

## ÉDITORIAL

## Le permis de conduire progressif pour personnes âgées : retrouver un avantage de la jeunesse

Donald A. Redelmeier MD MSHSR, Matthew B. Stanbrook MD PhD

Pour la version anglaise de l'éditorial, veuillez consulter la page 1123.

Nombreux sont ceux qui, à un moment ou un autre de leur vie, deviennent incapables d'utiliser de la machinerie lourde en toute sécurité. Les voitures sont l'exemple par excellence. Certaines personnes âgées sont d'excellents conducteurs toute leur vie, alors que d'autres accumulent les comorbidités médicales, les déficiences cognitives ou les faiblesses physiques qui peuvent faire d'elles un danger pour elles-mêmes et les autres. En 2009, parmi les 2209 Canadiens qui sont morts dans des accidents de la route, 389 étaient âgés de plus de 65 ans, une incidence plus élevée que chez n'importe quel autre groupe d'âge et beaucoup plus élevée que chez les conducteurs moitié moins âgés<sup>1</sup>. De plus, pour chaque décès, 35 autres personnes ont été blessées<sup>1</sup>.

Le rapport entre l'âge avancé et le risque que pose la conduite est complexe et influencé par des facteurs particuliers à chaque personne, comme le soutient M. Hauer dans son commentaire bien réfléchi publié dans le *JAMC*<sup>2</sup>. Néanmoins, certaines personnes âgées continuent de conduire malgré une nette détérioration de leurs capacités physiques ou mentales qui les rend médicalement inaptes à conduire. Par exemple, environ un Canadien sur quatre de plus de 65 ans atteint de démence conserve son permis de conduire, et environ un aîné sur cinq continue de conduire régulièrement<sup>3</sup>. Ces statistiques inquiètent le public et ont incité le gouvernement à agir parce que la conduite dangereuse présente des risques pour les autres<sup>4</sup>.

Autrefois, les personnes frêles renonçaient souvent à prendre le volant parce que les exigences physiques de la conduite étaient épuisantes. De nos jours, les progrès technologiques (p. ex., direction assistée, servofrein, siège électrique) ont rendu la conduite automobile de plus en plus populaire chez des personnes qui peuvent être de moins en moins aptes à conduire.

Les solutions proposées (examens de conduite sur route obligatoires, examen médical de dépistage et autres) ont suscité la controverse pour des raisons d'exactitude, d'équité, de faisabilité, d'accessibilité ou de conformité. Entre-temps, au Canada, on n'applique de restrictions sur le permis de conduire généralement qu'après une accumulation d'infractions. Cette mesure survient souvent trop tard pour prévenir les blessures. Une approche préventive comme le signalement par les médecins des conducteurs médicalement inaptes est une solution plus proactive, mais elle est peu observée, même lorsque de tels signalements sont obligatoires<sup>5</sup>.

Les solutions appliquées à l'autre extrémité du spectre d'âges pourraient être plus acceptables. Les systèmes de permis de conduire progressifs pour les jeunes conducteurs se sont révélés d'une efficacité étonnante pour prévenir les acci-

dents de la route<sup>6</sup>. En règle générale, des restrictions s'appliquent sur la conduite de nuit ou sur les autoroutes à grande vitesse, et une alcoolémie supérieure à zéro n'est pas tolérée. Ces mesures se sont traduites par une réduction de 20 à 40 % des traumatismes graves attribuables aux accidents de la route dans ce groupe d'âge, ce qui, au Canada, signifie la prévention d'environ 100 décès par année chez les adolescents.

Les avantages indéniables pour les jeunes conducteurs donnent à penser qu'une politique de permis progressifs pour les personnes âgées mérite d'être sérieusement étudiée. Selon cette approche, un permis de conduire sans restriction deviendrait automatiquement un permis avec restrictions, ce qui permettrait aux aînés de continuer à conduire, mais uniquement dans des conditions routières relativement favorables. Le principe est le même que dans le cas des permis progressifs pour les jeunes conducteurs, c'est-à-dire de prévenir les traumatismes plutôt que d'attendre qu'une série d'incidents se produisent avant d'agir. Le temps optimal de transition serait discutable, mais pourrait être fondé sur l'âge, la retraite ou d'autres points de référence à déterminer.

Le permis de conduire restrictif doit par ailleurs comporter des exemptions pour les personnes âgées en bonne santé qui peuvent présenter une attestation de leur médecin. Ce concept change la donne en plaçant le médecin dans une position positive de cautionnement du permis de conduire intégral, plutôt que de toujours se trouver à être l'auteur d'une demande de permis restrictif. Logiquement, cette approche ne diffère nullement des procédures existantes selon lesquelles les médecins attestent de l'admissibilité à un permis de stationnement adapté. Les médecins pourraient utiliser des outils externes (dont certains sont actuellement à l'étude) pour déterminer l'aptitude à conduire et éclairer leur jugement.

