

# **Guide explicatif du *Règlement relatif à la santé des conducteurs***



Dernière mise à jour – septembre 2021

## Table des matières

Avant-propos	5
Introduction	6
PREMIÈRE PARTIE : LA SANTÉ ET LA CONDUITE AUTOMOBILE .....	8
NOTIONS DE BASE .....	8
LES CLASSES DE PERMIS DE CONDUIRE .....	8
LES CONDITIONS ASSORTISSANT LE PERMIS .....	8
LES MÉCANISMES DE DÉPISTAGE DES PROBLÈMES DE SANTÉ CHEZ LE CONDUCTEUR .....	8
<i>La première demande de permis de conduire</i> .....	9
<i>Le renouvellement du permis de conduire et les changements à l'état de santé</i> .....	9
<i>Les contrôles statutaires en fonction de l'âge et de la classe de permis</i> .....	9
<i>Les contrôles périodiques en fonction des maladies déjà déclarées à la Société</i> .....	10
<i>Le signalement par un citoyen</i> .....	10
<i>La déclaration d'inaptitude remplie par un professionnel de la santé</i> .....	10
<i>La demande policière de vérification de l'état de santé d'un conducteur</i> .....	10
L'ÉVALUATION DE LA SANTÉ DES CONDUCTEURS ET DE L'APTITUDE À CONDUIRE .....	11
LE TRAITEMENT DES DOSSIERS PAR LE SEMSC .....	12
LES ASPECTS LÉGAUX DE L'ÉVALUATION DE LA SANTÉ DES CONDUCTEURS.....	13
<i>Les obligations du conducteur</i> .....	13
<i>Les responsabilités du professionnel de la santé désigné par le CSR</i> .....	14
LES INCAPACITÉS DE COURTE DURÉE.....	15
LES CONDITIONS MÉDICALES INCOMPATIBLES AVEC LA CONDUITE AUTOMOBILE ET LE POUVOIR DISCRÉTIONNAIRE DE LA SOCIÉTÉ .....	15
LE VIEILLISSEMENT ET LA CESSATION DE LA CONDUITE .....	16
<i>Les modifications aux habitudes de conduite</i> .....	16
<i>La cessation de la conduite</i> .....	17
DEUXIÈME PARTIE : INTERPRÉTATION ET APPLICATION DES NORMES MÉDICALES ÉNONCÉES DANS LE RÈGLEMENT	19
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	19
<i>La fidélité au traitement</i> .....	19
MALADIES DE L'ŒIL ET DÉFICIENCE VISUELLE .....	19
<i>La vision et la conduite automobile</i> .....	20
<i>Les examens visuels obligatoires pour obtenir un permis</i> .....	20
<i>L'acuité visuelle</i> .....	21
<i>Les atteintes du champ visuel</i> .....	21
<i>La perception des couleurs</i> .....	22
<i>La vision nocturne</i> .....	22
<i>La perception des distances</i> .....	23
<i>La sensibilité aux contrastes</i> .....	23
<i>Les troubles de réfraction</i> .....	23
<i>Les cataractes</i> .....	23
<i>Le glaucome</i> .....	24
<i>Les maladies de la rétine</i> .....	24
<i>Les troubles de la fonction oculomotrice</i> .....	24
<i>Les autres pathologies</i> .....	24
<i>La chirurgie réfractive</i> .....	25
<i>Les systèmes télescopiques</i> .....	25
MALADIES ET DÉFICIENCES DES OREILLES.....	25
<i>L'audition et la conduite automobile au Québec</i> .....	26
<i>Les exigences relatives à la conduite aux États-Unis</i> .....	26
MALADIES ET DÉFICIENCES DE L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE .....	26

<i>Les maladies cardiovasculaires et la conduite automobile</i> .....	27
<i>L'évaluation cardiovasculaire</i> .....	27
<i>Les défibrillateurs internes à synchronisation automatique (DISA)</i> .....	28
<i>Les lésions artérielles obstructives</i> .....	29
MALADIES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET DÉFICIENCE MOTRICE .....	29
<i>Les prérequis à la conduite</i> .....	29
<i>Les exigences relatives au rapport médical</i> .....	30
<i>Les incapacités musculo-squelettiques et le permis de conduire</i> .....	30
TROUBLES PSYCHIATRIQUES .....	31
<i>Les troubles psychiatriques et la conduite automobile</i> .....	31
<i>Schizophrénie, trouble schizo-affectif, psychose aiguë</i> .....	32
<i>Maladie affective bipolaire, dépression majeure et autres troubles affectifs</i> .....	32
<i>Idéations suicidaires et comportements agressifs</i> .....	33
<i>Les troubles psychiatriques majeurs récurrents</i> .....	33
<i>Les troubles anxieux</i> .....	33
<i>Le trouble de l'attention avec hyperactivité</i> .....	33
<i>Les troubles du spectre de l'autisme</i> .....	34
<i>La déficience intellectuelle</i> .....	34
TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU D'AUTRES SUBSTANCES.....	34
<i>La réglementation</i> .....	35
<i>Le diagnostic et la déclaration de troubles liés à la consommation de substances</i> .....	36
<i>Le cannabis</i> .....	37
<i>Les effets des médicaments sur le conducteur</i> .....	39
MALADIES ET ATTEINTES DU SYSTÈME NERVEUX .....	40
<i>Accident vasculaire cérébral et ischémie cérébrale transitoire</i> .....	42
<i>Anévrisme cérébral</i> .....	43
<i>Épilepsie et convulsions</i> .....	43
TROUBLES COGNITIFS.....	43
<i>Le dépistage de l'inaptitude à conduire</i> .....	44
<i>Les exigences relatives à la conduite automobile</i> .....	45
MALADIES ET DÉFICIENCES DU MÉTABOLISME .....	46
<i>Le diabète</i> .....	46
<i>Autres troubles endocriniens</i> .....	47
MALADIES ET DÉFICIENCES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE .....	48
LES MALADIES RESPIRATOIRES .....	48
<i>Les troubles du sommeil</i> .....	49
<i>La narcolepsie</i> .....	50
ATTEINTES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL ET ATTEINTES MULTIPLES.....	50
<i>Les vertiges périphériques et les étourdissements occasionnels</i> .....	50
<i>L'obésité morbide</i> .....	50
<i>Autres conditions pouvant entraîner des atteintes fonctionnelles</i> .....	51
<b>Bibliographie</b> 52	
WEBOGRAPHIE.....	52
OUVRAGES CITÉS .....	53
AUTRE DOCUMENTATION PERTINENTE .....	57
Annexe A Classes de permis.....	58
Annexe B Conditions pouvant être ajoutées aux permis de conduire .....	59
Annexe C La <i>Déclaration de maladie ou de déficit fonctionnel (DMDF)</i> .....	61
Annexe D Formulaire <i>Déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier (DI)</i> .....	62
Annexe E Trouble de l'usage de l'alcool ou de toute autre une substance.....	63

Annexe F Trail Making Test, partie B .....	65
TRAIL MAKING TEST, PARTIE B – EXEMPLE.....	66
Annexe G Précisions sur les demandes d’exemption .....	67
EXEMPTION DU PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ .....	67
DEMANDE D’EXEMPTION (DÉSACTIVATION) DES SACS GONFLABLES .....	68

# Avant-propos

La Société de l'assurance automobile du Québec (Société) est fière de présenter cette nouvelle version du *Guide explicatif du Règlement relatif à la santé des conducteurs* (Guide), anciennement connu sous le nom de *Guide de l'évaluation de l'aptitude à conduire au Québec*. Conçu à l'intention des professionnels de la santé soucieux de la sécurité routière, ce Guide explique la manière d'interpréter et d'appliquer les normes médicales contenues dans le *Règlement relatif à la santé des conducteurs* (Règlement).

Le Guide ne remplace pas le Règlement; il le complète en apportant des précisions supplémentaires<sup>1</sup>. Il est à la disposition des professionnels de la santé désireux de fournir à la Société des informations lui permettant de prendre des décisions justes et équitables en matière de délivrance de permis de conduire. Les médecins, optométristes, psychologues, ergothérapeutes et infirmières/infirmiers sont les professionnels de la santé visés par la loi, comme l'indique le *Code de la sécurité routière* (CSR) à l'article 4. Cependant, d'autres professionnels de la santé ont également un important rôle à jouer dans le dépistage de conducteurs potentiellement inaptes à la conduite. C'est pourquoi le terme « professionnels de la santé » sera utilisé ici au sens large, sauf si le contraire est précisé.

Le Guide permet aussi de mieux comprendre les risques, pour la sécurité routière, que posent certains problèmes de santé, dans une optique de prévention des décès et des blessures liés à des accidents de la route. Ainsi, il est fortement recommandé au professionnel de la santé qui souhaite approfondir ses connaissances de consulter également d'autres sources documentaires, telles que le guide de pratique du Collège des médecins du Québec (CMQ) en collaboration avec la Société<sup>2</sup>, et celui de l'Association médicale canadienne (AMC)<sup>3</sup>, pour ne nommer que celles-là. Du côté canadien, on se référera à la norme 6 du *Code canadien de sécurité* publié sur le site du Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM) pour en apprendre davantage sur le processus d'application des normes médicales canadiennes relatives à l'aptitude à conduire<sup>4</sup>.

Enfin, la Société offre d'autres services de soutien aux professionnels de la santé qui souhaitent collaborer à sa mission de promouvoir la sécurité routière. Elle met notamment à leur disposition des séances de formation continue sur l'évaluation de l'aptitude à conduire ainsi que sur le dépistage de l'inaptitude à la conduite. Les professionnels de la santé qui souhaitent y participer peuvent communiquer avec la Direction de la recherche et du développement en sécurité routière de la Société, ou avec leur ordre professionnel. Le site Web de la Société comporte de l'information sur certaines conditions médicales qui peuvent affecter la capacité de conduire<sup>5</sup>. L'Extranet Santé de la Société comprend des renseignements sur des sujets reliés au domaine de la santé et de la sécurité routière, ainsi que des liens vers des sources documentaires pertinentes<sup>6</sup>. Il donne également accès aux formulaires les plus fréquemment utilisés. Finalement, la ligne téléphonique exclusivement réservée aux professionnels de la santé (**1 866 599-6915**) a été conçue pour faciliter les échanges et s'assurer que ces professionnels obtiennent rapidement des réponses à leurs questions.

---

<sup>1</sup> Le texte du Règlement, reproduit dans ce Guide, a pu changer depuis sa parution. Il est prudent de se référer au texte légal courant ayant valeur officielle : Publications Québec, « Règlement relatif à la santé des conducteurs C-24.2, r. 40.1 » [en ligne], <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-24.2,%20r.%2040.1> (page consultée pour la dernière fois le 19 février 2021).

<sup>2</sup> Collège des médecins du Québec et Société de l'assurance automobile du Québec, *L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile; Guide d'exercice du Collège des Médecins du Québec*, mars 2007, 22 pages.

<sup>3</sup> Association médicale canadienne, *L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire – Guide du médecin, édition 9.1*, 2019, xv,-195 pages.

<sup>4</sup> Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé, *Norme 6 : détermination de l'aptitude à conduire au Canada*, Ottawa, janvier 2020, i-313 pages [en ligne], <https://ccmta.ca/web/default/files/PDF/NSC-French/Code%20canadien%20de%20s%C3%A9curit%C3%A9%20-%20Norme%206%20-%20D%C3%A9termination%20de%20l'aptitude%20-%20-%20A0%20conduire%20au%20Canada%20-%20F%C3%A9vrier%202021%20-%20finale.pdf> (page consultée pour la dernière fois le 22 septembre 2021).

<sup>5</sup> Société de l'assurance automobile du Québec, « Conditions médicales » [en ligne], <https://saaq.gouv.qc.ca/securete-routiere/comportements/sante-conducteurs/conditions-medicales> (page consultée pour la dernière fois le 19 février 2021).

<sup>6</sup> Société de l'assurance automobile du Québec, « Extranet-Santé ; Santé des conducteurs » [en ligne], <https://saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante/sante-conducteurs> (page consultée pour la dernière fois le 19 février 2021).

**MESSAGE IMPORTANT EN LIEN AVEC LA PANDÉMIE DE COVID-19 :**

Étant donné la situation exceptionnelle qui accroît la pression sur le système de la santé, il se peut que des changements temporaires soient mis en place afin d'alléger le processus de dépistage des conditions de santé pouvant affecter la conduite automobile. Au moment de finaliser cet ouvrage, des solutions visant à modifier les exigences habituelles quant aux contrôles statutaires des conducteurs âgés (voir page 9 de ce Guide) sont proposées et seront implantées sous peu.

Le site Web et l'Extranet Santé de la Société seront mis à jour régulièrement afin de refléter toute réalité temporaire pouvant avoir une incidence sur le travail des professionnels de la santé, qui demeurent d'importants partenaires pour le dépistage et l'évaluation de l'aptitude à conduire.

## Introduction

Conduire un véhicule routier au Québec est un privilège et non un droit, malgré l'importance que revêt l'automobile pour beaucoup d'individus en raison de l'autonomie qu'elle procure et de la symbolique qui y est associée. L'accès au permis est réglementé, et c'est la Société qui établit les règles d'obtention et de maintien de ce privilège, en vertu de dispositions contenues dans le CSR.

L'un des mandats de la Société est de veiller à ce que les candidats à la conduite en soient aptes, et à ce que les titulaires de permis le demeurent. C'est pour faciliter cette mission que le *Règlement sur les normes médicales et optométriques pour la conduite d'un véhicule routier et sur les conditions dont un permis peut être assorti*, le précurseur de l'actuel Règlement, fut élaboré en 1988 et adopté en janvier 1989. En 1994, la Société a produit la première version du Guide, qui s'appelait alors *Guide de l'évaluation médicale et optométrique des conducteurs du Québec*, dans le but d'expliquer aux professionnels de la santé la manière d'interpréter et d'appliquer les normes médicales qui y étaient énoncées.

En 1997, des changements significatifs au contenu du premier règlement sur les normes médicales, qui se transforma alors en *Règlement sur les conditions d'accès à la conduite d'un véhicule routier relatives à la santé des conducteurs*, entraînèrent la rédaction d'une nouvelle édition du guide d'interprétation en 1999. Puis, en 2015, ce deuxième règlement fut révisé de fond en comble afin de refléter l'évolution des connaissances médicales, et devint l'actuel *Règlement relatif à la santé des conducteurs*. Comme il se devait, le précédent guide d'interprétation fut remplacé en 2016 par le *Guide de l'évaluation de l'aptitude à conduire au Québec*, mis à jour en 2018 et duquel s'inspire très fortement ce présent Guide. Les normes retenues pour l'élaboration du Règlement et du Guide tiennent compte des meilleures données scientifiques disponibles ainsi que de l'expérience clinique, validée par des consensus d'experts. Des références sont disponibles en bibliographie.

Plusieurs facteurs influencent grandement l'aptitude à conduire un véhicule routier. L'alcool et le vieillissement, par exemple, en font partie. C'est ainsi que, chaque année entre 2014 et 2018, les accidents imputables à l'alcool ont causé en moyenne 26 % des décès sur la route. Le vieillissement constitue un autre phénomène préoccupant sur le plan de la sécurité routière, en raison des problèmes qui peuvent s'y associer (troubles visuels, cardiaques, respiratoires, endocrinologiques, locomoteurs et neurologiques incluant les troubles cognitifs) et de la proportion toujours croissante de personnes âgées dans la population.

L'espérance de vie tend à augmenter, au Québec comme un peu partout en Occident; le grand âge ne peut donc être défini de la même manière qu'il y a 50 ou 100 ans. Dans ce document, l'expression « conducteurs âgés » fera référence aux conducteurs de 65 ans et plus, ce qui correspond à la manière dont les statistiques sont généralement présentées. En 2000, les conducteurs de 65 ans et plus comptaient pour 11 % de la population des conducteurs, tandis qu'en 2019, leur proportion était passée à 22 %. Or, les conditions médicales qui peuvent influencer l'aptitude à conduire tendent à s'accumuler avec le vieillissement. Selon une récente étude de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), près d'un adulte québécois sur cinq et d'un aîné sur deux sont dans un état de

multimorbidité, c'est-à-dire qu'ils vivent avec au moins deux maladies chroniques diagnostiquées. En 2016, la multimorbidité affectait plus de 1,1 million de Québécois âgés de 25 ans et plus. L'avancement en âge et l'augmentation de la défavorisation sociale et matérielle sont associés à une prévalence de la multimorbidité plus élevée<sup>7</sup>, mais tout titulaire de permis de conduire ou tout candidat au permis, peu importe son âge, peut être porteur de conditions médicales ou de limitations fonctionnelles qui influencent l'aptitude à conduire. Personne n'est malheureusement à l'abri de naître avec une déficience, d'en développer une ou de subir un trauma avec séquelles.

Pour prendre des décisions relatives au statut des permis de conduire, la Société s'appuie en grande partie sur les informations qui lui sont fournies par les professionnels de la santé, soit les conditions médicales de leurs patients, les médicaments qui leur sont prescrits et, surtout, les limitations fonctionnelles qu'ils présentent. **En effet, les limitations fonctionnelles accompagnant une condition médicale sont souvent plus déterminantes que le diagnostic lui-même pour orienter les décisions relatives aux permis de conduire.** Il est donc essentiel que les rapports d'évaluation des professionnels de la santé mettent l'accent sur ce point ainsi que sur les risques d'incapacité soudaine au volant, plutôt que de se limiter à énumérer les pathologies diagnostiquées chez leurs patients. La Société révisé ses formulaires régulièrement afin qu'ils reflètent ses besoins en termes de renseignements.

Le signalement d'une problématique à la Société ne mène pas automatiquement au retrait du permis. Il faut parfois un complément d'information pour statuer. En effet, le Québec reconnaît depuis longtemps qu'il y a des individus en mesure de conduire malgré des déficiences jugées incompatibles avec la conduite automobile. L'article 191.1 du CSR précise que la Société « peut ne pas suspendre un permis » lorsque son titulaire est en mesure de démontrer une conduite sécuritaire malgré son état de santé. En d'autres termes, la Société bénéficie d'un pouvoir discrétionnaire qui lui permet de prendre des décisions personnalisées au cas par cas, en fonction des capacités réelles de la personne, et non uniquement de son diagnostic. C'est pourquoi depuis 1993, et *a fortiori* depuis l'élaboration en 2004 d'un test sur route spécifique appelé « Réévaluation de compétences », la Société permet à certains de lui prouver qu'ils sont capables de conduire, malgré un diagnostic qui normalement les en empêcherait.

La première section de ce Guide permet de comprendre les liens entre, d'une part, la loi et l'état de santé des conducteurs au Québec et, d'autre part, les mécanismes de vérification de l'aptitude à conduire un véhicule routier, tandis que la seconde section reprend tous les articles du Règlement afin d'y ajouter des précisions et explications.

---

<sup>7</sup> Institut national de santé publique du Québec (Bureau d'information et d'études en santé des populations), *La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017*, coll. Surveillance des maladies chroniques, numéro 29, 12 pages.

# PREMIÈRE PARTIE : LA SANTÉ ET LA CONDUITE AUTOMOBILE

## Notions de base

La délivrance d'un permis de conduire un véhicule routier au Québec est un privilège qui peut être accordé à une personne domiciliée au Québec et qui se conforme aux exigences décrites dans les textes de loi et les règlements en vigueur. Le permis de conduire permet la conduite de tout véhicule compris dans la ou les classe(s) y paraissant. Son titulaire doit également respecter toute condition qui pourrait y être inscrite.

## Les classes de permis de conduire

Il existe plusieurs classes de permis de conduire au Québec. Chacune d'elles autorise la conduite d'une catégorie précise de véhicules routiers. Les classes de permis sont identifiées par des chiffres, auxquels s'ajoutent parfois des lettres. Au verso de chaque permis de conduire se trouvent indiquées les classes de véhicules que le titulaire est autorisé à conduire. Un tableau illustrant les différentes classes de permis figure à l'annexe A.

## Les conditions assortissant le permis

À la suite de l'analyse des rapports médicaux, la Société peut assortir un permis de conduire de certaines conditions, dont la liste complète figure à l'annexe B. Ces conditions ont pour but de rendre la conduite plus sécuritaire, c'est-à-dire :

- de faciliter la conduite d'un véhicule routier;
- de limiter la période ou la durée de conduite;
- d'améliorer l'état fonctionnel du titulaire;
- de prévoir des contrôles médicaux périodiques;
- de limiter les catégories de véhicules que peut conduire le titulaire du permis.

Par exemple, une personne dont le membre inférieur droit n'est pas fonctionnel pourrait voir la condition R ajoutée à son permis, et donc d'être dans l'obligation, pour conduire, d'avoir un véhicule muni d'un accélérateur placé à gauche.

Un professionnel de la santé à qui un client demande de remplir un formulaire destiné au service de l'évaluation médicale de la Société doit savoir que cette dernière indique toujours, sur ce formulaire qu'elle transmet au client, le nom de ce dernier, les classes de véhicules qu'il est autorisé à conduire, ainsi que les conditions assortissant son permis de conduire, le cas échéant. Il est possible qu'un professionnel détecte chez son client la présence d'une déficience ou incapacité affectant la conduite, sans qu'une condition au permis soit mentionnée sur le formulaire; cela indique que la Société n'a pas été informée de la situation.

## Les mécanismes de dépistage des problèmes de santé chez le conducteur

La Société a mis en œuvre des mécanismes de dépistage de problèmes de santé chez les titulaires de permis, afin de vérifier s'ils sont présents, et s'ils influencent leur aptitude à conduire, le cas échéant.

## LA PREMIÈRE DEMANDE DE PERMIS DE CONDUIRE

Toute personne désireuse d'obtenir un permis de conduire doit suivre et réussir un cours de conduite dans une école reconnue. Lors de son inscription, l'école de conduite lui fournira un formulaire appelé *Déclaration de maladie ou de déficit fonctionnel* (DMDF), qui est un questionnaire portant sur son état de santé; ce dernier est reproduit à l'annexe C. Advenant qu'elle puisse répondre « oui » à l'une des questions de la DMDF, la personne se verra dans l'obligation de remplir et de retourner ce formulaire à la Société. Si sa condition médicale fait partie de celles qui sont potentiellement incompatibles avec la conduite automobile, la Société lui demandera de fournir un rapport d'évaluation médicale avant de poursuivre son apprentissage.

Après avoir réussi l'examen théorique de son école de conduite, tout aspirant conducteur doit se présenter dans un centre de services pour obtenir un permis d'apprenti conducteur. Il doit alors répondre à un questionnaire sur ses problèmes de santé passés et présents, et passer un test visuel sur place. Tout soupçon d'un problème ayant potentiellement des effets sur la conduite automobile peut entraîner l'obligation de se soumettre à une évaluation plus élaborée.

Pour sa part, le conducteur qui désire ajouter une classe professionnelle (classes 1 à 4) à son permis doit transmettre d'emblée le formulaire M-28<sup>8</sup> (*Rapport d'examen médical*) dûment rempli et passer un test visuel de dépistage en centre de services.

## LE RENOUVELLEMENT DU PERMIS DE CONDUIRE ET LES CHANGEMENTS À L'ÉTAT DE SANTÉ

L'aspirant conducteur doit fournir des renseignements concernant sa santé au moment où il demande un permis, comme cela est expliqué à la section précédente. En vertu de l'article 95 du CSR, il doit par la suite informer la Société de tout changement relatif à son état de santé dans les 30 jours suivant ce changement. Pour ce faire, la DMDF est disponible en version à télécharger, sur le site Web de la Société.

De plus, tous les titulaires de permis reçoivent annuellement un avis de paiement dont ils doivent s'acquitter afin de conserver le privilège de conduire. Cet avis de paiement contient notamment une DMDF, qui doit être remplie et retournée si la santé du conducteur a subi un changement dont la Société n'a pas encore été avisée.

## LES CONTRÔLES STATUTAIRES EN FONCTION DE L'ÂGE ET DE LA CLASSE DE PERMIS

Au moment d'écrire ces lignes, tous les conducteurs de véhicules des classes 5, 6 et 8 doivent se soumettre à une évaluation médicale et à un examen visuel par un ophtalmologiste ou un optométriste à l'âge de 75 ans. Ensuite, à partir de l'âge de 80 ans, ils doivent répéter ces examens tous les deux ans. Évidemment, la présence de certaines conditions médicales peut donner lieu à des contrôles médicaux plus fréquents. **Il est à noter qu'un nouveau mode de fonctionnement, remplaçant la procédure actuelle pour la cohorte des 75 ans uniquement, sera graduellement mis en place à l'automne 2021.** Les conducteurs visés devront remplir un questionnaire sur leur santé (formulaire M-4<sup>9</sup>) et le retourner à la Société. Advenant une réponse positive à une ou à plusieurs questions, le conducteur se verra remettre un rapport médical et/ou un rapport visuel à faire remplir par un professionnel de la santé.

Pour les titulaires de permis des classes professionnelles (classes 1 à 4), la fréquence des contrôles est différente. Ceux qui désirent conduire leur véhicule des classes professionnelles aux États-Unis doivent se soumettre à une évaluation médicale tous les cinq ans jusqu'à l'âge de 45 ans, tous les trois ans entre 45 et 65 ans, et chaque année par la suite, afin de satisfaire aux normes états-uniennes en la matière. Les titulaires de permis des classes professionnelles qui ne demandent pas à conduire aux États-Unis doivent, pour leur part, se soumettre à une évaluation médicale à l'âge de 45 ans, puis à 55, 60 et 65 ans, et chaque deux ans par la suite.

---

<sup>8</sup> Le formulaire M-28 *Rapport d'examen médical* devrait être modifié en septembre 2021. Le professionnel de la santé qui souhaite utiliser la version la plus récente pourra la télécharger sur l'Extranet Santé, où elle sera déposée : <https://saag.gouv.qc.ca/extranet-sante/sante-conducteurs/formulaires>.

<sup>9</sup> Le formulaire M-4 sera déposé sur l'Extranet Santé à l'automne 2021 : <https://saag.gouv.qc.ca/extranet-sante/sante-conducteurs/formulaires>.

## **LES CONTRÔLES PÉRIODIQUES EN FONCTION DES MALADIES DÉJÀ DÉCLARÉES À LA SOCIÉTÉ**

Certaines conditions médicales pouvant influencer l'aptitude à conduire nécessitent un suivi dont la fréquence varie en fonction de leur nature et de leur évolution. C'est pourquoi les conducteurs ayant déjà déclaré être porteurs de telles conditions auront à fournir périodiquement à la Société des rapports médicaux attestant de leur état de santé, à une fréquence déterminée par cette dernière.

### **LE SIGNALEMENT PAR UN CITOYEN**

Ce type de signalement repose sur le sens civique des individus. Tout citoyen ou organisme peut communiquer à la Société l'identité d'une personne dont l'état de santé ou le comportement est susceptible de constituer un risque pour la sécurité routière, et ce, en toute confidentialité. En effet, le conducteur n'aura pas accès au signalement, en vertu d'une disposition légale permettant de protéger les citoyens, et ce, même s'il consulte son dossier comme il est en droit de le faire. Les signalements provenant d'un professionnel de la santé ou d'un policier, pour leur part, ne peuvent être faits de manière anonyme; il en sera question plus bas.

Un citoyen qui souhaite effectuer un signalement doit expliquer à la Société les raisons pour lesquelles il doute de l'aptitude à conduire du conducteur visé, et doit pouvoir donner l'un des quatre ensembles de renseignements suivants à propos de ce dernier :

- Le numéro de permis de conduire;
- Les nom, prénom et date de naissance;
- Les nom, prénom et adresse;
- Les nom, prénom et numéro de plaque d'immatriculation.

#### **Un numéro de plaque seul n'est pas suffisant.**

Toute l'information reçue est analysée dans les meilleurs délais, et des renseignements additionnels sur l'état de santé de la personne ainsi visée seront demandés si nécessaire.

