

« ENTRE DEUX JOINTS » ... PUIS-JE CONDUIRE, DOCTEUR ?

Vous rencontrez votre patient pour un examen périodique. Il en profite pour vous remettre son formulaire de la SAAQ pour son permis de conduire de même qu'une demande pour une ordonnance de marijuana thérapeutique. Que lui répondez-vous ?

Bernard Boutet

MAIS NON, DOCTEUR, MA CONSOMMATION N'A AUCUN EFFET...

La conduite automobile est une tâche complexe exigeant plusieurs actions simultanées qui nécessitent un degré élevé d'attention et de concentration. C'est bien connu ! Par conséquent, toute substance psychoactive susceptible d'altérer les fonctions cérébrales supérieures (concentration, attention, analyse, prise de décision, jugement, habiletés motrices et vigilance) peut interférer avec la conduite sécuritaire d'un véhicule. Le cas de l'alcool qui nuit aux facultés est bien établi et unanimement reconnu. Mais qu'en est-il des autres substances ?

En ce qui concerne les médicaments sur ordonnance et en vente libre, le lecteur peut lire l'article intitulé : « Médicaments + conduite = prudence ! », dans *Le Médecin du Québec* de septembre 2006 au <http://lemedecinquebec.org/Media/90661/053-058DrBoutet0906.pdf>. Cependant, pour les drogues illicites, notamment pour le cannabis, les données ne sont pas toujours aussi claires. Par exemple, bien que la prise d'ecstasy entraîne une diminution de l'attention, de la perception et de la mémoire, son effet sur la conduite automobile ne semble pas bien établi. Pour la cocaïne, les études sont quant à elles contradictoires¹. Par ailleurs, plusieurs études en laboratoire indiquent que le tétrahydrocannabinol (THC), un métabolite du cannabis, nuit à la conduite automobile.

Depuis la légalisation de la marijuana au Colorado en 2010, une hausse considérable du nombre de consommateurs a été notée. La conduite avec facultés affaiblies par cette substance y est ainsi devenue une préoccupation, bien que les résultats des études nationales soient contradictoires. Il semble que les États qui ont légalisé la marijuana aient un plus grand nombre d'accidents de la route mortels et que l'usage de cette drogue augmente le risque de décès accidentel sur la route. Ainsi, une étude menée au Colorado² a bel et bien montré une augmentation des décès dans

des accidents de la route chez les conducteurs chez qui la présence de marijuana avait été détectée. Les auteurs de l'étude concluent donc qu'il faut accroître la surveillance, éduquer davantage le public sur ce sujet et établir, un peu comme pour l'alcool, un seuil limite de THC pour la conduite. Selon une méta-analyse publiée en 2012, la consommation récente (dans les heures précédant la conduite) était associée à un risque relatif d'accident de la route engendrant des blessures sérieuses ou des décès de 1,92 (soit près du double de celui des conducteurs n'ayant pas les facultés affaiblies)³. À titre de comparaison, ce risque relatif est de 1,84 pour l'épilepsie⁴.

Par ailleurs, une autre méta-analyse publiée en 2013 a révélé que l'usage de cannabis multipliait par sept le risque d'accident mortel⁵. En comparaison, l'usage de benzodiazépines doublait ce risque, et les opioïdes le triplaient. En 2014, l'état du Colorado a adopté une loi qui fixe à 5 ng de THC par millilitre de sang (5 ng/ml) la limite au-delà de laquelle le conducteur est considéré comme ayant les facultés affaiblies. De plus, les études à venir s'intéresseront particulièrement à la conduite sous l'effet de la marijuana. Une attention particulière sera aussi portée afin de repérer les consommateurs de cette substance dans les statistiques des victimes d'accident de la route. Tous ces efforts permettront de bien évaluer les conséquences de la légalisation de la marijuana et ses répercussions sur les décès dans les accidents de la route². Selon des études européennes sur la pharmacocinétique du cannabis, un taux de THC de 3,7 ng/ml à 3,8 ng/ml de sang équivaut environ à un taux de 0,05 d'alcool dans le sang (50 mg/100 ml) pour ce qui est de l'incapacité psychomotrice⁶. Donc, 5 ng/ml de THC, valeur retenue par l'État du Colorado, équivaut à un peu moins de 0,08 d'alcool².

