 années. **Variables d'ajustement :** âge, sexe et années d'éducation

**10- Choi et al. 2014. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 29(5), 447-453. Type d'étude :** Cohorte; **Participants :** 9135 personnes avec ou sans TC  $\geq$  55 ans; **Durée d'observation :** 10 années. **Variables d'ajustement :** âge, sexe, race, éducation, comorbidités, activités de la vie quotidienne, score de la fonction cognitive au début de l'étude.

**11- Edwards et al. 2009. *Journals Of Gerontology Series A-Biological Sciences And Medical Sciences* 64(2), 300-5. Type d'étude :** Cohorte; **Participants :** 660 aînés avec ou sans TC  $\geq$  63 ans; **Durée d'observation :** 3 années.

**12- O'connor et al. 2013. *Journal of Aging and Health* 25(8 Suppl), 249s-69s. Type d'étude :** Cohorte; **Participants :** 2793 aînés avec ou sans TC  $\geq$  65 ans ; **Durée d'observation :** 5 années.

**13- Freeman et al. 2006. *American Journal of Public Health* 55(6), S334-40. Type d'étude :** Cohorte; **Participants :** 1593 aînés avec ou sans TC  $\geq$  65 ans; **Durée de l'observation :** 10 années.

**14- Marottoli et al. 2000. *Journals Of Gerontology Series B-Psychological Sciences And Social Sciences* 55(6), S334-40. Type d'étude :** Cohorte; **Participants :** 1316 aînés de plus de 65 ans et vivant en communauté; **Durée de l'observation :** 6 années. **Variables d'ajustement :** âge, sexe, race, statut du ménage (public ou privée), statut de chauffeur (oui/non) au début de l'étude.

**15- Curl et al. 2014. *Gerontologist* 54(3), 423-33. Type d'étude :** Cohorte; **Participants :** 4788 aînés de plus de 65 ans; **Durée de l'observation :** 12 années. **Variables d'ajustement :** âge, sexe, race, éducation, statut marital, revenu annuel du ménage, symptômes dépressifs, conditions chroniques, auto-évaluation de la santé, activités instrumentales de la vie quotidienne, habilités cognitives.

**16- Windsor et al. 2007. *Gerontologist* 47(2), 215-23. Type d'étude :** Cohorte; **Participants :** 700 aînés de plus de 70 ans, vivant en communauté; **Durée de l'observation :** 2 années

**Auteurs:** Anik Giguère (PhD), Johanne Senneville (Inf), Béatriz Valéra (Pharma, PhD), Gabriel Bilodeau (Inf), Juliette Bruneau, Audrey Michaud, Eyal Derhy (étudiant MD), Michel Moreau-Lapointe (MSc), Danielle Caron (PhD)

**Aucun conflit d'intérêt à déclarer :** Le développement de cet outil a été financé par une subvention de recherche du Ministère de l'Économie, de l'Innovation des Exportations du Québec, ainsi que par SOVAR. Les agences subventionnaires, les auteurs et leurs organisations affiliées n'ont pas d'intérêt en jeu dans la décision prise par les patients après avoir utilisé cette Boîte à décision.

**Prochaine mise à jour :** Février 2019.

© Université Laval, 2017