### **LA DÉCLARATION D'INAPTITUDE REMPLIE PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

Une déclaration d'inaptitude (DI) peut être rédigée par tout professionnel de la santé désigné par le CSR qui doute de l'aptitude à conduire d'un client ou qui en est persuadé. La DI peut amener une suspension de permis rapide lorsqu'elle contient tous les éléments nécessaires pour juger de l'inaptitude à conduire de la personne visée. Si toutefois la Société a besoin d'un complément d'information pour prendre une décision, elle peut acheminer une demande de renseignements supplémentaires au professionnel ayant rempli la DI, ou demander à ce que des tests supplémentaires soient effectués, comme un test sur route.

La Société accepte uniquement les déclarations d'inaptitude émises par écrit. Pour ce faire, elle met à la disposition des professionnels un formulaire spécifique reproduit en annexe D de ce document, mais elle accepte également d'autres formes d'écrits, comme une lettre ou un rapport d'évaluation. L'important demeure la clarté des renseignements qui s'y trouvent, et leur pertinence en vue d'une prise de décision sur l'aptitude à conduire. Les aspects légaux se rattachant à l'évaluation de l'aptitude à conduire sont expliqués plus loin dans ce guide.

### **LA DEMANDE POLICIÈRE DE VÉRIFICATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ D'UN CONDUCTEUR**

Lorsqu'un policier constate un comportement à risque chez un conducteur et qu'il doute de l'aptitude à conduire de ce dernier, il peut en aviser la Société afin qu'elle enclenche une vérification de l'état de santé de la personne visée. La Société donnera suite à la demande dans les deux jours ouvrables.

## L'évaluation de la santé des conducteurs et de l'aptitude à conduire

Pour prendre des décisions, la Société doit s'appuyer sur des informations précises et récentes, c'est pourquoi elle n'accepte que des données qui datent d'un an ou moins. Dans son rapport, le professionnel de la santé, selon son champ d'exercices, devrait décrire certains des points suivants :

- la nature des symptômes et des signes objectifs ainsi que les conditions pathologiques sous-jacentes;
- l'importance des limitations fonctionnelles;
- la fréquence des épisodes d'incapacité, leurs manifestations et, le cas échéant, la date de l'épisode le plus récent;
- la probabilité qu'un épisode d'incapacité physique ou cognitive survienne avec ou sans traitement;
- l'attitude du patient à l'égard de sa maladie et de son traitement. Le manque de fidélité au traitement prescrit par un médecin pour une maladie susceptible d'avoir une incidence sur la sécurité routière peut, dans plusieurs situations, rendre la conduite non sécuritaire.

**De plus, quelle qu'en soit la raison, l'incapacité de vaquer à ses activités de la vie quotidienne est incompatible avec la conduite d'un véhicule routier, et devrait donc être documentée.**

Il est possible de regrouper les conditions médicales pouvant influencer la conduite automobile en trois classes, qu'il est utile de savoir distinguer pour une meilleure analyse de la situation :

- **Limitations fonctionnelles permanentes**  
Qu'elles soient de nature physique ou cognitive, ces limitations fonctionnelles, qui découlent de conditions chroniques, affectent de manière permanente l'aptitude des individus qui en sont atteints à effectuer les tâches requises pour conduire de façon sécuritaire. Il est parfois possible de compenser une limitation physique en modifiant la manière de faire un geste, en utilisant des accessoires ou aides techniques, ou en adaptant un véhicule. Compenser une atteinte cognitive est plus problématique.
- **Risque d'événements subits au volant ou limitations épisodiques**  
Certaines conditions médicales vont de pair avec un risque élevé d'incapacité subite au volant. C'est le cas, par exemple, de l'épilepsie avec des convulsions récentes, ou du diabète avec des hypoglycémies récentes ayant nécessité l'intervention d'une tierce personne.
- **Troubles liés à la consommation de substances et effets secondaires des médicaments**  
Le risque est de conduire avec les facultés affaiblies par une substance, qu'elle soit légale ou non, prescrite ou non.

Il existe plusieurs moyens de transmettre à la Société des renseignements sur l'état de santé des conducteurs susceptibles d'être inaptes à la conduite automobile. Le formulaire M-28 (*Rapport d'examen médical*)<sup>10</sup> est l'outil le plus utilisé par les médecins. La Société envoie directement ce formulaire au conducteur, qui dispose d'un délai raisonnable pour le faire remplir et le retourner. Ce délai est établi par la Société et il varie selon les circonstances; ainsi, il est plus court lorsque la personne visée a fait l'objet d'un signalement.

La qualité de l'information transmise est déterminante pour une prise de décision éclairée et pour un traitement rapide du dossier. Cependant, malgré la précision des renseignements qui y sont contenus, et même si leur fonctionnement dans d'autres sphères d'activités est perturbé, il est souvent impossible de prédire la performance au volant des titulaires de permis lorsqu'il est question de limitations fonctionnelles. La Société peut alors demander une évaluation de l'aptitude à conduire, en situation réelle. Les agents du Service de l'évaluation médicale et du suivi

---

<sup>10</sup> Le formulaire M-28 *Rapport d'examen médical* devrait être modifié en septembre 2021. Le professionnel de la santé qui souhaite utiliser la version la plus récente pourra la télécharger sur l'Extranet Santé, où elle sera déposée : <https://saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante/sante-conducteurs/formulaires>.

du comportement (SEMSC) de la Société s'appuieront davantage sur les résultats à ce test sur route que sur tous les autres éléments d'analyse pour rendre une décision concernant le permis de conduire.

Selon la nature de l'atteinte ou le contenu du rapport médical, l'évaluation sur route peut être administrée dans un centre de services de la Société – on parle alors de réévaluation des compétences (RC) – ou par un ergothérapeute qui pratique l'évaluation fonctionnelle de l'aptitude à conduire.

Les RC sont destinées aux conducteurs expérimentés afin de vérifier si leur conduite demeure sécuritaire malgré les limitations fonctionnelles décrites dans les rapports médicaux. Elles diffèrent des tests sur route destinés aux apprentis conducteurs. Les délais pour obtenir un rendez-vous en RC sont courts, et il s'agit d'un service sans frais pour les conducteurs visés. La Société y a recours pour dissiper ou confirmer tout doute quant à l'aptitude de la personne à conduire de façon sécuritaire. Le nombre de tests sur route pratiqués dans le cadre des RC a nettement augmenté au fil des années, passant de 1075 en 2004 à 12830 en 2019.

La RC présente toutefois certaines limites. Ainsi, elle ne permet évidemment pas de prédire l'imprévisible, comme les événements subits (ex. : convulsions, syncopes, hypoglycémie), les tentatives de suicide au volant ou la conduite avec facultés affaiblies. En outre, la RC n'est pas l'outil le plus approprié lorsque le besoin d'une évaluation plus approfondie se fait sentir, ou lorsque des modifications au véhicule sont envisagées. Dans de telles situations, la Société demande plutôt une évaluation fonctionnelle de la conduite par un ergothérapeute. Les ergothérapeutes sont aussi interpellés lorsque les titulaires de permis présentent des limitations cognitives dont les répercussions fonctionnelles sont à préciser, ou lorsqu'ils demandent une reprise de test après un échec sur route en RC.

## **Le traitement des dossiers par le SEMSC**

Lorsque la Société exige d'un titulaire de permis qu'il subisse une évaluation médicale, elle lui envoie le formulaire à faire remplir, accompagné d'une lettre lui indiquant la raison de la demande, le délai pour fournir le rapport exigé, et les conséquences possibles si ce délai n'est pas respecté. Habituellement, le titulaire de permis dispose d'une période de 90 jours pour accomplir l'ensemble de la démarche. Cependant, dans certaines situations, cette période sera moindre. Par exemple, lorsqu'elle reçoit une déclaration d'inaptitude remplie par un professionnel de la santé, la Société peut demander à obtenir des renseignements supplémentaires dans les 30 jours. Un conducteur verra son permis suspendu administrativement s'il néglige ou omet de donner suite à la demande de la Société dans le délai accordé par cette dernière. Un titulaire de permis peut cependant faire allonger ce délai s'il en fait la demande et que cette dernière est justifiée, comme c'est le cas par exemple si le professionnel de la santé ne peut le voir assez rapidement.

Hors pandémie, la Société demande chaque année plus de 400 000 évaluations médicales. Dans la majorité des cas, un formulaire M-28 sera à remplir. Des informations jugées incomplètes mèneront à une demande de renseignements supplémentaires. Une telle demande vise généralement à faire préciser une information ou à recueillir des informations additionnelles, souvent auprès de professionnels de la santé spécialisés.

Selon l'information recueillie, les agents du SEMSC prendront la décision d'autoriser le maintien du permis de conduire, de le suspendre, d'en suspendre certaines classes, ou encore de maintenir le permis en y ajoutant des conditions ayant pour but de rendre la conduite sécuritaire.

Une personne dont le permis de conduire a été suspendu pour des raisons médicales et dont la santé s'améliore au point de permettre un retour sécuritaire à la conduite peut demander à la Société de réviser son dossier. Après avoir reçu un rapport favorable d'un professionnel de la santé dont le champ d'expertise est pertinent au vu de la situation, le SEMSC vérifiera tout d'abord le temps qui s'est écoulé entre la suspension du permis et la demande de réémission de ce dernier. Une suspension qui a eu lieu depuis moins de trois ans peut être levée sur réception du rapport du professionnel de la santé attestant que l'incapacité est terminée. La personne titulaire d'un permis suspendu depuis trois ans et plus doit réussir une nouvelle fois tous les examens théoriques et pratiques exigés par la Société pour l'obtention de la classe de permis qu'elle désire détenir à nouveau.

Les procédures détaillées pour le traitement des dossiers par le SEMSC sont fréquemment révisées et mises à jour. De plus, un médecin-conseil est toujours disponible au SEMSC pour analyser au cas par cas les situations plus complexes et celles qui se présentent de manière inhabituelle.

#### **Exemple de dossier traité par le SEMSC**

Un médecin remplit un rapport M-28 en y indiquant une consommation excessive d'alcool et des troubles cognitifs, sans préciser la quantité d'alcool, la présence ou non d'un diagnostic de troubles liés à la consommation d'alcool, ni le degré d'atteinte cognitive. Le SEMSC lui adresse donc une demande de renseignements supplémentaires.

Le médecin précise que le trouble neurocognitif est, en effet, une démence légère qui affecte l'aptitude à conduire. Le SEMSC demande donc au titulaire de permis d'aller passer une évaluation fonctionnelle en ergothérapie, afin de déterminer l'ampleur du dysfonctionnement cognitif et ses effets sur la conduite.

Si le diagnostic avait été une démence sévère, le permis aurait été suspendu sans évaluation additionnelle. S'il s'était agi d'un trouble neurocognitif mineur, le titulaire de permis aurait été dirigé en centre de services pour une réévaluation de compétences.

De plus, le médecin confirme que son patient présente une consommation d'alcool au-dessus de la moyenne, mais déclare qu'aucun des critères diagnostiques d'un trouble lié à la consommation d'alcool ne s'applique dans son cas. Conformément au Règlement, le SEMSC ne recommandera aucune action immédiate, en l'absence d'un diagnostic.

Dans cet exemple, l'agent s'appuiera principalement sur le résultat de l'évaluation fonctionnelle de la conduite par l'ergothérapeute pour prendre une décision. Si son privilège de conduire est maintenu, le titulaire de permis devra se plier à des contrôles médicaux périodiques; ainsi, le SEMSC pourra suivre l'évolution de ses troubles cognitifs et s'assurer que sa consommation d'alcool n'évolue pas vers un diagnostic de trouble lié à la consommation d'alcool.

## **Les aspects légaux de l'évaluation de la santé des conducteurs**

### **LES OBLIGATIONS DU CONDUCTEUR**

Comme mentionné plus haut, un titulaire de permis de conduire est dans l'obligation d'informer la Société de tout changement à son statut qui peut affecter son aptitude à conduire. En effet, selon le *Règlement sur les permis*, une personne présentant des problèmes de santé susceptibles de nuire à la conduite sécuritaire d'un véhicule doit rapporter ces derniers à la Société au moyen d'une DMDF, que ce soit au moment de la demande initiale, du renouvellement ou du paiement annuel de son permis de conduire, ou dans les 30 jours suivant le changement. L'omission de déclarer une condition qui figure dans ce formulaire peut entraîner des mesures judiciaires décrites dans le CSR. Le professionnel de la santé qui constate des changements relatifs à l'état de santé de son client est bien placé pour lui rappeler cette obligation légale.

Pour acquérir ou conserver un permis de conduire, toute personne doit également fournir un rapport d'évaluation médicale lorsque celui-ci est exigé par la Société, et ce, dans certaines situations prévues dans la loi. C'est le cas, par exemple, de ceux qui souhaitent ajouter à leur permis les classes de véhicules 1 à 4 ou de ceux qui arrivent à un âge où un contrôle statutaire s'applique, en fonction de la classe de permis qu'ils détiennent.

Un titulaire ne respectant pas le délai qui lui est accordé pour acheminer les documents demandés s'expose à la suspension administrative de son permis de conduire tant que la Société n'a pas obtenu ces derniers.

Enfin, si la Société demande une évaluation effectuée par un certain type de professionnel de la santé qu'elle désigne nommément selon sa spécialité, le demandeur de permis doit s'y conformer. Dans la plupart des cas, cependant, le médecin traitant habituel est désigné pour remplir le rapport.

## LES RESPONSABILITÉS DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ DÉSIGNÉ PAR LE CSR

L'article 603 du CSR prévoit qu'un médecin, un infirmier ou une infirmière, un ergothérapeute, un optométriste ou un psychologue peut rapporter à la Société le nom, l'adresse et l'état de santé d'un patient de 14 ans ou plus qu'il juge inapte à conduire de façon sécuritaire un véhicule routier. Cet article vise non seulement les titulaires de permis, mais tout le monde sans exception. Un adolescent peut donc avoir un dossier au SEMSC avant même de savoir conduire.

Tout signalement écrit est accepté. Toutefois, dans un souci d'uniformité, la Société propose le formulaire *Déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier*, dont un exemplaire se trouve à l'annexe D, comme mentionné plus haut. Ce formulaire est disponible sur l'Extranet Santé de la Société. Il est également possible d'en faire la demande à l'adresse suivante :

Service de l'évaluation médicale et du suivi du comportement  
Société de l'assurance automobile du Québec  
Case postale 19500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 8J5

Les déclarations d'inaptitude peuvent être postées à la même adresse, acheminées par courrier électronique sécurisé via l'Extranet Santé ou envoyées par télécopieur aux numéros suivants :

- 418 643-4840
- 1 844-362-8590

La Société incite fortement les professionnels de la santé désignés par le CSR à fournir des déclarations d'inaptitude lorsqu'ils le jugent pertinent. L'article 605 du CSR les protège d'ailleurs de tout recours en dommages lorsqu'une déclaration est faite en toute bonne foi. Ces documents ne peuvent donc être mis en preuve dans un procès ou dans des procédures légales, sauf lors d'un appel de la décision de la Société.

La Société traite tous les renseignements, rapports ou déclarations de manière confidentielle, et seules les personnes autorisées peuvent y avoir accès. Il est à noter, cependant, que la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* permet à ceux qui en font la demande de consulter leur dossier. De même, celui qui conteste une décision de la Société devant le Tribunal administratif du Québec ou la Cour supérieure a accès à son dossier et peut prendre connaissance des documents qui s'y trouvent, à l'exception des délations de citoyens, comme mentionné plus haut. Pour cette raison, il est souhaitable que les professionnels soient transparents vis-à-vis leurs clients quant aux démarches qu'ils entreprennent, et qu'ils les en informent.

Les professionnels de la santé désignés par le CSR ne sont pas obligés de faire des signalements en vertu de ce dernier, mais pour certains de ces ordres professionnels, il s'agit d'une obligation déontologique. En effet, **si** un professionnel de la santé désigné par le CSR conseille à son patient de ne pas conduire pour des raisons de santé qu'il est à même d'apprécier selon son champ d'expertise, **si** le patient indique par ses paroles ou par ses actions qu'il ne respectera pas cette consigne, et **si** ce patient, en conduisant, constitue un danger pour lui-même ou pour d'autres usagers de la route, le professionnel devrait signaler cette personne à la Société<sup>11</sup>. **Il s'agit de la règle des trois « si »**. Enfin, un médecin pourrait faire l'objet d'une poursuite judiciaire au civil s'il omettait de déclarer une inaptitude à la conduite et que la personne concernée était impliquée dans un accident<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Collège des médecins du Québec et Société de l'assurance automobile du Québec, *op. cit.*, p. 18.

<sup>12</sup> Association canadienne de protection médicale, « Mettre les freins! Quand devez-vous signaler une inaptitude à conduire? » [en ligne], <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2019/hit-the-brakes-do-you-need-to-report-your-patients-fitness-to-drive> (page consultée pour la dernière fois le 24 février 2021).

Fait à noter, la protection légale que l'article 605 du CSR confère aux professionnels de la santé ne s'applique qu'aux signalements effectués auprès de la Société, pas au partage d'informations avec la police ou avec d'autres instances.

De même, les professionnels de la santé qui ne sont pas désignés par l'article 4 du CSR ne bénéficient pas de la protection offerte par l'article 605; en signalant l'inaptitude d'une personne, ils s'exposent à la possibilité d'une poursuite civile intentée par celle-ci, ainsi qu'à des mesures disciplinaires de leur ordre professionnel. Ils peuvent cependant s'impliquer autrement dans la démarche de dépistage et de prévention en sécurité routière :

- Ils peuvent rappeler à leurs clients l'obligation légale dans laquelle ils se trouvent d'informer eux-mêmes la Société de tout changement relatif à leur état de santé;
- Selon le contexte et dans la limite des règles déontologiques de leur profession, ils peuvent veiller à ce qu'un proche de la personne concernée soit sensibilisé et qu'il assure une surveillance, voire une délation;
- Ils peuvent partager leurs inquiétudes/observations/appréhensions avec un autre professionnel faisant partie de l'équipe traitante, celui-là membre d'un ordre professionnel visé par le CSR, qui pourra faire l'évaluation/observation et signaler au besoin un patient inapte à la conduite.

**Il est à noter qu'ultimement, c'est la Société qui prend toutes les décisions concernant les permis de conduire, et non les professionnels de la santé.** Le rôle de ces derniers est de fournir à la Société les renseignements les plus pertinents et les plus complets possible, dans la limite de leurs champs d'exercices. Comme mentionné plus haut, ce sont les rapports d'analyse relatifs aux tests sur route qui, la plupart du temps, orientent le plus les décisions. Cependant, la Société s'appuie également sur plusieurs autres sources de renseignements, dont le contenu de rapports d'accidents, de constats d'infractions, de signalements par des citoyens et de demandes policières de vérification de l'aptitude à conduire, le cas échéant.

## Les incapacités de courte durée

Il arrive qu'un titulaire de permis présente une incapacité temporaire causée par un accident, une infection, une intervention chirurgicale ou une autre situation qui devrait se résorber sans laisser de séquelles permanentes. La Société compte sur la collaboration des professionnels de la santé pour informer cette personne des effets possibles de la maladie ou de son traitement sur la conduite d'un véhicule routier, et pour lui faire les recommandations appropriées. Il s'agit notamment de préciser à quel moment et dans quelles conditions il lui sera à nouveau possible de conduire, en tenant compte du type de véhicule utilisé. Le guide de l'AMC<sup>13</sup> et celui du CCATM<sup>14</sup> fournissent des lignes directrices à cette fin.

Les incapacités temporaires dont la durée anticipée est inférieure à six mois n'ont pas à être portées à la connaissance de la Société, sauf dans deux types de situations. Lorsque le titulaire de permis indique son refus de suivre les recommandations qui lui sont données et que, dans ce cas, le professionnel de la santé désigné par le CSR croit que son patient crée un danger pour lui-même ou pour les autres usagers de la route, un signalement devrait être fait immédiatement. De même, lorsque la Société demande un rapport d'examen dans le cadre d'un contrôle périodique ou statutaire, et que le titulaire de permis se trouve alors dans une situation d'incapacité temporaire, cette dernière devrait figurer au rapport, et le professionnel de la santé devrait spécifier la date prévue d'un retour à la conduite sécuritaire. Dans cette dernière situation, le titulaire de permis a toutefois une alternative, soit celle de demander à la Société un report de la date limite qui lui a été imposée pour retourner son formulaire rempli.

## Les conditions médicales incompatibles avec la conduite automobile et le pouvoir discrétionnaire de la Société

Au regard de la loi, certaines conditions médicales peuvent être jugées incompatibles avec la conduite automobile. Ces incompatibilités, qui peuvent entraîner la suspension d'un permis de conduire ou le refus d'en délivrer un, sont

---

<sup>13</sup> Association médicale canadienne, *op. cit.*

<sup>14</sup> Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé, *op. cit.*

de deux ordres : l'incompatibilité essentielle et l'incompatibilité relative. Le Règlement précise les conditions médicales qui sont essentiellement ou relativement incompatibles avec la conduite automobile.

Lorsqu'un individu présente une condition relativement incompatible avec la conduite, la Société doit analyser son dossier afin de déterminer si son état de santé permet une conduite sécuritaire. Cette analyse peut générer une demande de renseignements complémentaires ou, s'il s'agit d'une condition provoquant des limitations permanentes, une demande d'évaluation sur route en centre de services ou en ergothérapie.

Selon l'article 191 du CSR, une condition essentiellement incompatible avec la conduite automobile doit, en principe, entraîner un refus ou une suspension de permis. Cependant, la Société dispose d'un pouvoir discrétionnaire, expliqué dans l'article 191.1 du CSR, qui lui permet de ne pas suspendre un permis lorsqu'un individu est en mesure de démontrer, à la satisfaction de la Société, qu'il peut conduire de façon sécuritaire malgré sa condition.

Il arrive donc que des évaluations sur route soient demandées par la Société aux personnes présentant une condition essentiellement incompatible avec la conduite automobile, afin de déterminer si elles compensent suffisamment bien cette condition pour leur permettre de conduire de manière sécuritaire. Lorsque des modifications au véhicule sont nécessaires, l'avis de l'ergothérapeute est essentiel. Finalement, il est en général plus difficile de compenser adéquatement des atteintes cognitives que des atteintes motrices ou visuelles, en ce qui concerne la conduite automobile.

## **Le vieillissement et la cessation de la conduite**

Avant tout, l'application du Règlement vise l'amélioration de la sécurité routière. Même si, dans une société vieillissante, le maintien de la mobilité constitue une préoccupation majeure, la Société ne peut pas le favoriser au détriment de la sécurité routière. En 2000, les conducteurs de 65 ans et plus comptaient pour 11 % de la population des conducteurs, tandis qu'en 2019, leur proportion était passée à 22 %. Or, les conditions médicales qui peuvent influencer l'aptitude à conduire tendent à s'accumuler et à s'accroître avec le vieillissement. Selon une étude de la Société, plus de 60 % des conducteurs âgés du Québec sont porteurs d'au moins une condition médicale susceptible d'influencer l'aptitude à conduire<sup>15</sup>.

De même, les changements physiques et cognitifs qui accompagnent le vieillissement finissent tôt ou tard par affecter cette aptitude, même chez le conducteur âgé en bonne santé. Initialement, ce dernier pourra compenser cet état de fait en adaptant sa conduite. Mais ultérieurement, la conduite n'étant plus sécuritaire, elle devra être cessée. Il est préférable de planifier précocement cette cessation plutôt que de se la voir imposer subitement.

## **LES MODIFICATIONS AUX HABITUDES DE CONDUITE**

La place de l'automobile n'est pas la même pour chacun et varie selon le mode de vie et les valeurs, notamment. Pour certains, la conduite n'est qu'un moyen de se déplacer, voire un fardeau financier. Pour d'autres, elle symbolise beaucoup plus : autonomie, compétence, indépendance, participation active à la société... Pour l'ensemble de la société, la place de l'automobile est sans doute appelée à changer puisque ses bénéfices, par rapport à ses inconvénients, sont de plus en plus remis en question<sup>16</sup>.

Quoi qu'il en soit, on constate que plusieurs personnes âgées modifient leurs habitudes de conduite. Certaines le font par choix. Ainsi, les personnes retraitées qui n'ont pas à composer avec les exigences de la vie active peuvent choisir de conduire à des moments où le trafic n'est pas trop dense, ou éviter de prendre la voiture lorsque les conditions météorologiques sont mauvaises, ce qui permet d'éviter les situations stressantes. D'autres peuvent décider de diminuer leur empreinte écologique en utilisant un mode de transport actif ou le transport en commun.

---

<sup>15</sup> Jamie Dow et collab., « Le vieillissement et les problèmes de santé : incidence sur la gestion de la sécurité des conducteurs âgés », *Compte-rendu de la 21<sup>e</sup> Conférence canadienne multidisciplinaire sur la sécurité routière*, Halifax (N-É), 8-11 mai 2011, p. 7.

<sup>16</sup> Sarah J. Jones, « If Electric Cars Are the Answer, What Was the Question? », *British Medical Bulletin*, vol. 129, n° 1, mars 2019, p. 13-23.

Remis en contexte, certains comportements qui pouvaient passer pour de l'évitement s'avèrent donc tout à fait appropriés<sup>17</sup>.

Certaines autres personnes âgées modifient leurs habitudes de conduite afin de compenser certaines difficultés qu'elles commencent à éprouver. Alors qu'auparavant ces gestes d'autorégulation étaient considérés comme des signaux d'alarme qui laissaient soupçonner une probable inaptitude à la conduite, on s'aperçoit maintenant que ce n'est pas nécessairement le cas, et qu'au contraire, ces changements d'habitudes sont parfois une réponse tout à fait adaptée aux capacités de la personne. En effet, face à des facultés qui déclinent, il est normal que le conducteur ayant une bonne autocritique commence à s'ajuster à la situation, afin de pouvoir conserver son permis de conduire le plus longtemps possible, et ce, en toute sécurité. C'est ce que la Société et l'Association canadienne des automobilistes (CAA), notamment, recommandent. De nouvelles études ont récemment démontré que les comportements d'autorégulation ont, dans le pire des cas, un effet neutre, tandis qu'ils diminuent le risque d'accidents dans plusieurs situations. Il est donc recommandé d'y avoir recours au besoin<sup>18</sup>.

Un professionnel de la santé averti devrait cependant porter attention à ces modifications volontaires des habitudes de conduite, qui peuvent préfigurer le début du processus menant à la cessation de conduite, d'autant plus qu'en conduisant de moins en moins, un conducteur peut graduellement perdre confiance en ses capacités. La pratique de la conduite semble aider au maintien des capacités, de même que le maintien des capacités semble passer par la pratique. Chez les conducteurs de 75 ans et plus, il a en effet été démontré que 95 % des accidents de la route impliquent des personnes qui parcourent moins de 3 000 kilomètres annuellement, alors que relativement peu d'accidents impliquent des individus qui parcourent plus de 14 000 kilomètres annuellement<sup>19</sup>. Le professionnel de la santé peut donc recommander à un client encore en santé de suivre un cours de rafraîchissement des connaissances en santé routière ou prendre part à des séances de pratique avec un moniteur de conduite, ce qui peut contribuer à augmenter son aisance sur la route.

## LA CESSATION DE LA CONDUITE

Il a été démontré que la plupart des conducteurs ne se préparent pas au fait qu'ils arrêteront de conduire un jour. D'ailleurs, une récente étude canadienne révèle qu'une proportion importante de conducteurs âgés surestiment leur aptitude à conduire, ce qui peut évidemment accroître les risques pour leur sécurité au volant<sup>20</sup>. Pourtant, les hommes cessent la conduite six ans avant leur décès, en moyenne, et les femmes, dix ans avant<sup>21</sup>. La cessation de la conduite quelque temps avant le décès fait donc partie du vieillissement normal; chacun devrait s'y préparer. De même, les professionnels de la santé auront, dans leur pratique, à accompagner des conducteurs devant cesser de conduire pour des raisons de santé.