Il est facile de dépasser un taux de 5 ng/ml de THC après avoir fumé un joint. Même pour un joint dont la teneur en THC est très faible (1% ou 2%), ce taux est dépassé moins d'une heure après la consommation³. De nos jours, la teneur en THC dans les joints est le plus souvent de 10% à 20%, voire de 30%, ce qui multiplie d'autant les taux de THC par plusieurs dizaines de ng/ml dans le sang³.

Le Dr Bernard Boutet, médecin de famille, exerce à la Clinique médicale Lévis-Métro. Il est également diplômé du programme de médecine d'assurance et d'expertise de l'Université de Montréal.

Il faut conseiller aux patients qui consomment du cannabis séché de ne pas prendre le volant pendant au moins :

- a) quatre heures après l'inhalation (niveau II) ;
- b) six heures après l'ingestion (niveau II) ;
- c) huit heures après l'inhalation ou l'ingestion si le patient est euphorique (niveau II).

La consommation de cannabis avant de prendre le volant est un facteur de risque indépendant d'accidents de véhicules motorisés. Il faut conseiller aux patients d'éviter de prendre le volant pendant au moins quatre heures après l'inhalation ou au moins six heures après l'ingestion et pendant huit heures s'ils sont euphoriques.

Il convient cependant de noter que « Santé Canada est d'avis que la capacité de conduire ou de faire des activités exigeant la vigilance pourrait être affaiblie pour une période pouvant aller jusqu'à 24 heures après une seule consommation ».

Source : 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 : le Collège ; 2014. 26 p. Reproduction autorisée.

Après avoir fumé un joint, l'effet se manifeste rapidement, soit en quelques minutes à peine. Le pic d'action se situe ainsi dans la première heure, mais les effets durent de deux à quatre heures. Chez certaines personnes, des incapacités motrices sont même notées jusqu'à 24 heures après la consommation. La tolérance aux effets du cannabis étant variable d'une personne à l'autre et la teneur en THC de la marijuana consommée étant souvent inconnue, il faudrait recommander aux patients de ne pas conduire pendant au moins de quatre à six heures après avoir fumé un joint, recommandation appuyée par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) (encadré 1⁷). Il est à noter que les effets perdurent bien après la diminution du taux de THC dans le sang.

Pour le cannabis en ingestion, le début d'action est retardé de 30 à 60 minutes et le pic est moins élevé pour le cannabis en vaporisation ou en inhalation. L'effet perdure toutefois environ de huit à douze heures. En outre, l'absorption est variable d'une consommation à l'autre chez la même personne. Il est donc pertinent de déconseiller la conduite automobile dans les huit à douze heures.

Il importe de prendre conscience que de faibles quantités de marijuana en poids équivalent à des consommations importantes. En effet, un joint moyen contient de 0,5 g à 1 g de cannabis. Or, selon plusieurs études, les bienfaits thérapeutiques sont présents à des quantités consommées de 0,5 g à 1,5 g de cannabis par jour. La grande majorité des Canadiens inscrits au programme de Santé Canada pour une autorisation légale de marijuana à des fins thérapeutiques ont l'autorisation d'en posséder pour une consommation quotidienne de 1 g à 3 g. Ainsi, pour tout patient consommant plus de 3 g par jour, soit plus de trois à six joints (dont la grosseur et la teneur en cannabis peuvent varier considérablement), le médecin doit se questionner sérieusement sur la présence d'un trouble de consommation de cannabis ou même sur une déviation à des fins de vente illégale.

La conduite des personnes qui font une utilisation prolongée de cannabinoïdes, en particulier sous forme pharmaceutique, semble moins touchée par la consommation de cannabis. En effet, ces patients auraient tendance à développer une certaine tolérance qui réduirait au minimum le risque pour la conduite automobile. Ce phénomène a également été constaté pour plusieurs médicaments et substances psychoactives. Par ailleurs, on ne peut passer sous silence l'effet cumulatif de la consommation simultanée de substances psychoactives et d'alcool, dont l'influence néfaste sur la conduite a été prouvée. Il y a ici un effet potentialisateur évident.

En ce qui concerne les autres drogues psychoactives, il n'existe pratiquement pas de consensus sur leur effet sur la conduite. Cependant, en tant que clinicien, vous devez utiliser vos connaissances et votre jugement clinique pour élaborer des stratégies afin de conseiller de façon pertinente vos patients sur les risques de conduire une automobile sous l'effet de substances psychoactives. N'oublions pas que la conduite nécessite un degré de vigilance, une capacité de jugement et des fonctions exécutives intactes.