Les recherches qui ont tenté d'établir le portrait type de la personne âgée renonçant d'elle-même à la conduite ont mis en relief certains traits la caractérisant. Ainsi, les critères suivants prédisposent l'individu à abandonner la conduite : être une femme âgée, célibataire, en position de faiblesse socioéconomique et vivant en milieu urbain. Une étude longitudinale irlandaise sur le vieillissement<sup>22</sup> démontre, chez les femmes âgées :

---

<sup>17</sup> Judith L. Charlton et collab., « Driving Avoidance by Older Adults: Is it Always Self-Regulation? », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 57, 16 avril 2013, p. 96-104.

<sup>18</sup> Loren Staplin et collab., *Taxonomy of Older Driver Behaviors and Crash Risk*, National Highway Traffic Safety Administration, février 2012, vi-99 pages. Jim Langford et Jennie Oxley, « Using the Safe System Approach to Keep Older Drivers Safely Mobile », *IATSS Research*, vol.30, no 2, 2006, p.97-109.

<sup>19</sup> Liisa Hakamies-Blomqvist et collab., « Older Drivers Do Not Have a High Crash Risk – A Replication of Low Mileage Bias », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 38, n° 3, mai 2006, p. 574-578.

<sup>20</sup> Yu-Ting Chen et collab., « Personal and Clinical Factors Associated with Older Drivers' Self-Awareness of Driving Performance », *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 40, n° 1, 2021, p.82-96.

<sup>21</sup> Daniel J. Foley et collab., « Driving Life Expectancy of Persons Aged 70 Years and Older in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 8, août 2002, p. 1284-1289.

<sup>22</sup> Trinity College Dublin (The University of Dublin), « The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA) » [en ligne], <https://tilda.tcd.ie> (page consultée pour la dernière fois le 24 février 2021). Michael Gormley, « Impact of Gender and Marital Status on Car Use Among Older Drivers: Findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA) », inédit, et présenté lors du Traffic Medicine Research Day of the Royal College of Physicians of Ireland, 8 septembre 2020.

- une confiance diminuée en leur aptitude à conduire;
- une tolérance réduite aux risques relatifs à la conduite;
- que le processus d'évaluation médicale de l'aptitude à conduire contribue à leur décision d'arrêter de le faire;
- qu'un entraînement à la conduite est une bonne mesure pour les soutenir si elles souhaitent conduire plus longtemps.

De même, les caractéristiques des personnes les plus susceptibles de se voir imposer une cessation de conduite involontaire sont les suivantes : être un homme âgé, marié, socioéconomiquement favorisé, habitant un milieu rural, et présentant une atteinte de l'autocritique. Cela est encore plus vrai si le conducteur ou ses proches ne comprennent pas bien la relation entre sa condition médicale et la conduite, si la famille a intérêt à ce que la personne continue à conduire, et s'il y a épuisement des aidants naturels.

Il ressort de la même étude longitudinale que les conducteurs, comparativement à ceux qui ne conduisent pas, déclarent globalement avoir une meilleure qualité de vie et moins souffrir d'isolement psycho-social. Les hommes, particulièrement, associent *estime de soi et conduite*. Pour les hommes et les femmes, la tendance à se laisser transporter par autrui s'accroît cependant avec l'âge. C'est ainsi que 85 % des 65-80 ans font le choix de conduire eux-mêmes, tandis que la majorité des 81 ans et plus choisissent de se faire reconduire. Les principales raisons mentionnées pour la cessation de conduite sont :

- les coûts liés à l'entretien de l'automobile;
- la déficience visuelle;
- la recommandation de cesser de conduire par un membre de la famille;
- les limitations physiques.

Enfin, l'étude démontre qu'hommes et femmes surestiment leur aptitude à conduire. Cette limite inhérente aux questionnaires subjectifs est de grand intérêt pour les professionnels de la santé, qui devraient en tenir compte dans leur analyse<sup>23</sup>.

Peu d'études longitudinales rigoureuses sur la capacité de conduire et le vieillissement ont été effectuées, étant donné les ressources nécessaires pour ce faire, mais d'autres sont également dignes de mention, telles que la Longroad Study – Longitudinal Research on Aging Drivers<sup>24</sup>, aux États-Unis, et la Candrive/Ozcandrive<sup>25</sup> (Canada/Australie). Il est à noter que les conclusions de toutes ces études, incluant l'étude irlandaise, convergent sur plusieurs points.

En conclusion, le professionnel de la santé devrait aborder le sujet d'une inévitable cessation de conduite avec son patient et sa famille plus tôt que tard, afin de planifier des solutions pour conserver une mobilité satisfaisante. Si la mobilité active est associée à une meilleure santé globale, il faut cependant se souvenir que pour certains milieux de vie, cette solution est difficilement applicable, et que les piétons et cyclistes sont des usagers de la route vulnérables. Afin d'aider une personne à faire des choix qui correspondent à ses aptitudes, intérêts et possibilités, diverses ressources documentaires sont disponibles, telles que la section « aînés » du site Web de la Société<sup>26</sup>, les publications du CAA et le guide de l'AMC.

<sup>23</sup> Gormley, *loc.cit.*

<sup>24</sup> AAA Foundation for Traffic Safety, « The Longroad Study; Longitudinal Research on Aging Drivers » [en ligne], <https://aaafoundation.org/the-longroad-study-longitudinal-research-on-aging-drivers> (page consultée pour la dernière fois le 24 février 2021).

<sup>25</sup> Sjaan Koppel et collab., « The Relationship Between Older Drivers' Performance on the Driving Observation Schedule (eDOS) and Cognitive Performance », *Annals of Advances in Automotive Medicine*, vol. 57, septembre 2013, p. 67-76. Michelle Porter, « Naturalistic Driving Studies from CanDrive – A Longitudinal Study of Older Drivers in Canada », *Innovation in Aging*, vol. 2 (suppl.1), novembre 2018, p. 562-563. Shawn C. Marshall et collab., « The Candrive/Ozcandrive Prospective Older Driver Study: Methodology and Early Study Findings », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 61, décembre 2013, p. 233-235.

<sup>26</sup> <https://saaq.gouv.qc.ca/securite-routiere/clienteles/aines>

# DEUXIÈME PARTIE : INTERPRÉTATION ET APPLICATION DES NORMES MÉDICALES ÉNONCÉES DANS LE RÈGLEMENT

Cette deuxième partie du Guide reprend chaque section du Règlement afin d'apporter des précisions à l'intention des professionnels de la santé qui communiquent des renseignements à la Société. Elle sera surtout utile à ceux qui se prononcent sur l'état de santé des titulaires de permis de conduire, soit les médecins, les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne et les optométristes. Les ergothérapeutes impliqués dans l'évaluation fonctionnelle de l'aptitude à conduire ainsi que tous les professionnels de la santé qui jouent un rôle important dans le dépistage des conducteurs inaptes à la conduite y trouveront également des informations intéressantes.

Des articles du Règlement sont reproduits en italique dans des zones ombragées, au début de chaque section. Comme ils sont parfois modifiés, la version officielle mise à jour sur le site gouvernemental Legis Québec ([legisquebec.gouv.qc.ca](http://legisquebec.gouv.qc.ca)) est la référence qui prévaut.

## Dispositions générales

*2. : Une personne qui, en raison d'une condition médicale, doit suivre un traitement afin d'être apte à conduire, mais fait défaut d'en respecter les consignes ou le refuse malgré les recommandations du médecin, se place dans une situation essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.*

## LA FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT

Un individu présentant une condition médicale pouvant affecter l'aptitude à conduire doit suivre les traitements qui lui ont été prescrits et par lesquels il devient apte à conduire. Par exemple, un diabétique qui devrait, selon son médecin, être traité à l'insuline, mais qui refuse ce traitement, pourrait voir son permis suspendu si ses glycémies démontrent de grandes variations pouvant mener à des épisodes d'hypoglycémie incapacitante.

## Maladies de l'œil et déficience visuelle

*3. : L'acuité visuelle de loin est évaluée d'après l'échelle de Snellen sans correction ou avec correction si celle-ci est nécessaire pour la conduite. Le champ visuel est mesuré selon la technique de Goldmann III/4<sup>e</sup> avec recherche de scotome ou selon la technique d'Esterman ou une technique reconnue comme équivalente. Toutefois, l'acuité visuelle ne peut être évaluée avec la portion télescopique d'une lunette.*

*4. : Une acuité visuelle inférieure à 6/9 avec les deux yeux ouverts et examinés ensemble est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4.*

*5. : Une acuité visuelle inférieure à 6/15 avec les deux yeux ouverts et examinés ensemble est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8.*

*6. : Un champ visuel inférieur à 150° continu le long du méridien horizontal et à 10° continu au-dessus du point de fixation et à 20° continu en dessous de ce point, avec les deux yeux ouverts et examinés ensemble, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4.*

**7.** : Un champ visuel inférieur à 100° continu le long du méridien horizontal et à 10° continu au-dessus du point de fixation et à 20° continu en dessous de ce point ou inférieur à 30° de chaque côté du méridien vertical, avec les deux yeux ouverts et examinés ensemble, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8.

**8.** : L'incapacité de distinguer les différents feux de circulation est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.

**9.** : Une diplopie non corrigée dans les 40° centraux est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.

**10.** : Une diplopie dans les 40° centraux corrigée par l'occlusion d'un œil est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4.

Toutefois, la correction d'une diplopie par le port de verres prismatiques est compatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une de ces classes si, avec le port de ces verres, les normes visuelles applicables en vertu des dispositions de la présente section pour les classes détenues sont respectées.

**11.** : La perte subite de l'usage d'un œil ou l'occlusion d'un œil à cause d'une diplopie dans les 40° degrés centraux est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier pendant une période de 3 mois suivant le début de la monocularité.

**12.** : Une condition oculaire, une déficience visuelle ou une situation affectant le rendement visuel autre que celles visées aux articles 4 à 11 qui cause une diminution de la fonction visuelle est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.

## LA VISION ET LA CONDUITE AUTOMOBILE

La vision joue un rôle fondamental pour la conduite automobile, fournissant à l'individu la majeure partie de l'information qui lui est nécessaire pour effectuer cette activité de façon sécuritaire.

Toute atteinte significative de l'acuité ou du champ visuel peut donc influencer l'aptitude à conduire. Or, il arrive souvent qu'une personne ne soit pas consciente de la nature et de l'étendue de ses troubles. En effet, la détérioration de l'acuité ou du champ visuel est souvent graduelle, et il est possible de s'adapter au changement sans trop s'en rendre compte.

Un professionnel qui évalue la vision doit donc s'assurer que son client soit pleinement conscient de sa situation. Il doit aussi lui expliquer les risques associés à la conduite automobile, lui suggérer si possible des mesures pour compenser son incapacité et, ultimement, lui recommander de ne plus conduire s'il juge cela dangereux. Comme mentionné plus haut, le professionnel de la vue devrait également déclarer à la Société une condition visuelle manifestement dangereuse pour la conduite, s'il croit que son patient ne fera pas par lui-même cette déclaration et qu'il conduira malgré la recommandation claire de s'en abstenir.

Le formulaire M-28 comprend une section sur l'évaluation de la vision. Si le médecin de famille croit qu'une évaluation visuelle plus approfondie est indiquée, il peut le mentionner sur ce formulaire.

## LES EXAMENS VISUELS OBLIGATOIRES POUR OBTENIR UN PERMIS

Avant d'obtenir un permis de conduire, chaque demandeur doit aller passer un test de dépistage pour mesurer son acuité visuelle, dans un centre de services de la Société. Les personnes qui ne satisfont pas aux exigences minimales sont invitées à se présenter chez l'ophtalmologiste ou l'optométriste de leur choix afin de subir une évaluation plus approfondie, sur laquelle la Société appuiera sa décision. Pour l'ajout d'une classe au permis de conduire, une évaluation complémentaire peut être demandée au besoin.

Pour conserver son permis de conduire, une personne faisant l'objet d'un contrôle statutaire obligatoire de la Société, en fonction de son âge et de sa ou ses classe(s) de permis, doit également faire parvenir à cette dernière un

rapport d'examen visuel. C'est aussi le cas de certaines personnes dont le trouble visuel est connu de la Société et qui sont dans l'obligation de se plier à des contrôles périodiques.

Toutes les évaluations de l'acuité visuelle et du champ visuel se font avec les deux yeux ouverts, examinés ensemble. Cette façon de faire reproduit la réalité de la conduite. Mesurer l'acuité visuelle de chaque œil séparément n'est pas nécessaire, tant que l'acuité binoculaire figure dans le rapport. Bien entendu, si la personne ne voit que d'un œil, la Société utilisera le résultat de l'examen de l'acuité visuelle et du champ visuel de cet œil pour vérifier si les exigences du Règlement sont quand même satisfaites.

## **L'ACUITÉ VISUELLE**

L'acuité visuelle peut être définie comme la capacité de distinguer les objets lointains, et même de les identifier. Il va sans dire qu'une bonne acuité visuelle est essentielle à la conduite. Elle doit être suffisante pour permettre à un conducteur qui roule à la vitesse maximale permise, le jour comme la nuit, de voir les obstacles, les autres usagers de la route et la signalisation, et ce, assez longtemps d'avance pour y réagir adéquatement.

L'acuité visuelle est mesurée le plus souvent à l'aide de l'échelle de Snellen en respectant les modalités d'éclairage nécessaires pour le test. Les yeux doivent être évalués ensemble pour obtenir l'acuité visuelle binoculaire. Lorsque le conducteur porte des lunettes pour conduire, l'évaluation doit être faite avec ces lunettes. Le Règlement précise qu'une acuité visuelle, corrigée si nécessaire, d'au moins 6/15 est essentielle pour la conduite d'un véhicule des classes 5, 6 et 8, tandis que pour les classes 1 à 4, l'acuité doit être de 6/9 ou plus.

Une acuité visuelle qui demeure diminuée malgré une correction optimale est très difficile à compenser. Certaines personnes aux prises avec cette déficience parviennent tout de même à conduire de façon sécuritaire en conduisant lentement, ou en évitant les autoroutes et la conduite à la noirceur. D'autres utilisent une aide technique comme une lunette télescopique, afin de parvenir à lire les panneaux routiers et le nom des rues tout en conservant une détection visuelle périphérique suffisante.

La condition A (annexe B) sera ajoutée au permis d'une personne nécessitant des verres correcteurs pour que son acuité visuelle respecte les exigences relatives aux classes de permis qu'elle détient. En cas d'atteinte de la vision nocturne, ou d'acuité visuelle frôlant la limite selon les normes, une condition permettant la conduite de jour seulement (condition B – annexe B) peut être imposée si telle est la recommandation du spécialiste de la vue.

## **LES ATTEINTES DU CHAMP VISUEL**

La vision périphérique fournit d'importantes informations au conducteur sur son environnement routier. Elle joue un rôle majeur dans la perception des obstacles périphériques imprévisibles et mobiles, surtout aux intersections routières et lors des dépassements.

Un champ visuel binoculaire normal a une étendue horizontale d'environ 170°, dont près de 120° sont communs aux deux yeux. Le Règlement n'exige pas un champ visuel de 170°, mais d'étendue suffisante pour conduire de façon sécuritaire. En effet, il est exigé pour toutes les classes de permis d'avoir une vision centrale continue dans une bande délimitée à 10° au-dessus et à 20° en dessous du point de fixation. Pour les classes 1 à 4, cette bande doit s'étendre sur tout le champ visuel, qui doit mesurer au moins 150° en continu le long du méridien horizontal. Les normes pour les classes 5, 6 et 8 sont moins exigeantes, car elles spécifient que la bande doit mesurer au moins 100° et comprendre au moins 30° de chaque côté du méridien central. Le champ visuel doit être évalué avec les deux yeux ouverts examinés ensemble (champ visuel binoculaire). Le champ visuel cesse d'être continu à l'endroit où se trouve un scotome ou une contraction importante.

En l'absence d'antécédents et de pathologies susceptibles d'affecter le champ visuel, un examen du champ visuel par confrontation peut être suffisant. Cependant, l'examen par confrontation, tel qu'il est pratiqué par la majorité des médecins de famille et des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, vise surtout à évaluer le champ périphérique. Il est moins sensible pour la détection de scotomes centraux. Une référence pour une

évaluation plus élaborée est nécessaire si on soupçonne leur présence. Le spécialiste déterminera alors l'étendue des champs visuels central et périphérique à l'aide d'un périmètre de type Goldmann et d'un stimulus III/4<sup>e</sup>. Il effectuera également la recherche de scotomes. Le Goldmann III/4<sup>e</sup> est la technique qui a servi de méthode d'étalonnage lorsque les exigences relatives au champ visuel pour la conduite ont été établies. Par conséquent, c'est toujours à partir de ce standard que toute l'étendue du champ visuel horizontal doit être évaluée, même si une autre technique est utilisée. L'examen du seul champ visuel central est insuffisant aux fins de la sécurité routière.

Les périmètres automatisés de type Humphrey, Octopus, Fieldmaster et autres, quoique précis pour l'évaluation du champ visuel central, peuvent être insuffisants pour l'examen du champ visuel périphérique aux fins de la sécurité routière. **Cependant, la Société accepte tous les rapports de périmétrie informatisée à condition qu'ils évaluent le champ visuel au complet.** Advenant la réception d'un rapport de périmétrie informatisée qui n'évalue pas le champ visuel au complet, un rapport utilisant les techniques de type Goldmann ou Esterman sera exigé.

Les quadranopsies ou hémianopsies sont incompatibles avec la conduite, à moins que l'individu ne démontre sa capacité de conduire en compensant ces lacunes, c'est-à-dire en tournant sa tête sans arrêt pour effectuer un balayage visuel continu.

De manière générale, on constate que le taux de réussite au test sur route évaluant le degré de compensation est élevé, surtout lorsque le déficit du champ visuel s'est accentué graduellement au cours d'une longue période, ou qu'il s'est installé depuis longtemps. D'ailleurs, environ la moitié des titulaires de permis de 75 ans ou plus qui ont un champ visuel non conforme aux normes énoncées dans le Règlement réussissent à démontrer leur aptitude à conduire de façon sécuritaire. C'est pourquoi un champ visuel hors norme ne mène pas nécessairement à la suspension du permis. De nos jours, la Société offre plutôt à tous les conducteurs dans cette situation la possibilité de démontrer leur capacité de compensation avant de suspendre leur permis.

## LA PERCEPTION DES COULEURS

Un trouble empêchant de distinguer correctement les couleurs peut constituer un défi en situation de conduite, car il faut alors être en mesure de reconnaître rapidement les feux de circulation. Cependant, l'uniformisation de la position et de la forme de ces derniers est une mesure qui a grandement aidé les personnes présentant des troubles de cet ordre à compenser leur déficit. Ainsi, lorsque le trouble de la perception des couleurs est présent depuis la naissance, la personne atteinte aura généralement appris à distinguer les différents feux de circulation. L'évaluation visuelle pratiquée en centre de services pour l'obtention d'un premier permis ne comprend plus le test portant sur la discrimination des couleurs, car ce volet peut être vérifié en situation réelle lors de l'examen sur route.

Celui qui développe un trouble acquis de la perception des couleurs doit, pour sa part, apprendre à compenser cette nouvelle déficience. Lorsqu'un trouble récent de la perception du vert et du rouge est considéré comme sévère par le spécialiste l'ayant objectivé, une évaluation sur la route peut être demandée par la Société pour vérifier si la personne atteinte demeure en mesure de distinguer les feux de circulation.

## LA VISION NOCTURNE

La capacité à distinguer des objets est moindre à la noirceur, et ce, même pour ceux qui présentent une acuité visuelle normale. Un individu avec une acuité visuelle « limite », à 6/15 le jour, pourrait donc ne plus être en mesure de conduire de façon sécuritaire le soir et la nuit.

La faculté de s'adapter facilement à la noirceur et de supporter l'éblouissement des phares devient très importante dès la tombée de la nuit. Cependant, les méthodes actuelles d'évaluation ne permettent pas d'établir des normes rigoureuses à ce propos<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Julien Adrian et collab., « Validation of the Driver Ecological Glare Test », *Journal of Safety Research*, vol. 72, février 2020, p. 139-143. Joanne M. Wood, « Nighttime Driving : Visual, Lighting and Visibility Challenges », *Ophthalmic and Physiological Optics; The Journal of the College of Optometrists*, vol. 40, n° 2, 25 décembre 2019, p. 187-201.

En général, l'éblouissement et les difficultés d'adaptation à la noirceur peuvent être augmentés par une maladie oculaire ainsi que par l'usage de médicaments. Des pathologies d'évolution variable et insidieuse comme les rétinopathies, les cataractes et le glaucome doivent donc faire l'objet d'une attention spéciale. La conduite de nuit est dangereuse dans les circonstances suivantes, notamment : rétinite pigmentaire, acuité visuelle binoculaire inférieure à 6/12, rétinite avec acuité et champ visuels limités, utilisation de médicaments affectant les réflexes pupillaires, glaucome, dégénérescence maculaire et cataractes.

## LA PERCEPTION DES DISTANCES

La vision stéréoscopique est une faculté nécessaire à la conduite. Elle entre en jeu pour freiner, dépasser, reculer ou stationner un véhicule. La stéréoscopie n'est possible que pour le conducteur doté d'une vision binoculaire, mais les personnes ayant une vision monoculaire peuvent apprendre à bien évaluer les distances. L'absence de perception des distances peut être compensée par des indices secondaires de perception de la profondeur, comme la dimension des objets, la parallaxe, l'ombre, la précision des détails et le contraste.

Ainsi, les conducteurs souffrant d'une atteinte chronique de la vision stéréoscopique, comme lors d'une amblyopie, d'un strabisme congénital ou d'une anisométrie importante de longue date, ont habituellement développé des habiletés compensatoires et peuvent conduire de manière sécuritaire.

Pour leur part, les conducteurs qui perdent subitement l'usage d'un œil ou ceux qui doivent conduire avec un œil fermé pour toutes sortes de raisons éprouvent généralement de la difficulté à évaluer les distances pendant un certain temps. C'est pourquoi ils sont d'emblée considérés comme inaptes à la conduite de toutes les classes de véhicules pendant trois mois. Le médecin devrait informer son patient de cet état de fait et l'aviser de s'abstenir de conduire pendant une période minimale de trois mois, en gardant en tête que certaines personnes ont besoin de plus de temps pour apprendre à compenser leur perte et qu'il convient de réévaluer la situation à échéance.

## LA SENSIBILITÉ AUX CONTRASTES

Bien que la sensibilité aux contrastes puisse être un meilleur indicateur de l'aptitude à conduire que l'acuité visuelle selon l'échelle de Snellen, le niveau de sensibilité aux contrastes est un paramètre encore difficile à évaluer, pour lequel le développement de normes reste à venir<sup>28</sup>. La perte de sensibilité aux contrastes affecte principalement la vision nocturne et la capacité à conduire par mauvais temps. Elle peut être associée à une dégénérescence maculaire, à une cataracte, à une chirurgie réfractive, au vieillissement ou à d'autres causes.

La Société suit le développement de normes pour des tests de sensibilité aux contrastes et prévoit les incorporer dans le Règlement lorsqu'elles seront définies.

## LES TROUBLES DE RÉFRACTION

Les troubles de réfraction comme la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou l'anisométrie légère ne constituent pas vraiment un danger pour la sécurité routière, lorsque la vision corrigée permet aux conducteurs de satisfaire aux normes relatives à l'acuité et au champ visuels.

## LES CATARACTES

---

<sup>28</sup> Lucie Spreng et collab., « Cross-Sectional Study Assessing the Addition of Contrast Sensitivity to Visual Acuity When Testing for Fitness to Drive », *BMJ Open*, vol. 8, n° 1, 26 janvier 2018, 8 pages. Sonia Ortiz-Peregrina et collab., « Intraocular Scattering as a Predictor of Driving Performance in Older Adults With Cataracts », *PLOS ONE*, 14 janvier 2020, 13 pages. International Council of Ophthalmology, *Vision Requirements for Driving Safety*, Rapport du 30<sup>e</sup> World Ophthalmology Congress, Sao Paulo, Brésil, février 2006, 25 pages.

L'opacité du cristallin peut affecter l'acuité visuelle, le champ visuel, la sensibilité aux contrastes et la tolérance à l'éblouissement. L'évaluation de l'aptitude à conduire doit donc se faire selon les normes relatives à l'acuité visuelle et au champ visuel. Selon les résultats de l'examen, la conduite de nuit peut être interdite. Compte tenu du caractère évolutif des cataractes, des examens visuels doivent être effectués à intervalles réguliers.

## LE GLAUCOME

Le glaucome traité médicalement ou chirurgicalement permet la conduite de tout genre de véhicules si les normes relatives à l'acuité visuelle et au champ visuel sont respectées. L'utilisation de certains médicaments pour le traitement du glaucome peut cependant affecter les réflexes pupillaires et rendre dangereuse la conduite de nuit. Cette dernière peut être interdite si le médecin traitant le recommande.

## LES MALADIES DE LA RÉTINE

Les maladies de la rétine ne sont pas incompatibles avec l'obtention d'un permis, si la personne qui en est atteinte satisfait tout de même aux normes relatives à l'acuité et au champ visuels. On doit porter attention à la rétinopathie pigmentaire, maladie héréditaire affectant les deux yeux. Au début, son évolution est insidieuse et affecte la vision nocturne. Par la suite, elle cause une atteinte sévère du champ visuel et de l'acuité visuelle, les rendant hors norme.

La photocoagulation affecte les fonctions rétinienne de façon variable selon la pathologie sous-jacente et selon la nature et l'intensité du traitement. Sur le plan de la sécurité routière, on lui reconnaît souvent comme conséquence de rendre le champ visuel discontinu, notamment lorsqu'il y a eu photocoagulation panrétinienne, comme dans les cas de rétinopathies diabétiques. Dans le cas d'un champ visuel discontinu, les normes usuelles relatives au champ visuel s'appliquent.

## LES TROUBLES DE LA FONCTION OCULOMOTRICE

La diplopie en position primaire est incompatible avec l'obtention d'un permis tant que les troubles n'ont pas été corrigés adéquatement, quelle qu'en soit la cause. Aux fins de l'application du Règlement, une diplopie dans les 40° centraux, mesurée au moyen d'une technique reconnue et non corrigée, est essentiellement incompatible avec la conduite. Si la diplopie est corrigée par un prisme, un couvre-œil ou l'équivalent, le patient pourra conduire, à condition que les normes relatives à l'acuité visuelle et au champ visuel soient satisfaites, avec l'occlusion ou le prisme. Si des lunettes avec prismes sont portées pour la conduite, l'évaluation du champ visuel et celle de l'acuité visuelle doivent se faire avec ces lunettes.

Pour sa part, la personne souffrant de nystagmus d'origine oculaire pourra conduire toute classe de véhicules si les normes relatives à l'acuité visuelle et au champ visuel sont satisfaites.

## LES AUTRES PATHOLOGIES

L'examen visuel doit aussi tenir compte d'autres pathologies pouvant affecter les fonctions visuelles, telles que la kératite, l'uvéïte, la ptose palpébrale, la neuropathie optique et l'hémianopsie. L'examineur doit également tenir compte des médicaments employés de façon systémique ou locale et ayant une influence sur la performance visuelle<sup>29</sup>. Il devrait informer son patient des effets secondaires de ces traitements sur la vision et même lui suggérer de ne pas conduire dans certaines conditions.

La dégénérescence maculaire est la cause la plus fréquente de cécité adulte dans les pays industrialisés. C'est une maladie dégénérative qui affecte la macula et occasionne une perte de vision centrale. La perte est souvent progressive, mais peut parfois être subite, comme lors d'une hémorragie sous-rétinienne. Certains clients traités

---

<sup>29</sup> Michelle Stephenson, « Systemic Drugs with Ocular Side Effects », *Review of Ophthalmology*, 4 octobre 2011, [en ligne], <https://www.reviewofophthalmology.com/article/systemic-drugs-with-ocular-side-effects> (page consultée pour la dernière fois le 24 février 2021).

avec des injections intraoculaires d'inhibiteurs du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire peuvent avoir une acuité visuelle variable selon la réponse au traitement. Pour les déficiences visuelles progressives, il importe que le spécialiste de la vue avise le client lorsque sa vision ne satisfait plus aux normes prévues au Règlement.