COMMENT REMPLIR LA SECTION 7 DU FORMULAIRE M-28

En tant que médecin de famille, vous êtes fréquemment appelé à remplir le formulaire M-28 (*Rapport d'examen médical*) prescrit par la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour vos patients. Bien que la majorité des questions concernent les antécédents médicaux, certaines font référence aux capacités fonctionnelles et d'autres, aux habitudes de consommation de médicaments et d'autres substances. Dans certains cas, il peut être un peu plus difficile d'y répondre, notamment en ce qui a trait aux questions de la section numéro 7 sur les troubles psychiatriques et les abus de substances psychoactives. Comment répondre à cette question ?

ENCADRÉ 2 | RÈGLEMENT RELATIF À LA SANTÉ DES CONDUCTEURS

Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2, a. 619, par. 2° et 8°)

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.

Source : Québec. Règlement relatif à la santé des conducteurs. Section VII : Troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances. *Gazette officielle du Québec* 2015 ; 147 (25) : 1746-52. Site Internet : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=62449.pdf> (Date de consultation : janvier 2015). Reproduction autorisée.

Il faut d'abord chercher à établir un diagnostic de toxicomanie. Le *Règlement relatif à la santé des conducteurs* fait référence à « l'édition courante du DSM », soit le *DSM-5*. Il existe plusieurs outils cliniques très pertinents pour repérer les problèmes de consommation et en faire l'évaluation. Le questionnaire « CAGE » en est un. La description de ces outils va au-delà des objectifs du présent article, mais le lecteur est invité à consulter l'article intitulé : « Osez interroger vos patients sur l'alcool! », paru dans *Le Médecin du Québec* de février 2009 au <http://lemedecinquebec.org/Media/103866/027-034DreAllard0209.pdf> pour en savoir plus. De plus, il peut être très pertinent de questionner le patient sur d'éventuelles arrestations pour facultés affaiblies, sur des accidents et des accrochages passés, sur des antécédents de blessures plus ou moins accidentelles, sur de l'absentéisme au travail ou à l'école, etc. Ces données pourraient vous mettre sur la piste d'un possible problème de toxicomanie.

Mais avant de cocher « oui » à la question sur la présence d'un trouble de consommation de substances psychoactives, le clinicien doit confirmer son diagnostic en fonction des critères du *DSM-5*⁸, selon l'information existante, à savoir s'il y a un effet fonctionnel physique, psychique ou social. Il ne faut donc pas mentionner une consommation régulière de substances psychoactives si elle ne répond pas aux critères diagnostiques de l'abus ou de la dépendance à une substance psychoactive. Si vous conseillez une diminution de la consommation de substances psychoactives pour

des raisons médicales (hypertension, trouble dépressif, etc.) à un patient qui ne répond pas aux critères diagnostiques de troubles liés à l'usage de substances, vous ne devez pas l'inscrire sur le formulaire M-28.

Il importe également de préciser sur le formulaire si le client est en rémission, selon l'absence de critères diagnostiques du *DSM*, même s'il ne pratique pas nécessairement l'abstinence absolue.

TROUBLES DE LA CONSOMMATION : ET SI JE COCHE « OUI » ?

Il faut d'abord se rappeler que la conduite automobile au Québec est un privilège qui est assorti d'obligations réglementaires clairement définies dans la loi et les règlements⁹ (encadré 2⁸).

En vertu de l'article 29 du *Code de la sécurité routière*, lorsque le médecin indique sur le formulaire M-28 un trouble modéré ou important lié à la consommation de substances psychoactives, la SAAQ suspendra le permis de conduire du conducteur et l'obligera à suivre le plan d'encadrement établi par un conseiller en toxicomanie conformément au Programme d'évaluation et de réduction du risque de conduite avec les capacités affaiblies (PECA) de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ). Ce programme a été mis sur pied en 1997 pour permettre à la SAAQ de prendre une décision éclairée quant à la récupération du permis de conduire ou à son maintien. Cependant, si le

conducteur prouve qu'il est en rémission prolongée (plus de douze mois), la SAAQ n'exigera pas une évaluation auprès de l'ACRDQ et ne suspendra pas le permis de conduire, mais procédera plutôt à un suivi.