## LA CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Le conducteur qui a subi une chirurgie réfractive peut conduire tout genre de véhicules s'il satisfait aux exigences visuelles. Si son acuité visuelle devient conforme aux normes visuelles, il peut demander à la Société le retrait de la condition A à son permis, en transmettant au SEMSC un rapport attestant de sa nouvelle acuité visuelle.

## LES SYSTÈMES TÉLESCOPIQUES

Depuis quelques années, la Société accepte que des personnes ayant une acuité visuelle ne satisfaisant pas aux normes du Règlement utilisent un système télescopique bioptique (STB) pour conduire.

Lorsqu'il conduit, l'utilisateur du STB regarde par une lentille normale la majeure partie du temps; le télescope n'est utilisé que par touches brèves, pour distinguer des objets ou lire des panneaux de signalisation. Pour cette raison, la Société tient compte de son acuité visuelle sans télescope pour déterminer s'il répond aux normes établies dans le Règlement.

En vertu de son pouvoir discrétionnaire, la Société peut délivrer un permis de conduire à une personne qui ne répond pas aux normes visuelles inscrites au Règlement, mais qui démontre qu'elle peut conduire de façon sécuritaire lors d'une évaluation sur route spécialement élaborée pour cette clientèle. L'utilisation d'un STB lors de cette évaluation sur route n'est pas une exigence; si toutefois la personne a eu recours à cet appareil pour réussir son test, elle devra toujours le porter, par la suite, pour conduire. Au Québec, deux établissements offrent la formation du *Programme provincial de développement d'habiletés visuelles compensatoires (conduite automobile)*, qui permet notamment l'apprentissage de la conduite avec un STB. Il s'agit de l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) en Montérégie et de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP) à Québec<sup>30</sup>.

Le test sur route spécialisé n'est pas disponible dans tous les centres de services. Le demandeur de permis qui a une acuité visuelle hors normes peut s'informer auprès de la Société pour plus de renseignements.

## Maladies et déficiences des oreilles

**13.** *La perte moyenne de l'acuité auditive, corrigée ou non, supérieure à 40 décibels pour la meilleure oreille, à des fréquences de 500, 1000 et 2000 hertz, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 2 et 4 ou d'un véhicule routier qui transporte un contenant de matières dangereuses au sens du Règlement sur le transport des matières dangereuses (chapitre C-24.2, r. 43) dont la capacité est supérieure à 450 litres ou qui nécessite l'application de plaques d'indication de danger suivant les dispositions de la section IV de ce règlement, sauf si la personne atteinte est capable de comprendre une phrase énoncée d'une voix chuchotée avec force, avec ou sans appareil auditif, à une distance de 1,5 mètre.*

<sup>30</sup> INLB : Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, « Programme provincial de développement d'habiletés compensatoires (conduite automobile) » [en ligne], <http://www.inlb.qc.ca/usagers-et-proches/nos-services/conduite-automobile> (page consultée pour la dernière fois le 24 février 2021). IRDQP : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, « Programme d'évaluation et d'entraînement à la conduite automobile » [en ligne], <https://www.ciuss-capitalesnationale.gouv.qc.ca/services/deficience-handicap/deficience-motrice/integration-sociale-communautaire/conduite-automobile> (page consultée pour la dernière fois le 24 février 2021).

## L'AUDITION ET LA CONDUITE AUTOMOBILE AU QUÉBEC

Il est généralement admis que les troubles de l'audition n'affectent pas le risque d'accident<sup>31</sup>. Certains conducteurs sourds compenseraient leur incapacité en restant concentrés et en utilisant les rétroviseurs de manière optimale<sup>32</sup>. Ainsi, la Société ne procède pas systématiquement à l'évaluation de l'acuité auditive de tous les conducteurs. De plus, il n'y a pas de norme auditive en vigueur pour les conducteurs au Québec, sauf pour la conduite de véhicules appartenant à certaines classes professionnelles, comme énoncé à l'article 13 du Règlement.

## LES EXIGENCES RELATIVES À LA CONDUITE AUX ÉTATS-UNIS

Il n'y a pas, au Québec, de dépistage systématique de troubles de l'audition pour les conducteurs de véhicules commerciaux qui désirent circuler aux États-Unis. Ceux qui détiennent un permis des classes 1, 2, 3 ou 4B, qui souhaitent conduire l'un de ces véhicules aux États-Unis et qui ont un trouble de l'audition attesté par un rapport déjà transmis à la Société, se verront dans l'obligation de passer une évaluation de l'ouïe. Cette évaluation ne sera pas exigée si la condition W (interdiction de conduire un véhicule des classes 1, 2, 3 ou 4B aux États-Unis) figure sur le permis du conducteur.

Les conducteurs québécois qui désirent conduire aux États-Unis des autobus ou des camions lourds, articulés ou non articulés, doivent, selon l'entente de réciprocité entre le Canada et les États-Unis, satisfaire à l'une des deux normes auditives américaines en vigueur, jugées équivalentes pour établir si le titulaire de permis satisfait aux exigences auditives. La première norme exige un seuil tonal auditif de 40 décibels ou mieux pour la meilleure oreille dans les fréquences de 500, 1000 et 2000 hertz, selon un audiogramme.

La deuxième exige la réussite au test du chuchotement forcé, qui se déroule comme suit. Le test doit être passé dans un milieu silencieux. Le candidat tend l'oreille testée en direction de l'examineur situé à plus de 2 mètres (6,5 pieds) derrière lui et couvre l'autre oreille. Il ne doit pas être en mesure de voir la bouche de l'examineur. En utilisant l'air restant après une expiration normale, l'examineur chuchote avec force des mots ou des chiffres au hasard, en évitant les sons sibilants et en s'approchant du candidat. On note la distance à laquelle le candidat commence à percevoir le son et peut répéter les paroles correctement. Il faut ensuite reprendre la procédure pour tester l'autre oreille. Le candidat réussit le test s'il reconnaît les paroles à une distance de 1,5 mètre (5 pieds) ou plus.

Le rapport contenant le résultat du test auditif doit nécessairement indiquer si le port d'une prothèse auditive a été nécessaire pour le réussir. Le cas échéant, le conducteur sera dans l'obligation de la porter pour conduire un véhicule lourd articulé ou non articulé, un autobus ou un minibus aux États-Unis.

## Maladies et déficiences de l'appareil cardiovasculaire

**14.** Pour l'application de la présente section, la classification fonctionnelle cardiaque suivante est établie :

*Classe I : aucune limitation des activités et aucun symptôme au cours des activités quotidiennes;*

*Classe II : limitations minimales des activités, mais confortable au repos ou au cours d'activités physiques légères;*

*Classe III : limitations sévères des activités et confortable seulement au repos;*

<sup>31</sup> Judith L. Charlton et collab., *Influence of Chronic Illness on Crash Involvement of Motor Vehicle Drivers: 2<sup>nd</sup> Edition*, Melbourne, Monash University Accident Research Centre, report n° 300, novembre 2010, xix-620 pages.

<sup>32</sup> *Ibid.*

*Classe IV : la personne doit être au repos total, confinée au lit ou dans une chaise et toute activité physique amène de l'inconfort et des symptômes peuvent se manifester même au repos.*

**15.** *Un trouble cardiaque qui entraîne l'appartenance de la personne atteinte à la classe IV est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.*

**16.** *Un trouble cardiaque qui entraîne l'appartenance de la personne atteinte à la classe III ou une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure à 35 % est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4.*

**17.** *La présence d'un défibrillateur implantable est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4, sauf si le trouble cardiaque qui en a justifié la pose n'est plus présent.*

**18.** *La personne qui s'est fait poser un défibrillateur implantable à la suite d'un trouble du rythme cardiaque avec baisse du niveau de conscience est autorisée à conduire un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8, à condition de ne pas avoir eu de trouble du rythme cardiaque affectant le niveau de conscience depuis au moins six mois et d'avoir fait l'objet d'un suivi médical durant cette période. À défaut de respecter ces exigences, la présence d'un tel défibrillateur est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier appartenant à l'une de ces classes.*

*De plus, toute atteinte de la conscience résultant de l'activité d'un défibrillateur est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier pendant une période de six mois suivant l'événement.*

**19.** *Un anévrisme de l'aorte à indication chirurgicale est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.*

**20.** *Une condition cardiaque ou vasculaire reconnue médicalement pour causer de l'angine, des troubles du rythme, des syncopes, des embolies ou de l'ischémie est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.*

## **LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET LA CONDUITE AUTOMOBILE**

Les troubles cardiaques comptent parmi les principales causes de décès au Québec. Étant donné que ces troubles sont très répandus dans la population, on pourrait s'attendre à ce qu'un nombre important de conducteurs meurent subitement, perdent connaissance ou subissent des douleurs incapacitantes lorsqu'ils sont au volant. Or, les personnes atteintes de maladies cardiaques sont souvent sensibilisées à leur condition et à leurs limites par l'équipe traitante. Elles ont donc tendance à modifier leur comportement afin de diminuer les risques d'accident que leur pathologie entraîne. Cependant, certaines catégories de conditions cardiovasculaires entraînent une augmentation de ce risque, et le Règlement en tient compte.

### **L'ÉVALUATION CARDIOVASCULAIRE**

Le rôle du médecin qui procède à une évaluation cardiovasculaire est de déterminer la sévérité du déficit fonctionnel et la probabilité de mort subite, de perte de conscience ou de douleurs incapacitantes chez son patient. Cette probabilité dépend de la sévérité de la lésion ou de la maladie en cause, et elle n'est pas toujours proportionnelle au degré d'autonomie fonctionnelle. Un diagnostic précis, une description des symptômes, une bonne évaluation fonctionnelle, la nature de la médication ainsi que l'avis des spécialistes sont des renseignements nécessaires à la Société pour une prise de décision éclairée sur le statut du permis de conduire. Depuis 2009, la Société n'exige plus d'épreuves d'effort pour les conducteurs des classes professionnelles porteurs de conditions cardiovasculaires. Cependant, dans certains cas, et plus particulièrement lorsque la responsabilité du conducteur est accrue du fait qu'il conduit un véhicule lourd ou destiné au transport de passagers, il faut avoir recours à d'autres méthodes d'évaluation de la fonction cardiaque.

Le degré d'atteinte fonctionnelle est évidemment un point extrêmement important dans l'évaluation de l'aptitude à conduire d'un conducteur porteur d'une maladie cardiovasculaire. Il est essentiel que le professionnel de la santé l'inscrive dans les rapports transmis à la Société, en s'appuyant sur la classification de la New York Heart Association, qui fut retenue par la Société lors de l'élaboration du Règlement. Le tableau qui suit explique les critères définissant les quatre classes fonctionnelles dont il est question, ainsi que les liens entre ces classes et la conduite automobile.

Classes fonctionnelles	Définition	Peut conduire
Classe I	Aucune limitation des activités : l'activité physique habituelle n'entraîne pas de fatigue anormale, de dyspnée ou de palpitations.	Tout genre de véhicule
Classe II	Légère limitation de l'activité physique : à l'aise au repos, mais l'activité physique habituelle entraîne une fatigue, des palpitations ou une dyspnée.	Tout genre de véhicule
Classe III	Réduction marquée de l'activité physique : à l'aise au repos, mais une activité moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes.	Véhicule de promenade seulement
Classe IV	Impossibilité de poursuivre une activité physique sans gêne : les symptômes de l'insuffisance cardiaque sont présents, même au repos, et la gêne est accrue par toute activité physique.	Aucun véhicule

Comme le temps d'exposition à la conduite est généralement plus long chez les conducteurs de véhicules commerciaux que chez les conducteurs de véhicules privés, et comme les conséquences d'un accident avec un véhicule commercial sont souvent plus importantes qu'avec un véhicule de promenade, surtout lorsqu'il s'agit d'un véhicule lourd, les normes cardiovasculaires sont plus sévères pour les conducteurs de véhicules commerciaux que pour les conducteurs de véhicules de promenade.

Il peut cependant arriver qu'un conducteur de véhicule de promenade, dans le cadre de son travail, ait une durée d'exposition à la conduite semblable à celle d'un conducteur de véhicule commercial, ou ait à transporter des matières dangereuses. Le médecin traitant doit prendre ces faits en considération avant d'autoriser un retour au travail.

La Société canadienne de cardiologie (SCC) a publié en 2003<sup>33</sup> des lignes directrices sur l'évaluation de l'aptitude à conduire du patient cardiaque. Celles qui concernent les dispositifs d'assistance ventriculaire ont été mises à jour en 2012<sup>34</sup>. Des périodes sans conduite qui varient selon la pathologie<sup>35</sup> et qui s'appuient sur des opinions d'experts sont recommandées, mais elles peuvent toutefois être modifiées si le cardiologue traitant le préconise. La Société acceptera ces modifications, pourvu qu'elles soient conformes aux exigences réglementaires.

## LES DÉFIBRILLATEURS INTERNES À SYNCHRONISATION AUTOMATIQUE (DISA)

Un DISA peut être implanté par prévention chez quelqu'un présentant une condition cardiaque associée à un risque élevé de mort subite ou d'arythmies avec instabilité hémodynamique (ex. : insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure à 35 %). Il peut aussi être implanté à la suite d'un épisode de mort subite ou d'arythmie ventriculaire maligne sans cause réversible apparente. L'objectif est l'administration rapide d'un traitement pouvant mettre fin à une arythmie sévère, afin d'éviter un décès. Toutefois, la condition cardiaque ayant motivé l'implantation du DISA demeure sous-jacente la plupart du temps et continue donc à entraîner un risque

<sup>33</sup> Chris Simpson et collab., « CCS Consensus Conference 2003 : Assessment of the Cardiac Patient for Fitness to Drive and Fly – Executive Summary », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 20, n° 13, 2004, p. 1313-1323.

<sup>34</sup> Roger Baskett et collab., « Canadian Cardiovascular Society Focused Position Statement Update on Assessment of the Cardiac Patient for Fitness to Drive: Fitness Following Left Ventricular Assist Device Implantation », *Canadian Journal of Cardiology/Journal canadien de cardiologie*, vol. 28, n° 2, 1<sup>er</sup> mars 2012, p. 137-140.

<sup>35</sup> Le site de la SCC comprend une « Collection des lignes directrices et des énoncés de position » qui concernent une grande variété de problèmes cardiaques : Société canadienne de cardiologie, « Collection des lignes directrices et des énoncés de position » [en ligne], <https://www.ccs.ca/index.php/fr/lignes-directrices/collection-des-lignes-directrices> (page consultée pour la dernière fois le 24 février 2021).

pour la sécurité routière. De plus, les chocs provoqués par le DISA ne sont pas toujours assez efficaces pour empêcher le décès. Enfin, ce traitement peut provoquer des pertes de conscience ou des symptômes invalidants.

Le plus souvent, la présence d'un DISA est donc une contre-indication à la conduite de véhicules commerciaux. Il peut toutefois arriver que la condition cardiaque ayant justifié la pose du DISA soit complètement résolue (ex. : récupération complète d'une myocardite). Dans un tel cas, la conduite de véhicules de classes commerciales peut être permise si, de l'avis du cardiologue traitant, la probabilité d'événement cardiaque subit au volant est faible.

Une personne ayant eu un trouble du rythme cardiaque avec altération du niveau de conscience justifiant la pose d'un DISA ne peut pas conduire un véhicule de promenade pendant six mois. De même, si un traitement avec DISA provoque une altération de la conscience ou des symptômes invalidants, la personne devra s'abstenir de conduire pendant six mois.

## LES LÉSIONS ARTÉRIELLES OBSTRUCTIVES

La présence d'une maladie vasculaire artériosclérotique (MVAS) aux membres inférieurs, même si elle entraîne des symptômes lors de la marche, ne contre-indique pas la conduite de véhicules. Toutefois, la présence de douleurs importantes au repos ainsi que la médication analgésique peuvent faire baisser le niveau d'attention et de concentration de la personne atteinte. Bien entendu, une amputation découlant d'une ischémie périphérique sévère peut mener à la nécessité de faire adapter le véhicule; la personne devra en outre, pour continuer à conduire en toute sécurité, satisfaire aux conditions énoncées dans la section V du Règlement (Maladies du système musculo-squelettique et déficience motrice).

Un anévrisme de l'aorte à indication chirurgicale est incompatible avec l'obtention ou le maintien d'un permis. Un anévrisme de l'aorte abdominale est à indication chirurgicale s'il est symptomatique, si son diamètre est de plus de 5,5 centimètres, si ce diamètre augmente rapidement ou si le médecin spécialiste recommande la chirurgie. Cependant, si la personne est opérée avec succès, un permis de conduire autorisant la conduite de tout genre de véhicule pourra lui être accordé. Si une endoprothèse aortique a été installée, il ne doit pas y avoir de fuite majeure exposant l'individu à un risque important de nouvelle rupture.

## Maladies du système musculo-squelettique et déficience motrice

**21.** : *La perte anatomique ou fonctionnelle d'un membre ou d'une articulation d'un membre ou l'immobilisation d'un membre est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier, à moins que la personne démontre, à la satisfaction de la Société, qu'elle peut conduire de façon sécuritaire un véhicule routier correspondant à la classe de permis en cause ou à la classe qu'elle désire obtenir.*

**22.** : *Une maladie ou une déficience du système musculo-squelettique, autre que celles visées à l'article 21, pouvant empêcher la conduite sécuritaire est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.*

## LES PRÉREQUIS À LA CONDUITE

Pour conduire de façon sécuritaire, une personne devrait pouvoir :

- avoir une bonne souplesse et une bonne stabilité du rachis en position assise, surtout au niveau cervical;
- vérifier ses angles morts;
- tourner le volant avec aisance sur toute son amplitude;
- freiner de façon rapide et précise en cas d'urgence;
- accélérer de façon harmonieuse et non saccadée;
- actionner les commandes secondaires (clignotants, essuie-glaces) en toute sécurité;
- accomplir plusieurs de ces actions simultanément.

L'intégrité du squelette, la sensibilité superficielle et profonde, la force musculaire ainsi que la stabilité et la mobilité des articulations sont donc des éléments influençant la conduite d'un véhicule. La Société doit en recevoir une

description détaillée qui fait foi de l'aptitude (ou de l'inaptitude) à conduire de façon sécuritaire. Certains déficits du squelette, des muscles et des articulations peuvent être adéquatement compensés par des prothèses, des orthèses, ou tout simplement une modification du véhicule. D'autres peuvent entraîner des limitations fonctionnelles lors des activités de la vie quotidienne.

## LES EXIGENCES RELATIVES AU RAPPORT MÉDICAL

Un rapport d'évaluation musculo-squelettique sera demandé aux personnes qui ont subi une perte anatomique ou fonctionnelle partielle ou complète pouvant nuire à la conduite sécuritaire d'un véhicule routier, à celles qui doivent conduire en portant une prothèse ou une orthèse, et à celles qui nécessitent une réadaptation physique ou une adaptation du véhicule, notamment.

La Société doit recevoir de l'information qui lui permettra de comprendre exactement ce que tel membre ou telle portion de membre est capable ou incapable d'accomplir lors de la conduite, et de quelle manière : par exemple, rapidité d'exécution, précision, souplesse et efficacité, probabilité d'une erreur ou d'une défaillance qui pourrait découler de la déficience dans les moments les plus exigeants de la conduite.

### Exemple

Diagnostic : Lésions traumatiques multiples du membre inférieur droit avec séquelles.

Rapport jugé incomplet pour les besoins de la Société : « Faiblesse du membre inférieur droit avec limitations des mouvements du genou et douleur. »

Complément d'information permettant à la Société de prendre une décision éclairée : « La seule perte de mouvement actif est une perte de 5° d'extension du genou, peu significative pour la conduite. »

Décision probable de la Société : L'individu pourrait conduire tout type de véhicule s'il satisfait aux exigences relatives aux permis des classes qu'il désire obtenir.

Le rapport d'évaluation doit fournir une description objective de la perte anatomique ou fonctionnelle et, plus particulièrement, il doit indiquer, selon le cas, le niveau d'amputation, la qualité de l'appareillage prothétique ou de l'orthèse et son efficacité, le degré d'ankylose, la force musculaire et l'amplitude articulaire mesurées et décrites selon la nomenclature internationale. Il est important de préciser le diagnostic, car les troubles évolutifs nécessitent des examens médicaux périodiques. Il faut également tenir compte des risques d'incapacité soudaine au volant.

Une très grande proportion des limitations physiques peut être compensée par des adaptations au véhicule. Par exemple, une personne dont la préhension est diminuée par l'arthrite et qui a de la difficulté à manipuler le volant peut améliorer son confort et sa sécurité en utilisant une boule au volant. Ainsi, les conseils prodigués par les professionnels de la santé sont un facteur important de sécurité routière. Une consultation avec un ergothérapeute pourrait être nécessaire pour se procurer des adaptations au véhicule qui conviennent, et pour qu'elles soient installées conformément aux normes reconnues.

## LES INCAPACITÉS MUSCULO-SQUELETTIQUES ET LE PERMIS DE CONDUIRE

Si l'information qui lui est transmise est insuffisante pour en juger, il peut arriver que la Société demande à une personne présentant des troubles musculo-squelettiques de se prêter à un test sur route visant à démontrer, à la satisfaction de la Société, qu'elle peut conduire sans danger, avec ou sans l'aide d'une prothèse, d'une orthèse ou d'une adaptation de véhicule, les classes de véhicules autorisées à son permis. Cependant, ce test routier ne permet pas de tout évaluer; ainsi, la fatigabilité sur de longues distances, liée à la douleur, ou le risque que l'attention ou l'état d'éveil soient perturbés par les douleurs ou la médication analgésique, échappent à cette évaluation. Ayant à

conduire sur de longues distances ou pendant de longues heures consécutives, les conducteurs de véhicules commerciaux ne devraient pas présenter de douleurs incapacitantes.

La perte d'un membre ne mène pas nécessairement à la suspension du permis. Cependant, comme c'est le cas pour d'autres pathologies, le conducteur concerné doit démontrer à la satisfaction de la Société qu'il est en mesure de conduire sécuritairement. Une personne amputée qui souhaite continuer à conduire pourrait avoir besoin d'une évaluation en ergothérapie et d'une adaptation de véhicule.

Lorsqu'une personne nécessite une prothèse ou une orthèse pour conduire et qu'une condition à cet effet est ajoutée à son permis, il va de soi que cet appareil doit être fonctionnel, c'est-à-dire utile à la conduite, et non seulement esthétique.

La conduite de la motocyclette est plus exigeante et requiert une bonne force et une bonne coordination des quatre membres. En ce qui concerne les membres supérieurs, ils doivent être en mesure de tenir les guidons. Une amputation sous le genou d'un membre inférieur, ou même des deux membres inférieurs, n'interdit pas la conduite d'une moto, si l'articulation du genou est adéquate et si le demandeur porte une prothèse fonctionnelle. La conduite de la motocyclette à trois roues exige moins de capacités physiques, mais il faut au moins pouvoir se tenir fermement assis sur la selle. Enfin, il existe des adaptations pour pallier des déficits anatomiques ou fonctionnels et permettre la conduite d'une motocyclette.

## Troubles psychiatriques

**23.** : *Les troubles psychiatriques qui entraînent, notamment, une perturbation importante du jugement ou du comportement, une agressivité importante, des troubles importants de la perception, un ralentissement important de l'activité psychomotrice ou une accélération importante de celle-ci sont essentiellement incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier.*

*Toutefois, la personne atteinte est autorisée à conduire après la disparition des symptômes décrits au premier alinéa à condition de démontrer médicalement que son état émotionnel et psychique est compatible avec la conduite sécuritaire d'un véhicule routier.*

**24.** : *Un trouble psychiatrique majeur récurrent est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4 sauf lorsque la personne est asymptomatique depuis au moins douze mois et qu'elle est sous surveillance médicale.*

*Un trouble psychiatrique majeur est considéré récurrent lorsque deux épisodes ou plus de celui-ci surviennent en un an ou lorsque trois épisodes ou plus surviennent en trois ans.*

**25.** : *Un trouble psychiatrique majeur récurrent est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8 sauf lorsque la personne est asymptomatique depuis au moins six mois et qu'elle est sous surveillance médicale.*

*La récurrence est établie conformément au deuxième alinéa de l'article 24.*

**26.** : *Les troubles psychiatriques légers ou modérés sont relativement incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier.*

## LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET LA CONDUITE AUTOMOBILE

La capacité à maintenir un comportement stable et un contact adéquat avec la réalité est essentielle à la conduite d'un véhicule routier. Les perturbations émotionnelles, les comportements antisociaux ou agressifs, les tendances suicidaires et les troubles de la pensée sont reconnus comme étant d'importants facteurs de risque d'accidents routiers.

Encore une fois, le diagnostic seul ne suffit pas. L'opinion du professionnel traitant doit porter sur l'état fonctionnel actuel de son patient, sur sa tolérance à la médication et l'efficacité de celle-ci, sur sa perception et son attitude face

à la maladie ainsi que sur le pronostic de la maladie. Ces éléments doivent être considérés lorsqu'il s'agit de déterminer si une personne est apte à conduire ou non. Le professionnel peut également prendre en considération les troubles de comportement survenus antérieurement. Il devrait s'enquérir auprès de son patient de ses antécédents d'accidents ou d'infractions et des circonstances les entourant, et enfin déterminer si les manifestations du trouble psychiatrique sont en cause.

Le Règlement n'indique pas la durée d'abstention de conduite qu'il convient de respecter après la disparition de symptômes liés à un trouble psychiatrique, sauf s'il s'agit d'un trouble majeur et récurrent tel que précisé aux articles 24 et 25. Si elle veut conduire, la personne qui a subi un épisode de décompensation psychiatrique doit se trouver depuis un certain temps dans un état émotionnel et psychique compatible avec la conduite. Cette période d'observation clinique doit être assez longue pour permettre au professionnel traitant de se prononcer sur ce point. L'avis du professionnel sur l'autocritique et le jugement de la personne concernée est un élément particulièrement important dans le processus de prise de décision de la Société.

Il ne faut pas oublier que la conduite d'un véhicule commercial est beaucoup plus exigeante que celle d'un véhicule de promenade. Elle requiert une attention et une concentration soutenues, souvent pendant de longues heures et sur de longues distances. La personne peut avoir à interagir de façon efficace et harmonieuse avec des passagers. Elle peut avoir à conduire dans des situations urgentes ou être responsable du transport de matières dangereuses. Elle ne doit donc pas présenter de comportements agressifs ou impulsifs. Son jugement, son sens des responsabilités, sa perception de la réalité et sa réactivité doivent être préservés. Pour ces raisons, certains individus peuvent être en mesure de conduire un véhicule de promenade tout en étant jugés inaptes à la conduite d'un véhicule commercial.

**Règle générale : la reprise de la conduite d'un véhicule commercial ne devrait pas être envisagée tant qu'une personne n'est pas apte à un retour au travail.**

Les diagnostics établis selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*<sup>36</sup> (DSM) doivent être notés dans la section « troubles psychiatriques » du formulaire M-28 (*Rapport d'examen médical*). La version la plus à jour du DSM est le DSM-5.

## **SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF, PSYCHOSE AIGUË**

Tout état psychotique aigu, qu'il soit la manifestation d'une schizophrénie, d'un autre trouble psychiatrique, qu'il soit d'origine toxique ou associé à une maladie physique, est incompatible avec la conduite.