Le médecin traitant n'a pas à statuer sur la capacité de conduire d'un patient. C'est la SAAQ qui détermine l'aptitude à conduire un véhicule. Cependant, en vertu du *Code de déontologie des médecins* et de l'article 603 du *Code de la sécurité routière*, le médecin ne peut se soustraire à son obligation de signaler toute situation possiblement problématique liée à la conduite. Rappelons que l'article 605 du même code stipule ce qui suit: « aucun recours en dommages ne peut être intenté contre un professionnel de la santé pour s'être prévalu des dispositions de l'article 603 du *Code de la sécurité routière*. »

Par ailleurs, la rencontre avec le patient et l'anamnèse sur ses habitudes de consommation restent pour le médecin une occasion privilégiée de faire de la sensibilisation concernant la conduite sécuritaire et la consommation de substances psychoactives.

CONCLUSION

Pour plusieurs substances, les données probantes sur leur effet sur la conduite automobile sont peu abondantes. Les expériences récentes permettent toutefois de conclure que la consommation de cannabis interfère considérablement avec les performances de conduite. Il importe aussi de souligner qu'il est extrêmement difficile pour le patient, voire impossible, de connaître la concentration ou la nature de la substance ingérée. Ainsi, divers effets peuvent être appréhendés. Et c'est sans compter les « mélanges » possibles!

Les policiers disposent de plus en plus de moyens pour repérer les conducteurs ayant les « facultés affaiblies » par les drogues. Ils utilisent des algorithmes reposant sur des critères objectifs et observables pour en venir à un tel constat.

Le médecin doit aussi garder à l'esprit son devoir non seulement d'éducation, mais aussi de dépistage et de signalement. En effet, l'obligation discrétionnaire de signalement s'inscrit dans un objectif de sécurité, de prévention et de santé publique pour tous les citoyens de la province.

POUR EN SAVOIR PLUS...

- ▶ Boutet B, Massicotte MJ. Médicaments + conduite = prudence! *Le Médecin du Québec* 2006; 41 (9): 53-8.
- ▶ Allard F. Osez interroger vos patients sur l'alcool! *Le Médecin du Québec* 2009; 44 (2): 27-34.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Il faut conseiller aux patients qui consomment du cannabis séché de ne pas prendre le volant au moins quatre heures après l'inhalation.
- ▶ La consommation de cannabis dans les heures précédant la conduite est associée à un risque relatif de 1,92 d'accident de la route engendrant des blessures sérieuses ou le décès.
- ▶ La rencontre avec le patient et l'anamnèse sur ses habitudes de consommation restent pour le médecin une occasion privilégiée de faire de la sensibilisation concernant la conduite sécuritaire et la consommation de substances psychotropes.

Date de réception : le 31 mars 2015

Date d'acceptation : le 28 avril 2015

Le Dr Bernard Boutet n'a signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Smink BE, Ruiter B, Lusthof KJ et coll. Drug use and the severity of a traffic accident. *Accid Anal Prev* 2005; 37 (3): 427-33.
2. Gosh TS, Van Dyke M, Maffey A et coll. Medical marijuana's public health lessons – Implications for retail marijuana in Colorado. *N Engl J Med* 2015; 372 (11): 991-3.
3. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis *BMJ* 2012; 344: e536.
4. Dow J, Gaudet L, Turmel E. Crash rates of Quebec drivers with medical conditions. *Ann Adv Automot Med* 2013; 57: 57-66.
5. Elvik R. Risk of road accident associated with the use of drugs: a systematic review and meta-analysis of evidence from epidemiological studies. *Accid Anal Prev* 2013; 60: 254-67.
6. Federal Highway Research Institute. *Summary of main DRUID results: Driving under the influence of drugs, alcohol and medicine*. 91^e réunion annuelle. Washington: l'Institut; 2012. Site Internet : www.druid-project.eu/Druid/EN/Dissemination/downloads_and_links/2012_Washington_Brochure.pdf?_blob=publicationFile [Date de consultation : mars 2015].
7. 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 : le Collège; 2014. 26 p.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-5)*. 5^e éd. Washington : American Psychiatric Association Publishing; 2013.
9. Québec. Troubles liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances. *Gazette officielle du Québec* 2015; 147 (25): 1746-52. Site Internet : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=62449.pdf> [Date de consultation : janvier 2015].