La schizophrénie et le trouble schizo-affectif peuvent s'accompagner d'un ralentissement cognitif, même lorsqu'il n'y a pas de symptômes psychotiques aigus. Si ce ralentissement cognitif est tel qu'il a un effet sur les activités de la vie domestique, la conduite pourrait également être affectée. Une évaluation plus poussée, soit par un neuropsychologue ou un ergothérapeute, ou une évaluation sur route en centre de services, doit alors être envisagée.

## **MALADIE AFFECTIVE BIPOLAIRE, DÉPRESSION MAJEURE ET AUTRES TROUBLES AFFECTIFS**

Un épisode aigu de manie est une contre-indication absolue à la conduite.

Une dépression majeure affecte de diverses façons les fonctions cognitives nécessaires à la conduite. Chez les personnes âgées, elle peut se présenter comme une démence (pseudodémence). Une dépression majeure sévère faisant en sorte que la personne atteinte n'est plus autonome ou a besoin d'être supervisée pour ses activités de la vie quotidienne est incompatible avec la conduite automobile. Une dépression majeure d'intensité telle que les

---

<sup>36</sup> Marc-Antoine Crocq et collab., *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5<sup>e</sup> édition, Elsevier-Masson, 2015, lvii-1114 pages.

activités de la vie domestique sont affectées ou que le retour au travail n'est pas possible doit amener un questionnement sur l'aptitude à conduire.

## **IDÉATIONS SUICIDAIRES ET COMPORTEMENTS AGRESSIFS**

L'évaluation sur route d'un conducteur souffrant de troubles psychiatriques est utile pour aider à déterminer s'il en est apte sur le plan psychomoteur, mais elle ne permet pas d'évaluer son risque suicidaire ou les probabilités qu'il présente des comportements agressifs au volant.

Une personne dont le risque suicidaire est jugé élevé ou, pire encore, qui a un plan de suicide au moyen d'un véhicule, ne devrait pas être autorisée à conduire.

De même, une personne qui a des comportements agressifs au volant causés par un trouble psychiatrique ne devrait pas être autorisée à conduire tant que le trouble n'est pas stabilisé.

## **LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES MAJEURS RÉCURRENTS**

Selon le Règlement, un trouble psychiatrique qui entraîne une perturbation importante du jugement ou du comportement, une agressivité importante, des troubles importants de la perception, un ralentissement important de l'activité psychomotrice ou une accélération importante de celle-ci est essentiellement incompatible avec la conduite. Cet article du Règlement vise donc les troubles psychiatriques majeurs.

Une psychose aiguë, un épisode de manie aigu, un épisode dépressif sévère, un geste suicidaire et un geste agressif important d'origine psychiatrique sont des exemples de troubles psychiatriques majeurs. Une fois ces troubles stabilisés, la personne atteinte peut être en mesure de conduire, selon l'importance des symptômes résiduels, s'il y en a. Toutefois, la récurrence de troubles psychiatriques majeurs constitue un risque pour la sécurité routière, car cela dénote un manque de stabilité de la condition psychiatrique et le caractère imprévisible de son évolution.

Les personnes qui ont des troubles psychiatriques majeurs récurrents, c'est-à-dire deux épisodes ou plus en une année, doivent être asymptomatiques depuis au moins six mois et être sous surveillance médicale régulière avant de pouvoir conduire un véhicule de promenade. Quant aux conducteurs de véhicules commerciaux, ils devront fournir une évaluation psychiatrique démontrant qu'ils sont asymptomatiques depuis au moins 12 mois et qu'ils demeurent sous surveillance médicale régulière.

## **LES TROUBLES ANXIEUX**

Les troubles anxieux (ex. : trouble panique, phobie) peuvent interférer avec la conduite s'ils sont sévères au point d'empêcher le conducteur de se concentrer sur la route, et s'ils entravent sa capacité à prendre des décisions.

Un accident de la route peut également laisser des séquelles psychiatriques (phobie de la conduite, état de stress post-traumatique) faisant en sorte que la personne limitera de manière importante sa conduite automobile, ou même la cessera complètement, tout cela par évitement. Un plan d'intervention incluant l'exposition graduelle à la conduite peut alors être mis en place.

## **LE TROUBLE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ**

Le trouble de l'attention avec hyperactivité est globalement associé à un risque accru d'accidents et d'infractions, variant généralement en fonction de la sévérité du déficit attentionnel et de l'impulsivité présents chez le conducteur. Cependant, il est encore difficile de prédire le degré de surrisque auquel s'expose chaque conducteur présentant un TDAH, puisque ce dernier varie également selon des facteurs encore mal connus<sup>37</sup>. Le traitement avec des psychostimulants, en permettant de mieux contrôler ces symptômes, peut améliorer le comportement routier.

---

<sup>37</sup> Charlton et collab., *op. cit.*, p. 376, 389-390, 402. Anselm B.M. Fuermaier et collab., « Driving and Attention Deficit Hyperactivity Disorder », *Journal of Neural Transmission*, vol. 124 (suppl. 1), 2017, p. 55-67.

Il faut donc s'enquérir auprès du conducteur de possibles antécédents d'accidents ou d'infractions, et insister sur l'importance du traitement si tel est le cas.

## LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME

Le spectre de l'autisme est vaste; c'est le degré de sévérité des déficits de communication et des problèmes comportementaux qui déterminera l'aptitude à conduire de la personne atteinte. Lors d'une demande de permis, l'opinion de l'équipe traitante (neuropsychologue, ergothérapeute et autres intervenants) sur la capacité de l'individu de suivre le cours de conduite, et sur la présence de jugement et d'autocritique suffisants pour conduire, est essentielle. Toute atteinte de la capacité à prendre des décisions est incompatible avec la conduite.

## LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

La conduite automobile est une tâche complexe sur le plan cognitif. Or, certaines personnes présentant un déficit intellectuel léger peuvent être relativement autonomes sur le plan des activités de la vie domestique. Celles dont le niveau de fonctionnement est assez élevé peuvent faire l'objet d'une évaluation plus poussée visant à déterminer si elles ont les capacités cognitives et comportementales requises pour apprendre à conduire. L'équipe traitante est la mieux placée pour orienter l'individu vers ce processus. Comme les autres demandeurs de permis, la personne présentant une déficience intellectuelle devra suivre un cours de conduite et réussir les examens théorique et pratique de la Société.

Il va de soi qu'une déficience intellectuelle avec absence d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne est incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.

## Troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances

**27.** *La prise de toute drogue, médicament ou substance reconnue médicalement pour causer des troubles psychomoteurs ou pour induire une perturbation de la vigilance pouvant constituer un danger pour la sécurité est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.*

**28.** *Un trouble léger lié à la consommation d'alcool ou à la prise de drogues, établi selon les critères de l'édition courante du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier, à moins que la personne soit en rémission prolongée ou, si tel n'est pas le cas, qu'elle établisse par une évaluation sur sa santé demandée par la Société en application de l'article 73 du Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2) que son rapport à l'alcool ou à la drogue ne compromet pas la conduite sécuritaire d'un véhicule routier.*

**29.** *Un trouble modéré ou sévère lié à la consommation d'alcool ou à la prise de drogues, établi selon les critères de l'édition courante du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier, à moins que la personne soit en rémission prolongée ou, si tel n'est pas le cas, qu'elle établisse par une évaluation sur sa santé demandée par la Société en application de l'article 73 du Code de la sécurité routière, laquelle comprend un plan d'encadrement, que son rapport à l'alcool ou à la drogue ne compromet pas la conduite sécuritaire d'un véhicule routier.*

Les troubles liés à l'usage de substances, qu'il s'agisse d'alcool, de drogues ou de médicaments, prescrits ou non, sont associés à un risque accru de conduire avec les facultés affaiblies par ces substances.

Au cours des six dernières années, et malgré tous les efforts investis en matière de prévention, environ le quart des décès sur les routes du Québec ont encore été causés par des accidents impliquant de l'alcool. À cela s'ajoutent plusieurs accidents avec blessés graves. Il en va de même pour le cannabis et autres drogues : toutes les études s'entendent pour dire que leur consommation n'est pas sans avoir d'effets sur la sécurité routière.

Qui plus est, toute combinaison d'alcool, de drogue(s) ou de médicament(s) constitue un cocktail dont l'effet sur l'individu, imprévisible, est souvent plus marqué que l'effet de chacune des substances prise séparément<sup>38</sup>. Il faut donc se méfier de son influence potentielle sur la conduite automobile. Ainsi, par exemple, le risque d'avoir un accident après avoir consommé à la fois de l'alcool et du cannabis s'accroît de façon exponentielle. De même, les psychotropes peuvent amplifier les effets de l'alcool de manière à affecter la capacité de conduire de la personne concernée bien avant l'atteinte du seuil légal d'alcoolémie de 80 mg par 100 ml de sang (communément appelé le « .08 »)<sup>39</sup>. En effet, la moindre quantité d'alcool chez une personne sous médication psychotrope peut avoir le même effet, sur le cerveau, qu'une quantité supérieure au « 0.08 »<sup>40</sup>. Conséquemment, conduire dans cet état constitue une infraction criminelle. En effet, une infraction criminelle est commise lorsque quiconque conduit « alors que sa capacité de conduire est affaiblie à un quelconque degré par l'effet de l'alcool ou d'une drogue ou par l'effet combiné de l'alcool et d'une drogue<sup>41</sup> ». Au sens de cet article, l'affaiblissement de la capacité de conduire par un médicament est inclus dans cette infraction. Ainsi, nul besoin de dépasser le seuil d'alcoolémie de 80 mg par 100 ml de sang pour commettre cette dernière, et les conséquences d'une arrestation, dans ces circonstances, sont globalement les mêmes.

Les troubles liés à la consommation de substances sont également à la source de maladies physiques et psychiatriques pouvant elles-mêmes rendre la conduite non sécuritaire, telles que les psychoses toxiques, les convulsions de sevrage, la démence éthylique et les cirrhoses avec encéphalopathie hépatique. De plus, la prise d'une substance peut, sans en être la cause, exacerber les symptômes de maladies physiques et psychiatriques existantes, et peut donc augmenter le risque d'être impliqué dans un accident. La conduite automobile ne fait pas bon ménage, par exemple, avec la consommation d'alcool chez une personne présentant une cirrhose non alcoolique.

Enfin, les troubles liés à la consommation de substances constituent une condition médicale chronique avec risque de rechutes, même si des traitements pharmacologiques combinés à des psychothérapies peuvent aider cette clientèle à rester sobre et à participer activement à toutes les facettes de la vie en société.

## LA RÉGLEMENTATION

Le Règlement utilise la même terminologie que le DSM-5. Ainsi, la terminologie du DSM-IV-TR – l'abus et la dépendance – n'est plus utilisée dans cette section du Guide ou dans les formulaires.

En vertu du Règlement, un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues, d'intensité modérée ou sévère selon les critères du DSM-5 (voir annexe E), est essentiellement incompatible avec la conduite, à moins que la personne :

- soit en rémission prolongée;

**Ou, si tel n'est pas le cas,**

- qu'elle établisse par une évaluation sur sa santé, laquelle comprend un plan d'encadrement, que son rapport à l'alcool ou à la drogue ne compromet pas la conduite sécuritaire d'un véhicule routier.

---

<sup>38</sup> Therapeutic Research Center, *Alcohol and Drug Interactions*, Resource n° 351106, novembre 2019, 10 pages.

<sup>39</sup> Ron Weathermon et David W. Crabb, « Alcohol and Medication Interactions », *Alcohol Research and Health*, vol.23, n° 1, 1999, p. 40-54.

<sup>40</sup> National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, « Alcohol Alert » [en ligne], #27 PH 355, janvier 1995, <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa27.htm> (page consultée pour la dernière fois le 25 février 2021).

<sup>41</sup> Article **320.14 (1) a)** du *Code criminel du Canada* : Gouvernement du Canada, site Web de la législation (Justice), « Code criminel (L.R.C.(1985), ch.C-46) » [en ligne], <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46> (page consultée pour la dernière fois le 25 février 2021).

Un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues qui est léger, selon les critères du DSM-5, est relativement incompatible avec la conduite, à moins que la personne :

- soit en rémission prolongée;

**ou, si tel n'est pas le cas,**

- qu'elle établisse par une évaluation sur sa santé que son rapport à l'alcool ou à la drogue ne compromet pas la conduite sécuritaire d'un véhicule routier.

Une rémission prolongée est définie dans le DSM-5 comme une période d'au moins 12 mois sans la présence des critères diagnostiques, sauf celui du désir persistant de consommer (*craving*).

En présence d'un trouble lié à la consommation d'alcool, et selon sa sévérité et les circonstances, la personne pourrait voir son permis suspendu ou assorti d'une condition l'obligeant à conduire un véhicule muni d'un antidémarrage éthylométrique agréé par la Société. La décision de suspendre le permis ou d'ajouter une telle condition tiendra compte de l'ensemble du portrait de la personne.

## LE DIAGNOSTIC ET LA DÉCLARATION DE TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Il peut être difficile de repérer un trouble lié à la consommation de substances. D'une part, les professionnels de la santé hésitent souvent à questionner leurs clients sur leur usage d'alcool, de drogues ou de médicaments. D'autre part, les manifestations de ce trouble peuvent différer d'une personne à l'autre; c'est ainsi que les changements physiologiques accompagnant le vieillissement entraînent une altération du métabolisme de l'alcool. À quantité égale ingérée, une personne âgée aura une alcoolémie supérieure à celle d'une personne plus jeune. De plus, d'autres problématiques fréquemment associées au vieillissement peuvent masquer le trouble lié à la consommation de substances chez les aînés, rendant encore plus difficile son diagnostic : problèmes de mobilité, troubles cognitifs, comorbidités multiples, pour ne nommer que celles-là<sup>42</sup>.

Le médecin qui pose un diagnostic de trouble lié à la consommation de substances et qui le rapporte à la Société doit garder en tête que son geste pourrait mener à la suspension d'un permis de conduire. Il est donc primordial de distinguer une personne qui consomme occasionnellement, et qui peut parfois même faire des excès, d'une personne qui satisfait aux critères diagnostiques du DSM-5 et qui peut donc être déclarée atteinte d'un trouble lié à la consommation de substances. Ainsi, un individu dont la consommation, bien contrôlée, n'influence pas le fonctionnement dans les diverses sphères de sa vie ne présente pas de trouble lié à la consommation de substances tel que défini par le DSM-5. Finalement, l'évaluation de la sévérité d'un trouble lié à la consommation de substances ne doit pas reposer sur une impression subjective, mais plutôt sur le nombre de critères diagnostiques présents en l'absence de rémission.

À l'annexe E se trouvent les critères diagnostiques du DSM-5 ainsi que les critères de rémission. On note que la quantité consommée de la ou des substance(s) est une donnée clinique importante qui n'y figure pas.

La Société appuie sa décision sur la présence ou l'absence du diagnostic de trouble lié à la consommation de substances tel que défini au DSM en vigueur et sur la sévérité du trouble. La décision ne dépend pas uniquement de la quantité d'alcool ou de drogues consommée, même si le risque d'avoir un trouble lié à la consommation de substances est souvent en lien avec l'ampleur de la consommation. Une quantité importante ou un profil de consommation particulier peut mener à une demande d'évaluation médicale supplémentaire. Un test sur route peut être demandé s'il y a des conditions associées, par exemple un trouble neurocognitif léger. Comme pour toute autre maladie, c'est le médecin, et non la Société, qui pose le diagnostic et fournit les renseignements pertinents, et c'est la Société qui prend la décision quant au permis de conduire. Enfin, les psychologues sont aussi habilités à rapporter

---

<sup>42</sup> Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), *Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées*, 2019, 23 pages. Susan W. Lehmann et Michael Fingerhood, « Substance-Use Disorders in Later Life », *New England Journal of Medicine*, vol. 379, n° 24, 13 décembre 2018, p. 2351-2360.

à la Société une conclusion clinique de trouble lié à la consommation d'une substance. La Société donne suite à cette conclusion selon son degré de sévérité.

## LE CANNABIS

Autrefois drogue illégale, puis traitement médical autorisé dans certaines circonstances, et maintenant légalisé et commercialisé à des fins récréatives, le cannabis a vu son statut évoluer au cours des dernières années<sup>43</sup>. La consommation de cannabis, qui s'effectuait discrètement autrefois, est libéralisée, largement acceptée et même parfois banalisée. Cet état de fait favorise la communication entre les intervenants du réseau de la santé et leurs clients, qui sont en mesure d'admettre plus volontiers leur intérêt pour la substance. Un professionnel de la santé en contact avec des clients qui en consomment doit cependant garder en tête que le cannabis ne fait pas bon ménage avec la sécurité routière, même s'il est prescrit ou s'il est acheté dans un établissement autorisé à en vendre.

En effet, conduire sous l'effet du cannabis augmente le risque d'accident. La phase euphorique qu'il suscite provoque des perturbations du jugement, faisant en sorte que les personnes intoxiquées se croient en pleine possession de leurs moyens. Le cannabis provoque également une diminution de la vitesse de traitement des données visuelles ainsi que de la coordination des mouvements<sup>44</sup>.

Les effets du cannabis sont impossibles à prédire avec précision puisqu'ils diffèrent d'une personne à l'autre selon sa morphologie, notamment, et aussi d'une fois à l'autre chez le même individu<sup>45</sup>. L'intensité des effets s'accroît généralement avec l'augmentation de la quantité consommée, même si leur durée ne suit pas nécessairement la même courbe. Ainsi, des altérations des fonctions cognitives et motrices peuvent persister jusqu'à 24 heures après la consommation, chez certaines personnes, même si l'euphorie s'est dissipée<sup>46</sup>. Enfin, les effets du cannabis varient en fonction de plusieurs autres variables :

- **le type de produit consommé**, et surtout sa concentration en THC, en CBD ainsi qu'en divers autres cannabinoïdes psychoactifs. Ainsi, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un joint moyen contient de 0,5 à 1 gramme de cannabis, mais sa teneur en THC est très variable et dépend de sa provenance<sup>47</sup>;
- **la méthode de consommation** : par inhalation – et il est à noter que la technique d'inhalation influence aussi l'absorption du cannabis –, par ingestion (incorporée à de la nourriture, par exemple), ou par voie nasale. En effet, le début d'action et la durée d'action sont différents selon le mode d'administration. Ainsi, selon l'information transmise par Santé Canada aux professionnels de la santé<sup>48</sup>, la marijuana, lorsqu'inhalée ou vaporisée, commence à agir en quelques secondes ou minutes, et son action peut durer jusqu'à six heures<sup>49</sup>. Lorsqu'elle est ingérée, le début d'action est plus lent, de 30 à 120 minutes, mais ses effets durent de 8 à 12 heures<sup>50</sup>. **Il s'agit ici de moyennes**, donc les durées d'action sont plus longues chez certaines personnes. Le médecin qui prescrit de la marijuana à des fins thérapeutiques devrait aviser son patient de ne pas conduire après en avoir consommé. Compte tenu de la variabilité de la durée d'action, il

---

<sup>43</sup> Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, « Cannabis » [en ligne], <https://www.ccsa.ca/fr/cannabis> (page consultée pour la dernière fois le 25 février 2021).

<sup>44</sup> Percy Bondallaz et collab., « Cannabis and its Effects on Driving Skills », *Forensic Science International*, vol. 268, 2016, p. 92–102.

<sup>45</sup> National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*, Washington, DC, The National Academies Press, 2017, 486 pages.

<sup>46</sup> M. Kathryn Dahlgren et collab., « Recreational Cannabis Use Impairs Driving Performance in the Absence of Acute Intoxication », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 208, 1<sup>er</sup> mars 2020, 9 pages.

<sup>47</sup> Le Collège des médecins de famille du Canada, *Autorisation de cannabis séché pour le traitement de la douleur chronique ou de l'anxiété : Orientation préliminaire*, Mississauga, septembre 2014, p. 18.

<sup>48</sup> Santé Canada, *Renseignements destinés aux professionnels de la santé. Le cannabis (marihuana, marijuana) et les cannabinoïdes : Plante séchée ou fraîche et huiles destinées à l'administration par ingestion ou par d'autres moyens*, Gouvernement du Canada, octobre 2018, vii-289 pages.

<sup>49</sup> *Ibid.* ; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *op. cit.*

<sup>50</sup> *Ibid.*

faut faire preuve de prudence et recommander de ne pas conduire pendant 8 heures après avoir consommé de la marijuana par inhalation ou vaporisation, et pendant 8 à 12 heures après ingestion<sup>51</sup>.

- **le temps qui sépare les épisodes de consommation;**
- **l'interaction avec d'autres substances psychotropes consommées** (drogues illégales ou médicaments prescrits), s'il y a lieu.

Enfin, chez des individus présentant des facteurs de risque, dont les adolescents en raison de l'immaturation de leur cerveau, le cannabis peut susciter des dommages irréversibles accompagnés d'effets permanents sur les fonctions cognitives et perceptives. De plus, la consommation quotidienne augmente le risque de développer un trouble de l'usage, de subir des blessures liées à la conduite avec les facultés affaiblies, de développer des problèmes de santé mentale, de voir son rendement scolaire diminuer et malheureusement de se suicider<sup>52</sup>.

Il est donc impossible, pour l'instant, de prédire les effets exacts du cannabis chez un individu, pour toutes les raisons déjà mentionnées et aussi parce qu'il reste beaucoup de choses à découvrir et à étudier sur cette substance complexe. Même le cannabis prescrit à des fins médicales, dont le taux de THC est contrôlé, présente plusieurs autres composantes qui agissent sur le cerveau et dont les propriétés sont méconnues<sup>53</sup>.

C'est pourquoi, ultimement, le professionnel de la santé ne sera pas réellement en mesure de quantifier ou de qualifier les effets du cannabis sur l'aptitude à conduire de son patient. En revanche, il devrait :

- lui expliquer les risques, pour la sécurité routière, qu'implique la prise de cannabis;
- lui rappeler qu'en vertu du *Code criminel*, conduire avec les facultés affaiblies est illégal, et qu'il devrait donc s'abstenir de consommer s'il prévoit conduire;
- porter attention aux autres substances et médicaments que pourrait utiliser la personne parallèlement à son cannabis<sup>54</sup>, étant donné le risque de polypharmacie aux effets incompatibles avec la conduite automobile;
- garder en tête qu'il n'est pas recommandé de consommer plus de 3 grammes par jour<sup>55</sup>, et ce, même si la posologie du cannabis prescrit à des fins médicales n'est pas encore bien définie. Des doses plus élevées, même si parfois nécessaires dans des circonstances **exceptionnelles**, mettent la sécurité routière en péril. Elles soulèvent également un doute sur l'efficacité du cannabis pour le patient ou pire, sur la présence d'un trouble lié à sa consommation. La consommation quotidienne de cannabis prescrit à des fins médicales peut être notée dans la section « troubles de l'usage de substances » du formulaire M-28, comme le serait celle de tout autre médicament.

La légalisation du cannabis au Québec est trop récente pour que soit connu son effet sur le bilan routier. Chez nos voisins du Sud, une analyse révèle qu'il n'est pas possible de lier la légalisation du cannabis à un accroissement des accidents pour le Colorado et l'État de Washington, qui ont été les premiers États à légaliser le cannabis à des fins récréatives en 2012<sup>56</sup>.

---

<sup>51</sup> Douglas J. Beirness et Amy J. Porath, *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Cannabis au volant (version actualisée)*, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019, 8 pages. Harold Kalant et Amy J. Porath-Waller, *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Usage de cannabis et de cannabinoïdes à des fins médicales – version actualisée*, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016, 22 pages. Le Collège des médecins de famille du Canada, *op. cit.*. Collège des médecins du Québec, *Ordonnance de cannabis à des fins médicales : Directives*, septembre 2018, 5 pages.

<sup>52</sup> Shannon M. Nugent et collab., « The Effects of Cannabis Among Adults With Chronic Pain and an Overview of General Harms: A Systematic Review », *Annals of Internal Medicine*, vol. 167, n° 5, 5 September 2017, p. 319, <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M17-0155> (page consultée pour la dernière fois le 25 février 2021).

<sup>53</sup> Eugènia Campeny et collab., « The Blind Men and the Elephant: Systematic Review of Systematic Reviews of Cannabis Use Related Health Harms », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 33, 2020, p. 1-35.

<sup>54</sup> Collège des médecins du Québec, *op. cit.*. Tony Antoniou et collab., « Drug Interactions with Cannabinoids », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 192, n° 9, 2 mars 2020, p. E206.

<sup>55</sup> Le Collège des médecins de famille du Canada, *op. cit.*

<sup>56</sup> Governors Highway Safety Association, *Traffic Safety Impacts of Marijuana Legalization*, octobre 2018, 4 pages.

Une étude a été réalisée par Statistique Canada à partir des données autorapportées de l'Enquête nationale sur le cannabis (ENC) chez les 15 ans et plus<sup>57</sup>. Les questions visaient le comportement des répondants dans les trois mois précédant l'enquête. Au Canada, la consommation de cannabis a légèrement augmenté depuis sa légalisation (de 15 à 17 % approximativement). La prévalence au Québec est inférieure à la moyenne canadienne et semble également en augmentation (de 10 à 12 % approximativement – cette différence n'étant toutefois pas statistiquement significative). Tant au Québec qu'au Canada, la proportion de consommateurs de cannabis ayant un permis de conduire valide qui ont déclaré avoir conduit dans les deux heures après avoir consommé du cannabis est demeurée stable avant et après la légalisation (soit environ 14 %). « Le cannabis et la conduite » est donc un dossier dont l'évolution est à suivre de près.

## LES EFFETS DES MÉDICAMENTS SUR LE CONDUCTEUR

L'article 27 du Règlement concerne les troubles psychomoteurs et les perturbations de la vigilance causés par certains médicaments; il va de soi que n'importe qui peut être amené, un jour ou l'autre, à prendre l'un de ces médicaments, qu'il soit prescrit ou non. Les paragraphes qui suivent concernent donc l'ensemble des conducteurs, et pas seulement ceux dont la consommation respecte les critères diagnostiques du DSM-5.

Il est difficile d'évaluer avec précision l'influence d'un médicament sur la conduite automobile. Les effets secondaires peuvent non seulement varier d'un individu à l'autre en fonction de leur tolérance, mais aussi varier dans le temps chez un même individu. Les produits naturels peuvent également affecter la conduite, même si peu de gens ont tendance à les considérer comme des médicaments ou à en discuter avec leur médecin. En France, par exemple, la mélatonine est classée au niveau 1 (le moins élevé) des substances pouvant augmenter le risque d'accident routier<sup>58</sup>.

Les médicaments peuvent affecter la conduite d'un véhicule de diverses façons. Ils peuvent par exemple entraîner une somnolence importante, un ralentissement psychomoteur, un état confusionnel, une hypotension importante, une syncope ou encore une hypoglycémie nécessitant l'intervention d'un tiers. Si de tels effets secondaires sont observés, la personne devrait être avisée de ne pas conduire tant que l'ajustement de sa médication n'aura pas permis de régler le problème. Devant un refus de respecter cette recommandation, le professionnel traitant devrait déclarer la situation à la Société. De même, si l'inaptitude à la conduite se prolonge, une suspension de permis devrait être envisagée.

Malheureusement, les professionnels de la santé sont souvent dans l'impossibilité d'observer directement certains effets secondaires importants, qui ne sont pas non plus rapportés par les patients. La capacité de conduire devrait être considérée lors du choix d'un médicament, en tenant compte des risques qui y sont associés, *a fortiori* dans le cas des conducteurs professionnels. Les personnes âgées sont également plus à risque étant donné leur métabolisme différent.

Tout médicament peut, à la limite, causer des symptômes pouvant rendre la conduite non sécuritaire, mais certaines classes de médicaments y sont plus susceptibles que d'autres. Cela concerne principalement les médicaments psychotropes et tous ceux qui traversent la barrière hémato-encéphalique, comme les antidépresseurs, les antipsychotiques, les benzodiazépines, les opiacés, les antihistaminiques, les relaxants musculaires, les anticonvulsivants et les antiparkinsoniens. Certains médicaments dont la durée d'action est très longue peuvent affecter la conduite plusieurs heures après ingestion, et même le lendemain. C'est le cas par exemple des hypnotiques avec une longue demi-vie<sup>59</sup>.

---

<sup>57</sup> Michelle Rotermann, « Qu'est-ce qui a changé depuis la légalisation du cannabis? », *Rapports sur la santé*, n° 82-003-X au catalogue, vol. 31, n° 2, février 2020, p. 13-24.

<sup>58</sup> David Paitraud, « Conduite automobile: Actualisation de la liste de médicaments à risque de somnolence », [en ligne], site Vidal, 23 mars 2017, <https://www.vidal.fr/actualites/21096-conduite-automobile-actualisation-de-la-liste-des-medicaments-a-risque-de-somnolence.html> (page consultée pour la dernière fois le 25 février 2021).

<sup>59</sup> Amanda Hetland et David B Carr, « Medications and Impaired Driving: A Review of the Literature », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 48, n° 4, avril 2014, p. 494–506.

De façon générale, les dangers liés à la prise de médicaments sont plus importants au début d'un traitement et lors d'un ajustement de posologie. Ainsi, lorsqu'une médication est prescrite ou significativement augmentée, il se peut que des effets indésirables rendant la conduite non sécuritaire surviennent, et ce, de manière imprévisible. Le médecin devrait donc recommander, au minimum, de ne pas conduire tant que l'équilibre sanguin n'est pas atteint, ce qui a habituellement lieu après quatre à cinq demi-vies du médicament. De plus, lorsqu'une médication psychotrope (anxiolytique ou opiacé) est prescrite et utilisée au besoin seulement (PRN), la personne devrait être avisée de ne pas conduire pour toute la durée d'action du médicament, et d'en discuter avec un pharmacien en cas de doute.

L'interaction des médicaments entre eux accroît encore le risque d'effets indésirables affectant la conduite automobile, surtout lorsque l'individu consomme plusieurs médicaments agissant sur le système nerveux. Dans le même ordre d'idées, l'alcool et certains médicaments ne font pas bon ménage; les personnes prenant des médicaments psychotropes, par exemple, devraient s'abstenir de conduire après toute consommation d'alcool, même légère. De manière générale, les médecins sont bien au fait des effets secondaires potentiels des médicaments qu'ils prescrivent et doivent aviser leurs clients de leurs conséquences potentielles en matière de sécurité routière.

Dans certaines situations, un test sur route peut aider à évaluer l'effet de la médication sur les fonctions psychomotrices en situation de conduite. C'est le cas par exemple lorsqu'un profil médicamenteux semble très à risque, ou en présence d'effets secondaires dont les répercussions sur la conduite sont difficiles à prédire. Cet outil présente toutefois deux limites importantes. Premièrement, il est difficile, voire impossible, de vérifier si le client a bien pris sa médication avant son test. Deuxièmement, le test ne permet pas d'évaluer le risque de somnolence au volant, puisqu'il est relativement court et qu'il implique la présence d'un évaluateur qui donne régulièrement des consignes, ce qui peut aider le client à demeurer alerte.

Enfin, une personne ayant eu une dilatation de la pupille pour un examen ophtalmologique ne doit pas conduire tant que la dilatation perdure, et une personne ayant eu une anesthésie générale ou une sédation-analgésie pour une intervention diagnostique ou une chirurgie ambulatoire ne doit pas conduire pour au moins 24 heures après l'administration de la sédation ou de l'anesthésie générale. Les professionnels de la santé doivent en informer leurs clients à l'avance, lorsque cela est possible, afin que ces derniers planifient leurs transports en conséquence.

Enfin, il est bon de rappeler que selon le *Code criminel*, il est interdit de conduire avec des capacités affaiblies, que ce soit par l'alcool, la drogue ou les médicaments, prescrits ou non, et ce, peu importe leur concentration dans le sang.

## Maladies et atteintes du système nerveux

**30.** : *Les troubles neurologiques entraînant des perturbations importantes des fonctions cognitives, de l'état d'éveil, de la conscience, des fonctions motrices ou sensitives, de l'équilibre ou de la coordination sont essentiellement incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier.*

**31.** : *Les troubles neurologiques entraînant des perturbations légères des fonctions cognitives, de l'état d'éveil, de la conscience, des fonctions motrices ou sensitives, de l'équilibre ou de la coordination sont relativement incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier.*

**32.** : *L'épilepsie, s'il s'est écoulé un délai de moins de cinq ans depuis la dernière crise, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4, sauf si la personne atteinte est dans l'une des situations suivantes :*

*1° elle a eu des crises partielles simples, somato-sensorielles ou motrices impliquant un seul site anatomique n'ayant pas d'impact sur la conduite, les crises sont toujours du même type et sans perturbation de l'état de conscience, et il s'est écoulé un délai d'au moins trois ans sans autre type de crise;*

*2° elle a eu une ou des crises consécutives à un arrêt ou à une modification du traitement de l'épilepsie ordonné par un médecin alors que l'épilepsie était bien contrôlée et qu'elle n'avait eu aucune crise au*

*cours des cinq années précédentes s'il s'est écoulé un délai d'au moins six mois depuis la dernière crise consécutive à cet arrêt ou modification du traitement et qu'il y a eu reprise du traitement;*

*3° elle a eu une ou des crises groupées sur une courte période en raison de circonstances exceptionnelles ou d'une maladie intercurrente dont la cause est clairement identifiée et qui ne sont pas susceptibles de se répéter chez une personne habituellement bien contrôlée et fidèle à ses traitements, à condition de ne pas avoir eu de crise au cours des cinq années précédentes et il s'est écoulé au moins six mois depuis la dernière crise;*

*4° elle a eu des crises se produisant durant le sommeil ou peu de temps après le réveil et il s'est écoulé au moins cinq ans sans autre type de crise.*

**33.** : *L'épilepsie, s'il s'est écoulé une période de moins de six mois depuis la dernière crise, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8, sauf si la personne atteinte est dans l'une des situations suivantes :*

*1° elle a eu des crises focales, à l'exclusion des crises partielles complexes et partielles simples avec manifestations adversives, limitées à un seul site anatomique, sans perturbation de l'état de conscience, et il s'est écoulé au moins 12 mois sans autre type de crise;*

*2° elle a eu une ou des crises consécutives à un arrêt ou à une modification du traitement de l'épilepsie ordonné par un médecin alors que l'épilepsie était bien contrôlée, il s'est écoulé au moins trois mois depuis la dernière crise et il y a eu reprise du traitement;*

*3° elle a eu une ou des crises groupées sur une courte période en raison de circonstances exceptionnelles ou d'une maladie intercurrente dont la cause est clairement identifiée et qui ne sont pas susceptibles de se répéter chez une personne habituellement bien contrôlée et fidèle à ses traitements et il s'est écoulé au moins trois mois depuis la dernière crise;*

*4° elle a eu des crises se produisant durant le sommeil ou peu de temps après le réveil et il s'est écoulé au moins 12 mois sans autre type de crise.*

**34.** : *Les crises convulsives ou les pertes de conscience d'origine toxique ou alcoolique sont essentiellement incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4 s'il s'est écoulé une période de moins de 12 mois depuis la dernière crise ou perte de conscience pendant laquelle la personne s'est abstenue de la substance qui est responsable des crises ou des pertes de conscience.*

**35.** : *Les crises convulsives ou les pertes de conscience d'origine toxique ou alcoolique sont essentiellement incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8 s'il s'est écoulé une période de moins de six mois depuis la dernière crise ou perte de conscience pendant laquelle la personne s'est abstenue de la substance qui est responsable des crises ou des pertes de conscience.*

**36.** : *Une seule crise convulsive sans cause évidente après une investigation neurologique et cardiaque, incluant un électroencéphalogramme qui ne montre pas d'activité épileptique, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4 s'il s'est écoulé une période de moins de 12 mois sans crise ou perte de conscience.*

**37.** : *Une seule crise convulsive sans cause évidente après une investigation neurologique et cardiaque, incluant un électroencéphalogramme qui ne montre pas d'activité épileptique, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8 s'il s'est écoulé une période de moins de trois mois sans crise ou perte de conscience.*

**38.** : *Une ou plusieurs pertes de conscience non convulsives ou une ou plusieurs syncopes, dont l'investigation médicale ne révèle pas la cause ou contre lesquelles il n'y a pas de traitement efficace, sont essentiellement incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4 s'il s'est écoulé une période de moins de 12 mois sans perte de conscience ou syncope.*

**39.** : *Des pertes de conscience non convulsives ou des syncopes, dont l'investigation médicale ne révèle pas la cause ou contre lesquelles il n'y a pas de traitement efficace, sont essentiellement incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8 s'il s'est écoulé une période de moins de trois mois sans perte de conscience ou syncope.*

Presque tous les troubles du système nerveux peuvent entraîner des perturbations des fonctions cognitives, de l'état d'éveil, de la conscience, des fonctions motrices et sensitives, de l'équilibre ou de la coordination; ils sont donc susceptibles de rendre la conduite automobile dangereuse.

L'effet d'un trouble neurologique sur la conduite d'un véhicule routier dépend du degré de sévérité de la maladie, du type d'incapacité qu'il entraîne et de son caractère permanent, progressif ou épisodique. Les désordres neurologiques susceptibles d'entraîner la perte ou l'altération de la conscience sont de ceux dont il faut le plus se méfier. En effet, un épisode subit de ce genre entraîne un risque d'accident relativement plus élevé qu'une incapacité liée à un déficit permanent mais stable.

Il faut donc que le médecin transmette à la Société, en plus du diagnostic, de l'information sur les limitations fonctionnelles liées aux atteintes motrices, sensitives ou cognitives que la maladie entraîne, afin d'évaluer les effets de cette dernière sur la conduite. Le médecin doit préciser ce que le client ne peut plus faire. Même si la Société n'est pas tenue d'adhérer à l'opinion émise par un professionnel de la santé, celle-ci est plus que bienvenue et elle est considérée comme un élément important dans l'analyse d'un dossier. Cependant, il est parfois impossible de déterminer si une personne peut encore conduire à la seule lecture d'un formulaire, même lorsque l'information transmise est complète. La Société, dans ce cas, demande une évaluation sur la route, soit dans l'un de ses centres de services, soit dans le cadre d'une évaluation fonctionnelle de l'aptitude à conduire effectuée par un ergothérapeute.

Les manifestations de certaines maladies neurologiques peuvent fluctuer dans le temps, et donc l'aptitude à conduire également. La plupart du temps, ces fluctuations vont dans le sens d'une détérioration, mais il arrive que la situation du conducteur « s'améliore », du moins temporairement. Par exemple, une personne qui n'est pas en mesure de conduire lors d'une poussée de sclérose en plaques entraînant une névrite optique ou une paraparésie importante aux membres inférieurs pourrait redevenir apte si elle récupère suffisamment.

Enfin, il est conseillé, face à toutes les conditions neurologiques dégénératives (ex. : maladie de Parkinson, chorée de Huntington, dystrophie musculaire), d'aborder la question de la conduite avec la personne atteinte et son entourage, et ce, avant qu'elle n'y soit plus apte. La cessation de la conduite est plus facile lorsque la personne est préparée et que les solutions de rechange sont déjà planifiées.

## **ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ET ISCHÉMIE CÉRÉBRALE TRANSITOIRE**

Un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique ou hémorragique peut être à l'origine de symptômes moteurs, visuospatiaux, sensitifs ou cognitifs rendant la conduite non sécuritaire. Il est d'ailleurs recommandé, dans le document *Évaluation médicale de l'aptitude à conduire : Guide du médecin* de l'AMC, de s'abstenir de conduire pour une période minimale d'un mois suivant un AVC<sup>60</sup>. Il est à noter que des déficits importants du champ visuel et la présence d'une hémionégligence représentent des risques majeurs pour la conduite et doivent donc être recherchés de façon systématique chez un conducteur ayant fait un AVC, d'autant plus qu'ils ne sont pas toujours aussi évidents que d'autres séquelles. Enfin, la reprise de la conduite post-AVC peut être envisagée s'il ne subsiste aucun déficit moteur, cognitif, perceptif ou visuel cliniquement significatif, si la cause sous-jacente de l'AVC est traitée, et si le patient n'a subi aucune crise convulsive.

Une ischémie cérébrale transitoire (ICT) (ou accident ischémique transitoire (AIT)) représente une urgence neurologique, car elle est associée à un risque important d'AVC dans les trois premiers mois, soit autour de 10 %. Plusieurs AVC surviennent dans les 48 premières heures suivant l'ICT. Ainsi, une personne qui subit une ICT ne devrait pas conduire tant qu'une investigation n'aura pas été complétée pour en trouver la cause, et tant que la cause sous-jacente n'aura pas été traitée de façon appropriée.

---

<sup>60</sup> Association médicale canadienne, *op. cit.*, p. 101.

## ANÉVRYSME CÉRÉBRAL

Une personne avec un anévrisme cérébral déjà symptomatique, ou une personne avec un anévrisme cérébral asymptomatique mais considéré par un neurologue ou un neurochirurgien comme étant « à indication chirurgicale » en raison de son risque de rupture, ne devrait pas conduire tant qu'elle n'a pas été opérée. Une personne ayant eu une chirurgie pour un anévrisme cérébral ne devrait pas conduire pour au moins trois mois. Même après trois mois, elle ne devrait pas reprendre la conduite s'il y a des séquelles pouvant diminuer son aptitude à conduire.

## ÉPILEPSIE ET CONVULSIONS

Le médecin doit préciser dans son rapport la cause de toute convulsion : épileptique; non épileptique liée à un trouble neurologique aigu (AVC, TCC, méningite); condition médicale réversible non neurologique (sevrage d'une substance, intoxication, hypoglycémie, désordres électrolytiques); d'origine cardiaque; d'origine imprécise. Il faut savoir qu'une convulsion dans un contexte neurologique aigu prédispose la personne à devenir épileptique par la suite.

En cas d'épilepsie, le médecin doit non seulement spécifier le type de crise, mais il doit aussi en détailler les manifestations. Toute altération de l'état de conscience doit être rapportée à la Société. De plus, certaines manifestations s'avèrent incompatibles avec la conduite automobile, même s'il n'y a pas d'altération de l'état de conscience. C'est par exemple le cas des mouvements convulsifs d'un hémicorps, ou d'une déviation incontrôlable des yeux et de la tête. Le contexte des crises doit être précisé, car les exigences du Règlement sont moins sévères dans certaines situations. C'est le cas :

- lorsque toutes les crises surviennent pendant le sommeil;
- lorsque toutes les crises sont focales et sans manifestations indésirables pour la conduite;
- lorsque la dernière crise est consécutive à un arrêt ou à une modification du traitement prescrit par le médecin;
- lorsque la dernière crise est liée à des circonstances exceptionnelles ou à une maladie intercurrente qui n'est pas susceptible de se répéter.

## Troubles cognitifs

**40.** Une démence sévère est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.

**41.** Une démence légère ou modérée est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4.

**42.** Une démence légère ou modérée est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8.

**43.** Un déficit cognitif sans diagnostic d'une démence est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.

Le vieillissement augmente – et de beaucoup! – le risque d'être porteur d'une condition médicale qui affecte l'aptitude à conduire. Parmi les conditions fréquemment décelées chez la personne âgée se trouvent les troubles neurocognitifs majeurs ou démences, à partir de 65 ans mais surtout chez les plus de 80 ans.

Or, la conduite d'un véhicule routier est une tâche complexe et exigeante sur les plans perceptuel et cognitif. Elle nécessite l'intégrité des fonctions cognitives évaluées par les tests de dépistage cognitif utilisés fréquemment en clinique, comme l'examen de Folstein sur l'état mental (Mini-Mental State Examination (MMSE)) ou le Montreal Cognitive Assessment (MoCA), mais aussi des fonctions cognitives peu ou pas évaluées par ces mêmes tests, comme l'attention partagée, l'exploration visuelle, la vitesse de traitement de l'information et les fonctions exécutives (prise de décision, jugement, autocritique). Il y a plusieurs causes possibles aux déficits des fonctions cognitives; les principales sont d'ordre neurologique.

Une atteinte neurologique aiguë, comme un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme craniocérébral, peut amener une détérioration des fonctions cognitives. Dans un tel cas, toutefois, les séquelles cognitives n'augmentent pas avec le temps et peuvent au contraire se résorber, et ce, jusqu'à deux ans après l'événement. Par conséquent, une fois que l'aptitude à conduire de la personne est considérée comme restaurée, il n'est pas nécessaire de réévaluer cette compétence de façon répétée. Il faut cependant assurer un suivi régulier, car un individu présentant de tels antécédents médicaux sera plus à risque de développer un trouble neurocognitif ainsi que des crises convulsives.

Des atteintes cognitives peuvent découler de maladies neurologiques dégénératives comme la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy, la maladie de Parkinson ou la démence fronto-temporale. Les capacités des personnes atteintes se détérioreront alors avec le temps. C'est pourquoi leur aptitude à conduire doit être réévaluée périodiquement, idéalement aux six mois. Enfin, il est utile de savoir que le risque d'inaptitude à la conduite est plus élevé dans le cas de troubles neurocognitifs à prédominance non mnésique, selon une récente revue systématique de la littérature<sup>61</sup>.

Bien souvent, les personnes atteintes d'une démence évolutive sont mauvais juges quant à leur aptitude à conduire. Il faut s'enquérir auprès d'eux, mais également auprès des proches lorsque c'est possible, de la survenue d'incidents, d'accidents responsables et d'infractions. Le professionnel de la santé, à qui des proches rapportent avoir peur lorsque le client conduit, devrait assurément pousser plus loin l'investigation. De manière générale, tous les professionnels de la santé qui sont en contact avec cette clientèle devraient être sensibilisés aux facteurs de risque qui lui sont propres.

Il ne faut jamais oublier que la médication peut également être la cause de troubles cognitifs rendant la conduite non sécuritaire, comme cela est mentionné dans la section portant sur les troubles liés à la consommation de substances.

## LE DÉPISTAGE DE L'INAPTITUDE À CONDUIRE

L'impact fonctionnel des troubles cognitifs est un élément extrêmement important de l'évaluation de l'aptitude à conduire. Ainsi, une personne qui n'est plus autonome pour ses activités de la vie quotidienne en raison de troubles cognitifs est inapte à la conduite. Une personne dont les atteintes cognitives ont des répercussions significatives sur au moins une activité de la vie domestique devrait passer une évaluation ergothérapeutique détaillée de son aptitude à conduire, incluant :

- des tests cognitifs en salle évaluant l'orientation, la mémoire, l'attention partagée, les fonctions exécutives et les fonctions visuospatiales;
- une évaluation sur la route pour analyser les effets potentiels, sur la conduite, des difficultés cognitives.

Malheureusement, aucun test cognitif aisément réalisable en clinique n'est parfaitement capable à lui seul de prédire la performance d'un conducteur sur la route; la conduite demeure une activité complexe, et on ne peut conclure qu'une personne est apte à conduire sur la seule base d'un résultat dit « normal » à une épreuve en salle. De même, un résultat anormalement bas à un test de dépistage cognitif, en l'absence de facteurs explicatifs tels un très faible niveau de scolarité, doit mener à une évaluation plus poussée des aptitudes liées à la conduite, incluant un test routier.

Il y a beaucoup d'intérêt en ce moment, du côté de la recherche, pour trouver des liens entre la performance à certains tests faciles à administrer, comme l'analyse de la vitesse de marche, le Get up and go ou le Frail Index Score, par exemple, et l'aptitude à conduire. Les résultats préliminaires d'une étude en cours sur le MoCA laissent entrevoir d'intéressantes possibilités. Cependant, deux seules épreuves réalisables en salle ont, pour l'instant, démontré scientifiquement une certaine valeur prédictive du risque d'échec au test sur route. **Elles ne devraient être utilisées**

---

<sup>61</sup> Max Toepper et Michael Falkenstein, « Driving Fitness in Different Forms of Dementia: an Update », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 67, n° 10, octobre 2019, p. 2186-2192.

**que pour valider la nécessité d'un test routier, qui demeure le seul outil fiable pour déterminer l'aptitude à conduire.** Il s'agit du Trail Making Test, Partie B ((Trail Making B) – voir annexe F) et de l'Useful Field of View (UFOV).

En effet, il existe une corrélation entre le temps requis pour compléter le Trail Making B et le risque d'échec au test sur route. Une personne de moins de 45 ans devrait y arriver en moins d'une minute. Pour les personnes âgées, un temps de passation de plus de 180 secondes (3 minutes) est anormal. Si cette seule donnée est insuffisante pour juger de l'aptitude à conduire, elle devrait tout de même constituer un signal d'alarme et mener à une évaluation sur route<sup>62</sup>. Le Trail Making B est facile et rapide à administrer. Il ne requiert pas de formation particulière.

L'UFOV, test sur ordinateur évaluant la rapidité d'analyse des stimuli, l'attention divisée ainsi que l'attention sélective, est très régulièrement utilisé par les ergothérapeutes qui travaillent dans le domaine de l'évaluation de l'aptitude à conduire. Les études démontrent une excellente corrélation entre le résultat à ce test et le risque d'échec au test sur route, d'accident ou d'infraction au CSR (sensibilité à 89 %, spécificité à 81 %) <sup>63</sup>. Le sous-test numéro 2, portant sur l'attention divisée, est particulièrement probant en ce sens, et il y a un grand risque d'inaptitude à la conduite lorsque le temps de réaction dépasse les 350 millisecondes<sup>64</sup>.

Enfin, l'histoire clinique et les renseignements recueillis auprès des proches sont des sources d'information parfois plus importantes que les résultats aux tests de dépistage, en ce qui concerne le choix d'orienter la personne vers une évaluation sur route. C'est le cas, par exemple, lorsque des chutes sont rapportées; les facteurs de risques des chutes, chez les personnes âgées, sont les mêmes que pour l'inaptitude à la conduite.

## LES EXIGENCES RELATIVES À LA CONDUITE AUTOMOBILE

La Société exige de tout titulaire de permis qu'il soit en mesure de conduire de façon sécuritaire dans toutes les situations relatives à la conduite automobile. Il n'y a pas d'exception, même pour une personne qui souhaite conduire dans un périmètre restreint uniquement; le test sur route doit permettre de déterminer l'aptitude à conduire dans des environnements de conduite de complexité variable – par exemple, dans un quartier résidentiel, sur un boulevard, dans un milieu familier ainsi que dans un secteur inconnu. Évaluer l'aptitude à conduire sur un trajet routier déterminé par la personne elle-même, en fonction de ses habitudes, ne permet pas de constater sa capacité à prendre rapidement des décisions et à faire face aux imprévus.

Si une démence sévère est essentiellement incompatible avec la conduite automobile, selon le Règlement, des nuances s'imposent quant à la démence légère (baisse d'autonomie à des activités de la vie domestique) ou modérée (baisse d'autonomie à des activités de la vie quotidienne), si bien entendu les diagnostics ont été posés correctement. En effet, environ le tiers des personnes atteintes d'une démence légère et une minorité de celles qui ont une démence modérée réussissent le test sur route. Toutefois, le diagnostic de démence n'est pas le seul critère à considérer pour rendre une décision relative au permis de conduire. D'ailleurs, les tests sur route en centres de services de la Société évaluent le respect du code de la route, les techniques de conduite et tout ce qui se rapporte à la sécurité routière; l'analyse n'est pas en lien avec le diagnostic ou l'état de santé.

Les simulateurs de conduite actuels ne reproduisent pas fidèlement la réalité de la route; une différence significative entre la performance sur simulateur et sur route peut être observée. C'est pourquoi la Société n'accepte pas d'évaluation sur simulateur en guise d'évaluation de l'aptitude à conduire. Enfin, comme il est nécessaire d'être autonome pour conduire, la Société ne délivre pas de permis aux personnes qui doivent se fier sur un « copilote ».

---

<sup>62</sup> Mononita Roy et Frank Molnar, « Systematic Review of the Evidence for Trails B Cut-Off Scores in Assessing Fitness-to-Drive », *Canadian Geriatrics Journal*, vol. 16, n° 3, 2013, p. 120–142. George D. Papandonatos et collab., « The Clinical Utility of the Trail Making Test As a Predictor of Driving Performance in Older Adults », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 63, n° 11, novembre 2015, p. 2358–2364.

<sup>63</sup> Seong-Youl Choi et collab., « Cognitive Test to Forecast Unsafe Driving in Older Drivers: Meta-Analysis », *NeuroRehabilitation*, vol. 35, n° 4, 2014, p. 771-778.

<sup>64</sup> Joanne M. Wood et collab., « Useful Field of View Predicts Driving in the Presence of Distracters », *Optometry and Vision Science*, vol. 89, n° 4, avril 2012, p. 373-81.

## Maladies et déficiences du métabolisme

**44.** Le diabète est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier, sauf si la personne atteinte satisfait aux conditions suivantes :

1<sup>o</sup> elle n'a eu aucun épisode d'hypoglycémie en état d'éveil entraînant une altération de la conscience et nécessitant l'intervention d'une tierce personne depuis trois mois;

2<sup>o</sup> elle démontre une bonne compréhension de sa maladie;

3<sup>o</sup> elle fait l'objet d'un suivi médical pour son diabète.

**45.** Le diabète traité avec des hypoglycémifiants est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4, sauf si la personne atteinte satisfait aux conditions suivantes :

1<sup>o</sup> elle n'a eu aucun épisode d'hypoglycémie en état d'éveil entraînant une altération de la conscience et nécessitant l'intervention d'une tierce personne depuis six mois;

2<sup>o</sup> elle démontre une bonne compréhension de sa maladie;

3<sup>o</sup> elle fait l'objet d'un suivi médical pour son diabète.

**46.** Le diabète traité avec de l'insuline est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4, sauf si la personne atteinte satisfait aux conditions suivantes :

1<sup>o</sup> elle n'a eu aucun épisode d'hypoglycémie en état d'éveil entraînant une altération de la conscience et nécessitant l'intervention d'une tierce personne depuis 6 mois;

2<sup>o</sup> elle démontre une bonne compréhension de sa maladie;

3<sup>o</sup> son hémoglobine glycosylée est inférieure à deux fois la limite normale;

4<sup>o</sup> l'autorégulation des glycémies s'effectue correctement;

5<sup>o</sup> son état fait l'objet d'un suivi médical annuel.

## LE DIABÈTE

Le diabète est la maladie du métabolisme la plus répandue dans la population. Il s'accompagne d'un risque d'hypoglycémie incapacitante au volant et de diverses complications (rétinopathies, neuropathies, maladies cardiovasculaires et vasculaires cérébrales), qui peuvent causer des limitations fonctionnelles et qui augmentent le risque d'événement subit. L'hyperglycémie aiguë, l'acidocétose diabétique et l'état hyperosmolaire provoquent également une incapacité temporaire à la conduite, en raison de la déshydratation importante et des troubles neurologiques qui les accompagnent. Une fluctuation importante des glycémies peut être associée à des changements sur le plan de l'acuité visuelle, ainsi qu'à des problèmes de concentration et à une instabilité de l'humeur, pouvant rendre la conduite non sécuritaire. L'attitude du patient, sa compréhension des effets de sa maladie, notamment en matière de sécurité routière, ainsi que son sens des responsabilités comptent pour beaucoup dans l'évaluation de son aptitude à conduire un véhicule routier.

En 2004, le CCATM et l'AMC ont adopté les recommandations de l'Association canadienne du diabète dans leurs publications. Les normes québécoises, mises à jour en 2018, tiennent compte de ces recommandations<sup>65</sup>.

De façon générale, pour être autorisée à conduire, la personne diabétique doit suivre les recommandations de son médecin à propos du suivi de sa maladie, de son traitement, ainsi que des mesures à prendre pour prévenir une hypoglycémie sévère entraînant une altération de la conscience. Elle doit être capable de bien comprendre les

<sup>65</sup> Diabetes Canada, « Full Guidelines » (anglais seulement) [en ligne], <http://guidelines.diabetes.ca/cpg> (page consultée pour la dernière fois le 25 février 2021).

relations entre, d'une part, l'action du traitement, qu'il s'agisse d'hypoglycémifiants oraux ou d'insuline et, d'autre part, l'alimentation et l'activité physique.

Afin de diminuer les risques d'hypoglycémie incapacitante au volant, les conseils suivants doivent être donnés au conducteur diabétique :

- Toujours avoir avec soi une source de sucre rapidement absorbable et un glucomètre;
- Lors des longs trajets, mesurer sa glycémie avant de commencer à conduire et répéter l'opération toutes les quatre heures;
- Prévoir des pauses pour se reposer et manger;
- Cesser de conduire dès les premiers signes d'hypoglycémie, vérifier sa glycémie et traiter l'hypoglycémie s'il y a lieu. Ne pas conduire pour au moins 45 minutes après correction de la glycémie si elle était inférieure à 4 mmol/L.

En général, les personnes traitées avec de la metformine, de l'acarbose, des thiazolidinediones, des inhibiteurs de la DDP-IV ou des agonistes de la GLP-1 sont à faible risque d'hypoglycémie; le risque est un peu plus élevé pour celles traitées avec des sulfonurées et des méglitinides, tandis qu'il est nettement plus élevé chez les personnes traitées avec de l'insuline. La surveillance régulière des glycémies par tous les conducteurs diabétiques traités à l'insuline est d'autant plus importante *a fortiori* chez les conducteurs de véhicules professionnels qui ont à parcourir de longues distances en transportant des passagers, des chargements lourds ou des matières dangereuses. Une personne diabétique traitée à l'insuline ne peut d'ailleurs pas conduire un véhicule des classes de permis 1 à 4 si elle ne vérifie pas ses glycémies de façon régulière.

Selon le Règlement, après un épisode d'hypoglycémie en état d'éveil entraînant une altération de la conscience et nécessitant l'intervention d'une tierce personne, il est interdit de conduire un véhicule de promenade pour trois mois et un véhicule commercial pour six mois. Toutefois, le diabétique qui ressent les signaux annonçant le début d'un épisode d'hypoglycémie et qui réagit de façon appropriée pour corriger son déséquilibre n'est pas visé par le Règlement.

Les personnes qui vivent des épisodes d'hypoglycémie incapacitante sans ressentir de signes précurseurs ne doivent pas conduire tant que ce phénomène persiste. De même, les diabétiques avec des fluctuations importantes et symptomatiques des glycémies ne doivent pas conduire tant qu'il n'y a pas eu stabilisation.

Les conducteurs de véhicules professionnels font l'objet d'un suivi annuel par la Société lorsqu'ils sont diabétiques. La valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) doit avoir été vérifiée au moins deux fois durant l'année et ces vérifications doivent avoir été espacées d'au moins trois mois. La valeur d'hémoglobine glyquée doit être inférieure au double de la limite normale. Une hémoglobine glyquée égale ou supérieure à deux fois la valeur normale témoigne d'un très mauvais contrôle du diabète au cours des mois précédents. Avec de telles valeurs, le risque d'événements hyperglycémiques aigus, d'acidocétose diabétique ou d'état hyperosmolaire avec perturbation de l'état d'éveil est important et incompatible avec le transport de passagers, de chargements lourds ou de matières dangereuses.

## **AUTRES TROUBLES ENDOCRINIENS**

En général, les autres maladies endocriniennes sont traitées bien avant que leurs symptômes ne deviennent sévères; c'est pourquoi elles affectent rarement la conduite automobile. Bien entendu, si tel n'est pas le cas et que les troubles endocriniens provoquent d'autres désordres, comme une hypothyroïdie sévère qui causerait un ralentissement psychomoteur, par exemple, il est possible que la personne ne puisse plus conduire.

## Maladies et déficiences de l'appareil respiratoire

**47.** Pour l'application de la présente section, la classification fonctionnelle respiratoire suivante est établie :

*Classe I : présence ou absence de dyspnée. Si la dyspnée est présente, elle est attribuable à des causes non respiratoires;*

*Classe II : présence de dyspnée à la marche rapide sur un terrain plat ou en montant une pente;*

*Classe III : présence de dyspnée à la marche sur un terrain plat comparativement à une personne du même âge ou en montant un escalier;*

*Classe IV : présence de dyspnée après une marche de 100 mètres à son propre rythme sur un terrain plat;*

*Classe V : présence de dyspnée en s'habillant, en se déshabillant ou en parlant.*

**48.** Une maladie respiratoire qui justifie une assignation à la classe fonctionnelle V est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4.

**49.** Une maladie respiratoire qui justifie une assignation à la classe fonctionnelle III ou IV est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4.

**50.** Une maladie respiratoire qui justifie une assignation à la classe fonctionnelle V est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8.

**51.** : Un trouble du sommeil, autre que la narcolepsie, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4 dans les cas suivants :

1° l'évaluation de l'apnée du sommeil indique un index d'apnée-hypopnée supérieur à 30 et l'apnée n'est pas traitée adéquatement;

2° le trouble du sommeil s'accompagne d'une hypersomnolence diurne importante non traitée adéquatement;

3° le trouble du sommeil est non traité adéquatement et la personne a déjà subi un accident relié à un endormissement au volant;

4° les manifestations reliées au trouble du sommeil, de l'avis d'un médecin, ne permettent pas la conduite d'un véhicule routier de ces classes.

**52.** : Un trouble du sommeil, autre que la narcolepsie, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8 dans les cas suivants :

1° le trouble du sommeil est non traité adéquatement et la personne a subi un accident relié à un endormissement au volant dans les trois dernières années;

2° les manifestations reliées au trouble du sommeil, de l'avis d'un médecin, ne permettent pas la conduite d'un véhicule routier de ces classes.

**53.** : La narcolepsie est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier en présence d'épisodes de cataplexie incapacitante significative ou d'hypersomnolence diurne importante non traitée adéquatement sauf s'il s'est écoulé un délai d'au moins 12 mois depuis le dernier épisode.

## Les maladies respiratoires

L'article 47 du Règlement reprend la classification fonctionnelle respiratoire du Medical Research Council (MRC), déjà utilisée par la plupart des pneumologues du Québec pour décrire les limitations imposées par la maladie respiratoire.

Les maladies respiratoires chroniques peuvent constituer un risque pour la sécurité routière lorsqu'elles sont suffisamment sévères pour causer de l'hypoxémie ou de l'hypercapnie, ou lorsqu'elles entraînent des limitations fonctionnelles importantes. Une personne ne peut pas conduire si elle a des lipothymies ou des syncopes liées à une hypoxémie. De plus, une hypoxémie ou une hypercapnie s'accompagnant d'un ralentissement psychomoteur sévère est incompatible avec la conduite d'un véhicule routier. Cependant, lorsque ce ralentissement psychomoteur est moins important, il peut être difficile d'en appréhender les effets sur la conduite. Une évaluation sur route peut alors s'imposer.

La présence de dyspnée au repos ou lors d'efforts minimales (classe respiratoire fonctionnelle V) est essentiellement incompatible avec la conduite de véhicules lourds. Une telle classe respiratoire fonctionnelle sera considérée comme relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule de promenade. La personne qui se trouve dans cette situation devra démontrer à la Société son aptitude à conduire lors d'un test sur route.

Les individus qui doivent être sous oxygène en permanence ne reçoivent pas toujours l'enseignement relatif à l'entreposage des réservoirs d'oxygène dans leur véhicule, ce qui peut mettre en danger la sécurité des occupants de ce dernier lors d'un arrêt brusque ou d'une collision. Ainsi, la Société peut exiger un test sur route pour une personne présentant une maladie pulmonaire de classe IV ou V et nécessitant de l'oxygène en permanence, afin de confirmer qu'elle demeure en mesure de conduire de façon sécuritaire et aussi, accessoirement, que les réservoirs d'oxygène sont bien entreposés dans le véhicule.

## LES TROUBLES DU SOMMEIL

La fatigue interviendrait dans près d'un quart (21 %) des accidents mortels de la route, chaque année, au Québec. Tous les conducteurs peuvent y être vulnérables. Par rapport aux conducteurs de véhicules de promenade, les conducteurs de véhicules lourds ont souvent à composer avec des horaires et des itinéraires imposés, ce qui les empêche d'arrêter au besoin pour se reposer et constitue donc un défi supplémentaire.

Le professionnel de la santé peut jouer un rôle important pour contrer la fatigue au volant, en fournissant des conseils sur l'hygiène du sommeil, en s'assurant de détecter d'éventuels troubles du sommeil et de les traiter, et en ajustant toute médication de manière optimale. Les troubles du sommeil peuvent entraîner une somnolence diurne excessive, une fatigue ou un ralentissement psychomoteur, et rendre la conduite non sécuritaire.

L'apnée obstructive du sommeil mérite une attention particulière. Elle se rencontre davantage chez les conducteurs de véhicules lourds que dans la population générale, étant donné que ses facteurs de risque, qui sont d'être un homme et de souffrir d'obésité et de troubles cardiaques, sont plus présents chez ce groupe de titulaires de permis. Un index d'apnée hypopnée (AHI) supérieur à 30, ou un AHI de moins de 30 accompagné d'hypersomnie diurne importante, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule des classes professionnelles, tant qu'il n'y a pas de traitement efficace. Ceux dont la maladie n'est pas traitée adéquatement et qui ont subi un accident lié à un endormissement au volant ne devraient pas conduire non plus. De même, lorsqu'un médecin estime que les manifestations d'un trouble du sommeil empêchent quelqu'un de conduire un véhicule des classes professionnelles de manière sécuritaire, le permis de cette personne peut être suspendu jusqu'à ce qu'un traitement règle efficacement son problème. C'est pourquoi il est important de bien consigner au dossier médical la fidélité du client à un traitement efficace; cet élément pourrait permettre à la Société de prendre une décision favorable quant à la réémission de son permis de conduire.

Il arrive que des conducteurs de véhicules professionnels présentant une apnée du sommeil sévère, donc avec AHI supérieur à 30, soient considérés comme capables de conduire tout type de véhicule de façon sécuritaire, même sans traitement, par un médecin spécialisé dans les troubles du sommeil. Dans ces rares cas, ce médecin doit fournir à la Société des explications détaillées, précisant le contexte dans lequel on a procédé à la recherche diagnostique approfondie d'une apnée obstructive du sommeil, les symptômes actuels et leur sévérité, ainsi que les raisons pour lesquelles il n'y a finalement pas de traitement. En cas d'apnée obstructive du sommeil sévère non traitée, toute opinion favorable à la conduite de véhicules professionnels transmise à la Société doit notamment comprendre un

questionnaire subjectif documentant l'absence d'hypersomnolence diurne, ainsi qu'un test objectif pour valider cette impression, tel un test de maintien de l'éveil.

## LA NARCOLEPSIE

Les personnes qui souffrent de narcolepsie ne peuvent pas être titulaires d'un permis de conduire si la période sans hypersomnolence diurne importante et sans épisodes de cataplexie incapacitante est de moins de 12 mois. Avant de pouvoir donner accès à un permis des classes professionnelles, on doit documenter l'amélioration et le contrôle de la condition.

## Atteintes de l'état général et atteintes multiples

**54.** : *Des vertiges importants sont relativement incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier.*

**55.** : *L'obésité morbide qui entraîne des limitations fonctionnelles est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.*

**56.** : *La présence d'une ou de plusieurs conditions médicales entraînant une détérioration des capacités fonctionnelles est relativement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.*

## LES VERTIGES PÉRIPHÉRIQUES ET LES ÉTOURDISSEMENTS OCCASIONNELS

Les neuropathies vestibulaires, la maladie de Ménière, les neuronites ou autres dysfonctionnements causant habituellement des vertiges et des troubles de l'équilibre ou de l'orientation spatiale constituent une incompatibilité relative à la conduite d'un véhicule routier. L'individu pourrait obtenir ou conserver son permis s'il est démontré dans un rapport médical détaillé que ses troubles ont été traités correctement et sont contrôlés, ou qu'ils ne sont pas assez importants pour interférer avec la conduite automobile, en fonction de la classe de permis détenue.

Les vertiges ou étourdissements occasionnels ne sont généralement pas incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier, sauf si les vertiges ou étourdissements sont marqués et se manifestent fréquemment, de façon subite; dans de tels cas, la conduite de tout véhicule sera prohibée. Toutefois, la personne qui démontrera, au moyen d'un rapport médical, que sa condition est bien contrôlée pourra obtenir un permis de conduire.

## L'OBÉSITÉ MORBIDE

L'obésité morbide est associée à une prévalence accrue de maladies pouvant affecter la sécurité routière, comme le diabète, les problèmes cardiovasculaires ou l'apnée obstructive du sommeil. L'obésité morbide peut également entraîner des limitations fonctionnelles, incompatibles avec la conduite de certaines classes de véhicule. Par exemple, le conducteur d'un véhicule lourd doit être en mesure d'inspecter son véhicule et de sécuriser son chargement si ce dernier devient instable, ce qui comprend certains gestes qui peuvent être difficiles, voire impossibles, à effectuer pour quelqu'un qui manifeste des limitations physiques. Pour une personne très obèse, même monter dans la cabine d'un véhicule lourd peut être problématique. Ainsi, chaque cas est analysé individuellement par les agents de la Société. Une évaluation fonctionnelle peut s'avérer nécessaire.

La Société reçoit occasionnellement des demandes d'exemption du port de la ceinture de sécurité pour des personnes obèses. Or, l'obésité n'est pas une « condition médicale exceptionnelle » et il est rare qu'une personne dont l'unique problème est d'être obèse obtienne cette exemption, car le port de ceinture de sécurité est exigé par le CSR. Ainsi, dans la plupart des cas, la personne obèse doit satisfaire à l'obligation d'être attachée convenablement. Pour ce faire, elle peut se procurer une extension pour ceinture de sécurité. La Société recommande de vérifier en premier lieu auprès du fabricant du véhicule s'il offre ce produit. Si le fabricant ne l'offre pas, la Société recommande

alors de se procurer une rallonge universelle conforme aux normes CMVSS<sup>66</sup>. Une autre solution est de porter sa ceinture abdominale au niveau du bassin plutôt que sur l'abdomen, comme le font les femmes enceintes (voir l'annexe G).

## **AUTRES CONDITIONS POUVANT ENTRAÎNER DES ATTEINTES FONCTIONNELLES**

Toute pathologie entraînant des limitations fonctionnelles motrices, sensibles, psychiques ou cognitives, même si elle n'est pas expressément nommée dans le Règlement, peut affecter la conduite automobile et la rendre non sécuritaire. Par exemple, un individu avec une insuffisance rénale avancée et refusant d'être dialysé peut avoir des manifestations urémiques incompatibles avec la conduite. Cela peut aussi être le cas d'un patient cirrhotique avec une encéphalopathie hépatique.

Plus une personne cumule de conditions médicales pouvant entraîner des limitations fonctionnelles, plus son risque d'être inapte à la conduite augmente, chacune de ces conditions contribuant à l'édification d'un tableau clinique incompatible avec la conduite automobile. Il est donc important que le professionnel de la santé évalue les limitations fonctionnelles du conducteur de façon globale et non les unes indépendamment des autres.

---

<sup>66</sup> Normes CMVSS : ce sont les Normes de sécurité des véhicules automobiles du Canada, ou les « Canada Motor Vehicle Safety Standards », en anglais.

# Bibliographie

## Webographie

AAA Foundation for Traffic Safety. « The Longroad Study; Longitudinal Research on Aging Drivers » [en ligne], <https://aaafoundation.org/the-longroad-study-longitudinal-research-on-aging-drivers>

Association canadienne de protection médicale. « Mettre les freins! Quand devez-vous signaler une inaptitude à conduire? » [en ligne], <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2019/hit-the-brakes-do-you-need-to-report-your-patients-fitness-to-drive>

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, « Cannabis » [en ligne], <https://www.ccsa.ca/fr/cannabis>

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre. « Programme provincial de développement d'habiletés compensatoires (conduite automobile) » [en ligne], <http://www.inlb.qc.ca/usagers-et-proches/nos-services/conduite-automobile>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. « Programme d'évaluation et d'entraînement à la conduite automobile » [en ligne], <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/deficience-handicap/deficience-motrice/integration-sociale-communautaire/conduite-automobile>

Diabetes Canada, « Full Guidelines » (anglais seulement) [en ligne], <http://guidelines.diabetes.ca/cpg>

Gouvernement du Canada. Site Web de la législation (Justice), « Code criminel (L.R.C.(1985), ch.C-46) » [en ligne], <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. « Alcohol Alert » [en ligne], #27 PH 355, janvier 1995, <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa27.htm>

NUGENT, Shannon M. et collab. « The Effects of Cannabis Among Adults With Chronic Pain and an Overview of General Harms: A Systematic Review » [en ligne], *Annals of Internal Medicine*, vol. 167, n° 5, 5 septembre 2017, <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M17-0155>

PAITRAUD, David. « Conduite automobile: Actualisation de la liste de médicaments à risque de somnolence » [en ligne], site Vidal, 23 mars 2017, <https://www.vidal.fr/actualites/21096-conduite-automobile-actualisation-de-la-liste-des-medicaments-a-risque-de-somnolence.html>

Publications Québec. « Chapitre A-25 – Loi sur l'assurance automobile » [en ligne], <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/A-25>

Publications Québec. « Règlement relatif à la santé des conducteurs C-24.2, r. 40.1 » [en ligne], <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-24.2,%20r.%2040.1>

Société de l'assurance automobile du Québec. « Conditions médicales » [en ligne], <https://saaq.gouv.qc.ca/securite-routiere/comportements/sante-conducteurs/conditions-medicales>

Société de l'assurance automobile du Québec. « Extranet-Santé ; Santé des conducteurs » [en ligne], <https://saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante/sante-conducteurs>

Société canadienne de cardiologie. « Collection des lignes directrices et des énoncés de position » [en ligne], <https://www.ccs.ca/index.php/fr/lignes-directrices/collection-des-lignes-directrices>

STEPHENSON, Michelle. « Systemic Drugs with Ocular Side Effects » [en ligne], *Review of Ophthalmology*, 4 octobre 2011, <https://www.reviewofophthalmology.com/article/systemic-drugs-with-ocular-side-effects>

Trinity College Dublin (The University of Dublin). « The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA) » [en ligne], <https://tilda.tcd.ie>

## Ouvrages cités

ADRIAN, Julien et collab. « Validation of the Driver Ecological Glare Test », *Journal of Safety Research*, vol. 72, février 2020, p. 139-143.

ANTONIOU, Tony et collab. « Drug Interactions with Cannabinoids », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 192, n° 9, 2 mars 2020, p. E206.

Association médicale canadienne. *L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire- Guide du médecin, édition 9.1*, 2019, xv-195 pages.

BASKETT, Roger et collab. « Canadian Cardiovascular Society Focused Position Statement Update on Assessment of the Cardiac Patient for Fitness to Drive: Fitness Following Left Ventricular Assist Device Implantation », *Canadian Journal of Cardiology/Journal canadien de cardiologie*, vol. 28, n° 2, 1<sup>er</sup> mars 2012, p. 137-140.

BEIRNESS, Douglas J. et Amy J. PORATH. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Cannabis au volant (version actualisée)*, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019, 8 pages.

BONDALLAZ, Percy et collab. « Cannabis and its Effects on Driving Skills », *Forensic Science International*, vol. 268, 2016, p. 92-102.

CAMPENY, Eugènia et collab. « The Blind Men and the Elephant: Systematic Review of Systematic Reviews of Cannabis Use Related Health Harms », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 33, 2020, p. 1-35.

CHARLTON, Judith L. et collab. « Driving Avoidance by Older Adults : Is it Always Self-Regulation? », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 57, 16 avril 2013, p. 96-104.

CHARLTON, Judith et collab. *Influence of Chronic Illness on Crash Involvement of Motor Vehicle Drivers : 2<sup>nd</sup> edition*, Melbourne, Monash University Accident Research Centre, Report n° 300, novembre 2010, xx-620 pages.

CHEN, Yu-Ting et collab. « Personal and Clinical Factors Associated with Older Drivers' Self-Awareness of Driving Performance », *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 40, n° 1, 2021, p. 82-96.

CHOI, Seong-Youl et collab. « Cognitive Test to Forecast Unsafe Driving in Older Drivers: Meta-Analysis », *NeuroRehabilitation*, vol. 35, no 4, 2014, p. 771-778.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). *Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées*, 2019, 23 pages.

Collège des médecins de famille du Canada (Le). *Autorisation de cannabis séché pour le traitement de la douleur chronique ou de l'anxiété : Orientation préliminaire*, Mississauga, septembre 2014, iv-26 pages.

Collège des médecins du Québec. *Ordonnance de cannabis à des fins médicales : Directives*, septembre 2018, 5 pages.

Collège des médecins du Québec et Société de l'assurance automobile du Québec. *L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile; Guide d'exercice du Collège des Médecins du Québec*, mars 2007, 22 pages.

Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé. *Norme 6 : détermination de l'aptitude à conduire au Canada*, Ottawa, janvier 2020, i-313 pages.

CROCQ, Marc-Antoine et collab. *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5<sup>e</sup> édition, Elsevier-Masson, 2015, lvii-1114 pages.

DAHLGREN, M. Kathryn et collab. « Recreational Cannabis Use Impairs Driving Performance in the Absence of Acute Intoxication », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 208, 1<sup>er</sup> mars 2020, 9 pages.

DOW, Jamie et collab. « Le vieillissement et les problèmes de santé : incidence sur la gestion de la sécurité des conducteurs âgés », *Compte-rendu de la 21e Conférence canadienne multidisciplinaire sur la sécurité routière*, Halifax (N-É), 8-11 mai 2011, 15 pages.

FOLEY, Daniel J. et collab. « Driving Life Expectancy of Persons Aged 70 Years and Older in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 8, août 2002, p. 1284-1289.

FUERMAIER, Anselm B.M. et collab. « Driving and Attention Deficit Hyperactivity Disorder », *Journal of Neural Transmission*, vol. 124 (suppl. 1), 2017, p. 55-67.

GORMLEY, Michael. « Impact of Gender and Marital Status on Car Use Among Older Drivers: Findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA) », inédit, présenté lors du Traffic Medicine Research Day of the Royal College of Physicians of Ireland, 8 septembre 2020.

Governors Highway Safety Association. *Traffic Safety Impacts of Marijuana Legalization*, octobre 2018, 4 pages.

HAKAMIES-BLOMQUIST, Liisa et collab. « Older Drivers Do Not Have a High Crash Risk – A Replication of Low Mileage Bias », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 38, n° 3, mai 2006, p. 574-578.

HETLAND, Amanda et David B CARR. « Medications and Impaired Driving: A Review of the Literature », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 48, n° 4, avril 2014, p. 494–506.

Institut national de santé publique du Québec (Bureau d'information et d'études en santé des populations). *La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017*, coll. Surveillance des maladies chroniques, n° 29, 12 pages.

International Council of Ophthalmology. *Vision Requirements for Driving Safety*, Rapport du 30<sup>e</sup> World Ophthalmology Congress, Sao Paolo, Brésil, février 2006, 25 pages.

JONES, Sarah J. « If Electric Cars Are the Answer, What Was the Question? », *British Medical Bulletin*, vol. 129 n° 1, mars 2019, p. 13-23.

KALANT, Harold et Amy J. PORATH-WALLER. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Usage de cannabis et de cannabinoïdes à des fins médicales – version actualisée*, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016. 22 pages.

KOPPEL, Sjaan et collab. « The Relationship Between Older Drivers' Performance on the Driving Observation Schedule (eDOS) and Cognitive Performance », *Annals of Advances in Automotive Medicine*, vol. 57, septembre 2013, p. 67-76.

LANGFORD, Jim et Jennie OXLEY. « Using the Safe System Approach to Keep Older Drivers Safely Mobile », *IATSS Research*, vol.30, n° 2, 2006, p.97-109.

LEHMANN, Susan W. et Michael FINGERHOOD. « Substance-Use Disorders in Later Life », *New England Journal of Medicine*, vol. 379, n° 24, 13 décembre 2018, p. 2351-2360.

MARSHALL, Shawn C. et collab. « The Candrive/Ozcandrive Prospective Older Driver Study: Methodology and Early Study Findings », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 61, décembre 2013, p. 233-235.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*, Washington, DC, The National Academies Press, 2017, 486 pages.

ORTIZ-PEREGRINA, Sonia et collab. « Intraocular Scattering as a Predictor of Driving Performance in Older Adults With Cataracts », *PLOS ONE*, 14 janvier 2020, 13 pages.

PAPANDONATOS, George D. et collab. « The Clinical Utility of the Trail Making Test As a Predictor of Driving Performance in Older Adults », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 63, n° 11, novembre 2015, p. 2358–2364.

PORTER, Michelle. « Naturalistic Driving Studies from CanDrive – A Longitudinal Study of Older Drivers in Canada », *Innovation in Aging*, vol. 2 (suppl.1), novembre 2018, p. 562-563.

ROTERMANN, Michelle. « Qu'est-ce qui a changé depuis la légalisation du cannabis? », *Rapports sur la santé*, n° 82-003-X au catalogue, vol. 31, n° 2, février 2020, p. 13-24.

ROY, Mononita et Frank MOLNAR. « Systematic Review of the Evidence for Trails B Cut-Off Scores in Assessing Fitness-to-Drive », *Canadian Geriatrics Journal*, vol. 16, n° 3, 2013, p. 120–142.

Santé Canada. *Renseignements destinés aux professionnels de la santé. Le cannabis (marihuana, marijuana) et les cannabinoïdes : Plante séchée ou fraîche et huile destinées à l'administration par ingestion ou par d'autres moyens*, Gouvernement du Canada, octobre 2018. vii-289 pages.

SIMPSON, Chris et collab. « CCS Consensus Conference 2003 : Assessment of the Cardiac Patient for Fitness to Drive and Fly – Executive Summary », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 20, n° 13, 2004, p. 1313-1323.

SPRENG, Lucie et collab. « Cross-Sectional Study Assessing the Addition of Contrast Sensitivity to Visual Acuity When Testing for Fitness to Drive », *BMJ Open*, vol. 8, n° 1, 26 janvier 2018, 8 pages.

STAPLIN, Loren et collab. *Taxonomy of Older Driver Behaviors and Crash Risk*, National Highway Traffic Safety Administration, février 2012, vi-99 pages

Therapeutic Research Center. *Alcohol and Drug Interactions*, Resource n° 351106, novembre 2019, 10 pages.

TOEPPER, Max et Michael FALKENSTEIN. « Driving Fitness in Different Forms of Dementia: an Update », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 67, no 10, octobre 2019, p. 2186-2192.

WEATHERMON, Ron et David W. CRABB. « Alcohol and Medication Interactions », *Alcohol Research and Health*, vol.23, n° 1, 1999, p. 40-54.

WOOD, Joanne M. « Nighttime Driving : Visual, Lighting and Visibility Challenges », *Ophthalmic and Physiological Optics; The Journal of the College of Optometrists*, vol. 40, n° 2, 25 décembre 2019, p. 187-201.

WOOD, Joanne M. et collab. « Useful Field of View Predicts Driving in the Presence of Distracters », *Optometry and Vision Science*, vol. 89, n° 4, avril 2012, p. 373-81.

## Autre documentation pertinente

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. *Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées*. Académie canadienne de gérontopsychiatrie, 2019. 29 pages.

Diabète Québec. « Comprendre le diabète / Lois et règlements / Conduite automobile » [outil interactif, en ligne] <https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/pratique/lois-et-reglements/conduite-automobile-et-diabete/>

DOW, Jamie et collab. « L'évaluation médicale au cœur de la sécurité routière », *Le médecin du Québec*, vol. 41, n° 9, 2006, p. 23-74.

DOW, Jamie et collab. « Tenez la route : l'évaluation médicale du conducteur », *Le médecin du Québec*, vol. 50, n° 8, 2015, p. 13-48.

DOW, Jamie et collab. « Crash Rates of Quebec Drivers with Medical Conditions », *Annals of Advances in Automotive Medicine*, vol. 57, septembre 2013, p. 57-66

DOW, Jamie et Émilie TURMEL. « Voluntary declaration of a medical condition by drivers in Quebec », *Proceedings of the 6<sup>th</sup> International Traffic Expert Congress*, Barcelona 2012.

DOW, Jamie et collab. « Mandatory age-based medical reviews : are they justified? », *Compte-rendu de la 23<sup>e</sup> Conférence canadienne multidisciplinaire sur la sécurité routière* Montréal, Québec, 26-29 mai 2013. 10 pages.

National Highway Traffic Safety Administration. *Driver Fitness Medical Guidelines*, Washington (DC), septembre 2009. vi-150 pages.

Ordre des ergothérapeutes du Québec. *Interventions relatives à l'utilisation d'un véhicule routier; Guide de l'ergothérapeute*, Montréal, décembre 2008. 74 pages.

Société de l'assurance automobile du Québec. *Bilan routier 2019*. Québec (Qc), 2020, 12 pages. [En ligne : <https://saaq.gouv.qc.ca/saaq/documentation/bilan-routier/> ]

# Annexe A

## Classes de permis

CLASSES DE PERMIS DE CONDUIRE




1 Ensemble de véhicules routiers composé soit:  
Classes incluses : 2, 3, 4A, 4B, 5, 6D et 8

- d'un tracteur routier de deux essieux dont la masse nette est de 4 500 kg ou plus et tirant une ou plusieurs remorque ou semi-remorque


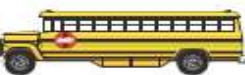
- d'un tracteur routier de trois essieux ou plus tirant une ou plusieurs remorque ou semi-remorque

- d'un camion visé par la classe 3 tirant une remorque ou une semi-remorque dont la masse nette est de 4 500 kg ou plus et qui ne sert qu'à transporter l'équipement, l'outillage ou l'ameublement dont elle est équipée au permissoire

- d'un camion visé par la classe 3 tirant toute autre remorque ou semi-remorque que celle énumérée précédemment, dont la masse est de 2 000 kg ou plus

2 Autobus aménagé pour le transport de plus de 24 passagers à la fois  
Classes incluses : 3, 4A, 4B, 5, 6D et 8


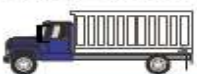



3 Camion porteur comptant:  
Classes incluses : 4A, 4B, 5, 6D et 8

- trois essieux ou plus

OU

- deux essieux et dont la masse nette est de 4 500 kg ou plus

Un permis de conduire de la classe 3 permet également à son titulaire de conduire un véhicule routier dont la conduite est autorisée par cette classe et qui tire une remorque ou une semi-remorque :

- dont la masse nette est de moins de 2 000 kg ou
- dont la masse est d'au moins 2 000 kg mais inférieure à 4 500 kg et qui ne sert qu'à transporter l'équipement, l'outillage ou l'ameublement dont elle est équipée au permissoire




Mentions

**F** pour conduire un véhicule lourd muni d'une installation de freinage pneumatique



**M** pour conduire un véhicule lourd muni d'une transmission manuelle

**T** pour conduire un grand train routier, soit un train double de plus de 25 mètres qui nécessite un permis spécial de circulation

4A Véhicule d'urgence  
Classes incluses : 4A, 4B, 5, 6D et 8  
(ex. : une ambulance, un véhicule de police ou de service d'incendie)






4B Minibus ou autobus aménagés pour le transport de 24 passagers ou moins à la fois  
Classes incluses : 5, 6D et 8


5 Taxi ou automobile assimilée à un taxi  
Classes incluses : 6D et 8

6A Toute motocyclette




Classes incluses : 6B, 6C, 6D, 6E et 8

6B Motocyclette dont la cylindrée est de 400 cm<sup>3</sup> ou moins




Classes incluses : 6C, 6D, 6E et 8

6C Motocyclette dont la cylindrée est de 125 cm<sup>3</sup> ou moins




Classes incluses : 6D, 6E et 8


6D Cyclomoteur



6E Motocyclette à trois roues non muni d'une ceinture adjacente



8 Tracteur de ferme



Classes	Contrôle médical
1 - 2 - 3 - 4A - 4B	À la demande de la classe et lorsque le titulaire atteint l'âge de 45, 55, 60 et 65 ans, et tous les deux ans par la suite
5 - 6A - 6B - 6C - 6D - 8	Lorsque le titulaire atteint l'âge de 75 ans et 80 ans, et tous les deux ans par la suite

Société de l'assurance automobile Québec

Avec vous, au cœur de votre sécurité

Guide de l'évaluation de l'aptitude à conduire au Québec

Page 58 sur 69

# Annexe B

## Conditions pouvant être ajoutées aux permis de conduire

A	Le titulaire du permis de conduire doit porter des lunettes ou des lentilles cornéennes pour conduire
B	Le titulaire du permis de conduire doit conduire entre le lever et le coucher du soleil
C	Le titulaire du permis de conduire doit porter un appareil auditif pour conduire (classes 2, 4A, ou 4B)
D*	Le titulaire du permis de conduire doit subir un examen médical tous les 5 ans
E*	Le titulaire du permis de conduire doit subir un examen médical tous les 6 mois
F*	Le titulaire du permis de conduire doit subir un examen médical tous les ans
G*	Le titulaire du permis de conduire doit subir un examen médical tous les 2 ans
H	Le titulaire du permis de conduire doit conduire un véhicule dont la masse nette est inférieure à 2 500 kg
I**	Le titulaire du permis de conduire doit conduire un véhicule muni d'un antidémarrreur éthylométrique à la suite, par exemple, d'un diagnostic médical ou d'une adhésion volontaire au programme de la SAAQ
J	Le titulaire du permis de conduire doit conduire un véhicule muni d'une transmission automatique
K	Le titulaire du permis de conduire doit conduire un véhicule muni d'une servodirection
L	Le titulaire du permis de conduire doit conduire un véhicule muni d'un servofrein
M	Le titulaire du permis de conduire doit porter un appareil auditif pour conduire un véhicule qui transporte des matières dangereuses
N	Le titulaire du permis de conduire doit porter un harnais de sécurité pour conduire
O	Le titulaire du permis de conduire ne peut pas conduire un véhicule qui transporte des matières dangereuses
P	Le titulaire du permis de conduire doit conduire un véhicule muni de commandes manuelles
Q	Le titulaire du permis de conduire doit conduire un véhicule muni d'une commande manuelle permettant de modifier l'intensité des phares
R	Le titulaire du permis de conduire doit conduire un véhicule muni d'un accélérateur placé à gauche
S***	Le titulaire du permis de conduire est soumis à d'autres conditions médicales
V	Le titulaire du permis de conduire doit conduire un véhicule muni de commandes adaptées à son handicap
W	Le titulaire du permis de conduire ne peut pas conduire un véhicule lourd (classes 1, 2, 3 ou 4B) aux États-Unis, puisqu'il ne satisfait pas aux normes de ce pays en matière de santé des conducteurs. Les problèmes visés sont : le diabète traité à l'insuline, l'épilepsie, une perte auditive partielle ou totale. Le titulaire du permis peut demander lui-même l'ajout de cette condition.


X**	Le titulaire du permis de conduire doit conduire un véhicule muni d'un antidémarrreur éthylométrique à la suite d'une condamnation criminelle pour alcool au volant ou d'un refus de fournir un échantillon d'haleine
Y**	Le titulaire du permis de conduire doit se soumettre à la règle du zéro alcool
<p>* Les conditions D, E, F et G ne sont pas inscrites sur le permis, mais paraissent au dossier du titulaire. La description ou les précisions liées à ces conditions peuvent être consultées par les employés de la Société autorisés à le faire.</p> <p>** Les conditions I, X et Y ne peuvent pas être associées au permis d'apprenti conducteur.</p> <p>*** La condition S est inscrite sur le permis. Elle est définie comme suit au verso du permis : <i>Autre condition</i>. La description de la condition est précisée au dossier de conduite du titulaire.</p>	

# Annexe C

## La Déclaration de maladie ou de déficit fonctionnel (DMDF)

La DMDF est un formulaire que tout aspirant-conducteur ou tout conducteur doit remplir et retourner à la Société lorsqu'il présente au moins une condition médicale qui y figure, que ce soit au moment de s'inscrire à un cours de conduite, d'obtenir un permis ou une nouvelle classe de permis, de payer ou de renouveler un permis de conduire, ou dans les 30 jours suivant le diagnostic d'une nouvelle condition médicale.

Il est possible de se procurer ce formulaire auprès de la Société, sur son site Web ou par l'entremise du coupon détachable accompagnant l'avis de paiement annuel du permis de conduire. Les écoles de conduite devraient également le remettre d'emblée à chaque personne qui s'inscrit à un cours de conduite.

**Société de l'assurance automobile Québec**  **Feuille médicale**  
Déclaration de maladie ou de déficit fonctionnel

**Veillez lire attentivement ce qui suit AVANT de vous inscrire à un cours de conduite.**

Si vous cochez « **oui** » à l'un des points suivants, nous vous conseillons de communiquer avec la Société de l'assurance automobile du Québec avant de vous inscrire à votre cours de conduite, car vous pourriez devoir vous soumettre à un examen médical ou visuel avant d'être admissible à l'obtention d'un permis de conduire.

Vous pouvez nous joindre du lundi au vendredi :

- Région de Québec : 418 643-5506
- Ailleurs : 1 800 561-2858 (Québec, Canada, États-Unis)

<p>J'ai une maladie des yeux (cataracte, glaucome, rétinopathie, dégénérescence maculaire, vision double, perte ou vision nulle d'un œil, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>J'ai un problème psychiatrique ou de comportement important (schizophrénie, maladie bipolaire, dépression majeure récurrente, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Pour obtenir votre permis d'apprenti conducteur, vous aurez à réussir un test visuel en centre de services.</p> <p>Je souffre de surdité partielle ou complète avec ou sans appareil auditif.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>J'ai dû consulter un médecin pour un trouble lié à la consommation d'alcool, de drogues ou d'autres substances.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Je souffre de vertiges importants.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>J'ai des troubles cognitifs (autisme, déficience intellectuelle, maladie d'Alzheimer, ralentissement psychomoteur, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>J'ai une condition cardiaque qui limite mes activités comme la marche (infarctus, angine, palpitations, défibrillateur, transplantation, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>J'ai déjà fait des crises d'épilepsie.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>J'ai une somnolence importante associée à un trouble du sommeil (apnée du sommeil, narcolepsie, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>J'ai une condition neurologique (accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, paralysie, Parkinson, sclérose en plaques, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Mes mouvements sont limités de façon importante depuis plusieurs mois au niveau du cou, des mains ou des pieds (amputation, immobilisation permanente, polyarthrite, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>J'ai subi des pertes de conscience, des syncopes ou des convulsions non épileptiques dans les 12 derniers mois.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Je fais du diabète.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>Je prends un médicament qui m'endort le jour (pilules pour dormir, pour l'anxiété, pour la douleur, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Société de l'assurance automobile du Québec  
6080 45 (2016-07)

# Annexe D

## Formulaire *Déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier (DI)*

**Société de l'assurance automobile**  
**Québec**

**Déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier**

**DI**

Effacer

Personne visée				Professionnel de la santé			
Nom et prénoms (en caractères d'imprimerie)				Nom et prénoms (en caractères d'imprimerie)			
Adresse (numéro, rue, municipalité)				Adresse (numéro, rue, municipalité)			
Code postal		Téléphone		Code postal			
Date de naissance <small>Année Mois Jour</small>	Numéro de permis de conduite			N° du permis d'exercice	Téléphone (bureau)	Information (sans frais) <b>1 866 590-6915</b>	

**Veillez motiver cette déclaration d'inaptitude en précisant la nature des maladies, des déficiences, des atteintes et des limitations ainsi que leur gravité.**

**Avez-vous informé la personne concernée de votre démarche auprès de la Société?**  Oui  Non

Conformément à l'article 603 du Code de la sécurité routière, mentionné ci-dessous, je soussigné estime que l'état de santé de la personne visée est incompatible avec la conduite d'un véhicule routier.

Signature du professionnel de la santé \_\_\_\_\_

Médecin  
 Optométriste  
 Psychologue

Ergothérapeute  
 Infirmier ou infirmière

Année Mois Jour

Date

**CODE DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE**

**Article 603**  
Tout professionnel de la santé peut, selon son champ d'exercice, faire rapport à la Société du nom, de l'adresse et de l'état de santé d'une personne de 14 ans ou plus qu'il juge inapte à conduire un véhicule routier, en tenant compte notamment des maladies, des déficiences et des situations incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier telles qu'établies par règlement.  
Pour l'application du présent article, tout professionnel de la santé est autorisé à divulguer à la Société les renseignements qui lui ont été révélés en raison de sa profession.

**Article 605**  
Aucune poursuite en dommages-intérêts ne peut être intentée contre un professionnel de la santé pour s'être prévalu des dispositions de l'article 603.

Retournez le formulaire à : Société de l'assurance automobile du Québec  
Service de l'évaluation médicale et du suivi du comportement  
Case postale 19500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 8J5

Société de l'assurance automobile du Québec

5626 90 (2017-11)

Imprimer le formulaire

# Annexe E

## Trouble de l'usage de l'alcool ou de toute autre substance

Le contenu de cette annexe renvoie aux critères diagnostiques du trouble de l'usage de **l'alcool** tels qu'énoncés dans le DSM-5. Pour diagnostiquer un trouble de l'usage d'une autre substance, il suffit de remplacer « alcool » par son nom dans les phrases qui vont suivre, puisque les mêmes critères s'appliquent.

Enfin, si plus d'une substance est consommée selon un mode problématique, le diagnostic de trouble de l'usage doit être posé selon ces critères pour chacune des substances.

### Critères diagnostiques

A- Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. Consommation d'alcool en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu;
2. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler la consommation d'alcool;
3. Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, pour l'utiliser ou pour récupérer de ses effets;
4. Envies impérieuses de consommer (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer;
5. Consommation répétée de la substance qui conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison;
6. Consommation qui se poursuit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance;
7. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes qui sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la substance;
8. Consommation répétée de la substance dans des situations pouvant être physiquement dangereuses;
9. Usage de la substance qui se poursuit même si la personne est consciente d'avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent, susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par elle;
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a) Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
  - b) Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool;
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a) Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool (cf. les critères A et B du sevrage de l'alcool, p. 593 DSM-5);
  - b) L'alcool, ou une substance très proche telle qu'un benzodiazépine, est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

B- Spécifier si :

- **En rémission précoce**

Après que les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun n'a été présent pendant au moins 3 mois, mais moins de 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer », qui peut persister).

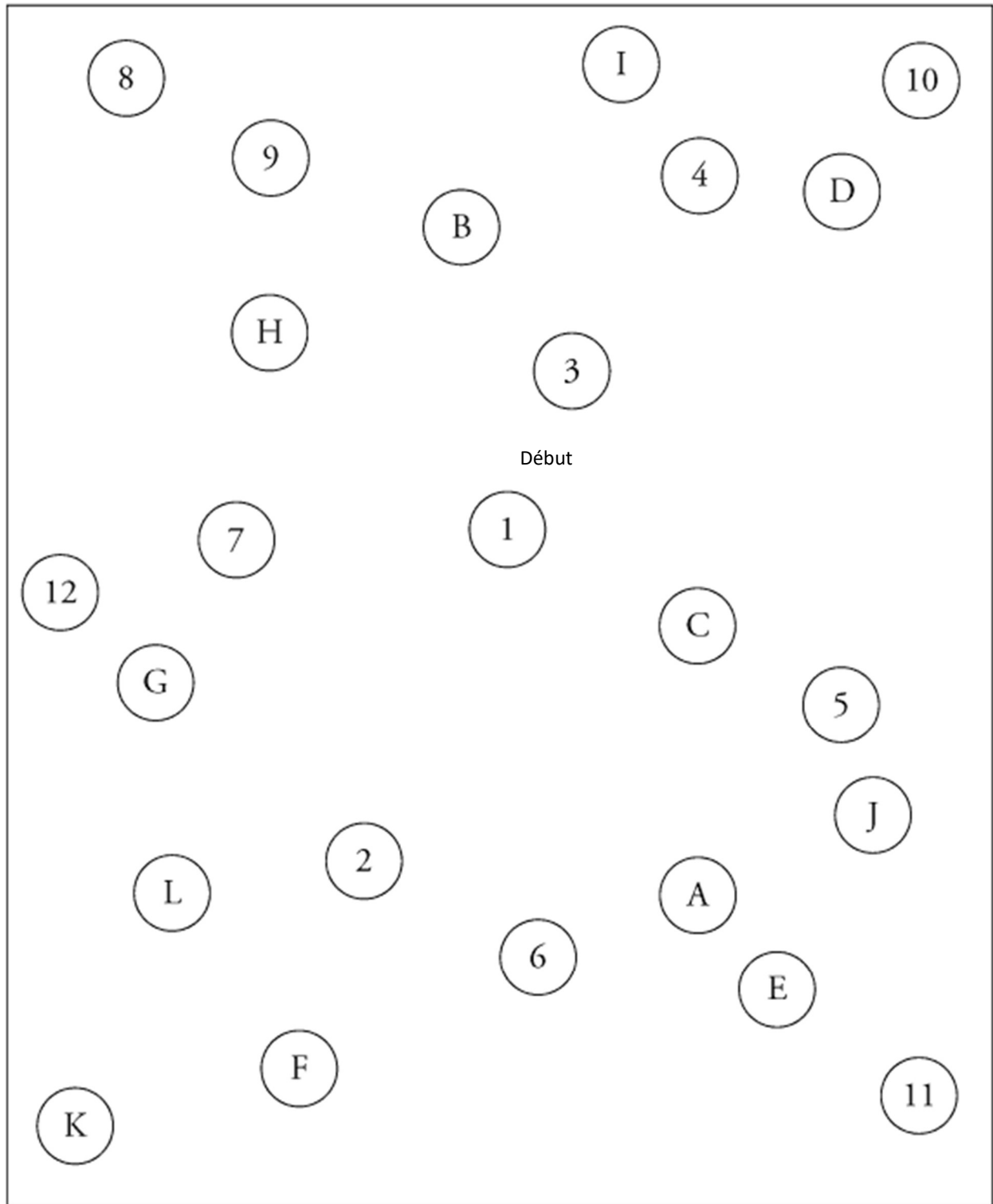
- **En rémission prolongée**

Après que les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun n'a été présent à aucun moment pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool », qui peut persister).

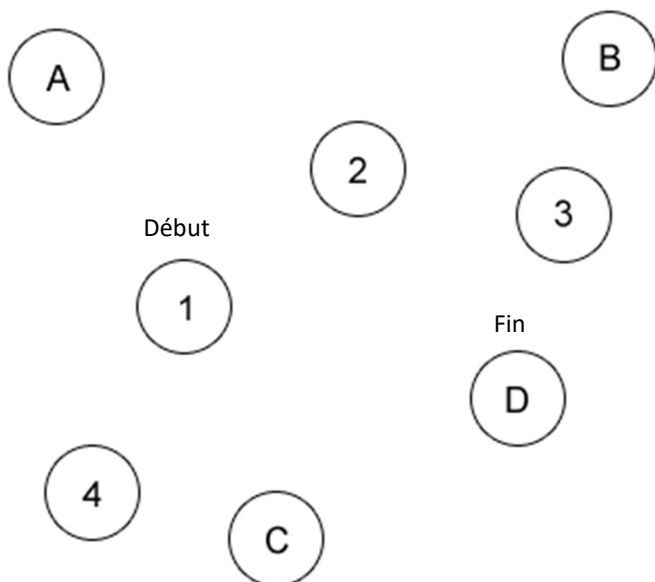
Diagnostic de trouble d'usage de l'alcool : classification du DSM-5	Nombre de critères selon DSM-5
Léger	2 ou 3 critères
Modéré	4 ou 5 critères
Sévère (Grave)	6 critères et plus
Rémission précoce	3 mois sans critères sauf n° 4
Rémission prolongée	12 mois sans critères sauf n° 4

# Annexe F

## Trail Making Test, partie B



## Trail Making Test, partie B – EXEMPLE



### Instructions

1. Remettre la feuille d'exemple et un crayon au candidat, et expliquer les règles à suivre :
  - Relier, en les alternant, les chiffres et les lettres en ordre croissant, soit 1, puis A, 2, B, 3, etc.
  - Le candidat doit s'exécuter aussi rapidement que possible, sans soulever le crayon du papier. C'est le temps de passation qui est le critère de « réussite » à ce test.
2. Faire pratiquer le candidat en s'assurant que les règles sont bien comprises. Il est possible de refaire la démonstration et de réexpliquer, si nécessaire.
3. Lors du vrai test, chronométrez le candidat. Si le test n'est pas terminé après 5 minutes, il est inutile de continuer.
4. Si le candidat commet une erreur, vous devez la lui mentionner immédiatement, et lui demander de la corriger, le but étant que les chiffres et les lettres soient ultimement reliés dans le bon ordre. Le temps de correction est compris dans le temps chronométré; ainsi, les erreurs ne sont pas comptabilisées comme telles, mais elles augmentent le temps de passation.
5. Une fois le test terminé, notez le temps nécessaire à sa complétion sur la copie du candidat.
6. Plus le temps requis dépasse les 75 secondes, qui est le temps moyen de passation, plus il est possible de soupçonner la présence d'un problème de nature cognitive ou perceptive. Un temps de passation de plus de 273 secondes est considéré comme un indice fiable d'un problème de ce type, dans la mesure où la plupart des individus sont en mesure de faire le test en 3 minutes ou moins.

# Annexe G

## Précisions sur les demandes d'exemption

### Exemption du port de la ceinture de sécurité

Rares sont aujourd'hui les voix qui s'élèvent pour remettre en question l'efficacité du port de la ceinture de sécurité. La majorité des associations médicales au pays et à l'étranger se sont prononcées en sa faveur, et ce, même pour les femmes enceintes. Dans l'édition 9.1 du guide médical de l'AMC sur l'évaluation de l'aptitude à conduire, on peut lire : « Aucun problème de santé ne dispense [...] de porter la ceinture de sécurité<sup>67</sup> ». Les inconvénients et les risques entraînés par le port de la ceinture sont négligeables par rapport à la protection qu'elle procure, toujours selon les associations médicales. De même, les statistiques sur les accidents de la route corroborent que les conséquences de ces derniers sont généralement plus graves sans ceinture qu'avec ceinture. La Colombie-Britannique est, à ce jour, la seule administration canadienne à avoir décidé de ne plus accorder d'exemptions du port de la ceinture de sécurité, à la demande d'organismes médicaux locaux qui s'appuyaient sur les recommandations de l'AMC.

Au Québec, le CSR stipule que les occupants d'un véhicule de promenade en mouvement doivent porter une ceinture de sécurité ou un système de retenue pour enfants; les modalités d'application de cette règle, ainsi que ses exceptions, sont détaillées aux articles 396 et 397.

L'article 398, reproduit dans l'encadré ci-bas, détaille les dispenses et autorisations exceptionnelles que la Société peut accorder à un individu « invoquant des raisons médicales exceptionnelles ».

**398.** La Société peut, sur demande écrite, accorder pour la période qu'elle fixe à une personne invoquant des raisons médicales exceptionnelles:

- 1° une dispense du port de la ceinture de sécurité;
- 2° l'autorisation de porter partiellement la ceinture de sécurité;
- 3° l'autorisation de munir la ceinture de sécurité ou l'ensemble de retenue de dispositifs additionnels;
- 4° l'autorisation d'utiliser un ensemble de retenue autre que celui prévu à l'article 397.

La demande concernant le port de la ceinture de sécurité visée aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa doit être appuyée d'une recommandation écrite d'un médecin, obtenue à la suite d'un examen médical du demandeur.

Dans le cas des autorisations prévues aux paragraphes 3° et 4° du premier alinéa, le demandeur doit fournir une recommandation écrite d'un médecin ou d'un ergothérapeute qui détermine ses besoins spécifiques, en tenant compte du diagnostic médical.

La Société peut exiger que l'examen ou la recommandation prévu au présent article soit fait par le médecin ou l'ergothérapeute qu'elle désigne nommément.

Un certificat attestant l'octroi d'une dispense ou d'une autorisation prévue au présent article est délivré par la Société.

<sup>67</sup> Association médicale canadienne, *op. cit.*, p. 133.

Étant donné le caractère exceptionnel des raisons médicales qui doivent justifier de telles exemptions, il est aisé de comprendre qu'elles sont rarement accordées. De plus, aux exemptions totales, la Société préférera les exemptions partielles. Ces dernières incluront quand même le port de la ceinture abdominale, quitte à ce que des extensions de ceinture soient ajoutées. Les fabricants de véhicules automobiles sont parfois en mesure de fournir ces dernières; il suffit d'en faire la demande. Dans le cas contraire, il est important que l'extension choisie réponde aux normes CMVSS. Pour les personnes souffrant d'obésité morbide, une autre solution consiste à employer la technique de la « femme enceinte », c'est-à-dire à faire passer la ceinture abdominale en dessous du tablier abdominal, directement sur le bassin. L'illustration démontre cette technique.



Un médecin peut faire l'objet d'une plainte auprès du CMQ s'il émet une recommandation, ou omet d'en faire une, à l'égard d'un patient qui, par la suite, subit un accident d'automobile et qu'il est établi, de façon probante, que la recommandation du médecin, ou l'omission de faire la recommandation qui aurait été appropriée, constitue une faute grave ayant causé ou aggravé le préjudice corporel subi par le patient dans l'accident.

Le régime d'indemnisation établi par la loi québécoise<sup>68</sup>, sans égard à la faute, fait en sorte qu'aucune victime au sens de la loi ne peut poursuivre un médecin en justice afin d'obtenir une indemnité visant la compensation d'un préjudice corporel subi lors d'un accident de la route, puisque c'est la Société qui a le mandat d'indemniser dans tous les cas. Cependant, un recours en responsabilité civile contre un médecin qui aurait fait une recommandation ou omis d'en faire une, intenté à la suite d'un accident, est recevable lorsqu'il vise l'indemnisation du préjudice corporel subi **en raison de la faute commise par le médecin** à l'égard de la victime, et non l'indemnisation du préjudice corporel subi dans l'accident.

Il est donc recommandé, lorsqu'un empêchement physique évident complique le port de la ceinture, de faire modifier ou d'adapter le véhicule ou la ceinture elle-même, lorsque cela est possible, afin de contourner le problème et de faire bénéficier la personne du niveau de sécurité que procure un système de retenue. Il est cependant à noter que certaines adaptations au véhicule doivent être approuvées par la Société. Il revient au professionnel de la santé de s'informer auprès d'elle.

## **Demande d'exemption (désactivation) des sacs gonflables**

Pour qu'un sac gonflable conducteur puisse fonctionner sans provoquer de blessures, il faut que la personne soit située à une distance minimale de 25 centimètres du volant. On peut demander une désactivation du sac gonflable si une malformation squelettique (scoliose, achondroplasie) rend la personne incapable de se positionner à plus de 25 centimètres du volant, ou si la taille de la personne équivaut à celle d'un enfant de 12 ans ou moins.

<sup>68</sup> Il s'agit de la *Loi sur l'assurance automobile*. Publications Québec, « Chapitre A-25 – *Loi sur l'assurance automobile* » [en ligne], <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/A-25> (page consultée pour la dernière fois le 26 février 2021).

Un enfant de 12 ans ou moins ne peut occuper le siège du passager avant s'il est muni d'un sac gonflable. S'il doit absolument occuper ce siège, dans le cas d'une condition médicale particulière ou si le véhicule ne comporte pas de sièges à l'arrière, le sac gonflable devrait être désactivé.