Il serait sans doute plus efficace de faire porter aux patients la responsabilité de demander une exemption médicale plutôt que de compter sur les autres pour entamer des discussions au sujet d'une suspension pour raisons médicales. La possibilité d'obtenir un permis restrictif pourrait en outre atténuer l'approche polarisée du tout-ou-rien qui nuit au détestable signalement des conducteurs de tout âge médicalement inaptes. Qui plus est, une option d'exclusion plutôt que d'inclusion pour le permis de conduire serait en harmonie avec les politiques de sécurité en place dans le cas des pilotes d'avion, des programmes de vaccination pour les enfants et des examens de conduite commerciale.

Les permis de conduire progressifs servent à assurer la sécurité des jeunes conducteurs. Offrons donc le même avantage aux personnes âgées.

## Références

1. Statistiques sur les collisions de la route au Canada 2009. Ottawa (Ont.) : Transports Canada; 2009. Disponible : <http://www.tc.gc.ca/fra/securiteroutiere/tp-tp3322-2009-1173.htm> (consulté le 13 mars).
2. Hauer E. In defence of older drivers. *CMAJ* 2012;184:E305-6.
3. Turcotte M. *Profil des habitudes liées au transport chez les aînés*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2012. No de catalogue 11-008-XWF.
4. Welsh M, Sher J. Ontario says tougher rules expected for drivers with dementia. *The Toronto Star*. Le 21 février 2012. Disponible : [www.thestar.com/news/canada/politics/article/1134253-ontario-says-tougher-rules-expected-for-drivers-with-dementia](http://www.thestar.com/news/canada/politics/article/1134253-ontario-says-tougher-rules-expected-for-drivers-with-dementia) (consulté le 12 mars 2012).
5. Redelmeier DA, Venkatesh V, Stanbrook MB. Mandatory reporting by physicians of patients potentially unfit to drive. *Open Med* 2008;2:e8-17.
6. Shope JT. Graduated driver licensing: review of evaluation results since 2002. *J Safety Res* 2007;38:165-75.

**Intérêts concurrents :** Aucun déclaré par Donald Redelmeier. Se rendre à [www.cmaj.ca/site/misc/cmaj\\_staff.shtml](http://www.cmaj.ca/site/misc/cmaj_staff.shtml) pour les déclarations de Matthew Stanbrook.

**Affiliations :** Donald Redelmeier est professeur de médecine à l'Université de Toronto (Ontario). Matthew Stanbrook est rédacteur adjoint, Recherche, *JAMC*.

**Correspondance à :** Éditeur du *JAMC*, [pubs@cmaj.ca](mailto:pubs@cmaj.ca)

## RÉSUMÉS DE RECHERCHE

## Le zinc pour le traitement du rhume banal : revue systématique et méta-analyse des essais randomisés et contrôlés

Michelle Science MD, Jennie Johnstone MD, Daniel E. Roth MD PhD, Gordon Guyatt MD MSc, Mark Loeb MD MSc

Pour la version anglaise de ce résumé, veuillez consulter la page 1152.

**Contexte :** Les résultats d'essais randomisés et contrôlés qui évaluent le zinc dans le traitement du rhume banal sont contradictoires. Nous avons réalisé une revue systématique et une méta-analyse afin de vérifier l'efficacité et l'innocuité du zinc pour cette indication.

**Méthodes :** Nous avons interrogé des bases de données électroniques et d'autres sources pour repérer les études publiées jusqu'au 30 septembre 2011. Nous avons inclus tous les essais randomisés et contrôlés qui comparaient une préparation de zinc administrée par voie orale à un placebo ou à l'absence de traitement. L'évaluation des études en vue de leur inclusion, l'extraction des données et les analyses de risque de biais ont été effectuées en double. Nous avons réalisé les méta-analyses à l'aide d'un modèle à effets aléatoires.

**Résultats :** Nous avons inclus 17 essais qui regroupaient en tout 2121 participants. Comparativement aux patients sous placebo, les patients qui ont reçu du zinc ont présenté des symptômes du rhume de plus courte durée (différence moyenne -1,65 jours, intervalle de confiance [IC] à 95 % -2,50 à -0,81); toutefois, l'hétérogénéité

était élevée ( $I^2 = 95\%$ ). Le zinc a abrégé la durée des symptômes du rhume chez l'adulte (différence moyenne -2,63, IC à 95 % -3,69 à -1,58), mais on n'a observé aucun effet significatif chez l'enfant (différence moyenne -0,26, IC à 95 % -0,78 à 0,25). L'hétérogénéité est restée élevée dans toutes les analyses de sous-groupes, y compris selon l'âge, la dose de zinc ionisé et le type de préparation. Les réactions indésirables (risque relatif [RR] 1,24, IC à 95 % 1,05 à 1,46), mauvais goût (RR 1,65, IC à 95 % 1,27 à 2,16) et nausées (RR 1,64, IC à 95 % 1,19 à 2,27), ont été plus fréquentes dans le groupe qui prenait du zinc plutôt qu'un placebo.

**Interprétation :** Les résultats de notre méta-analyse ont révélé que les préparations orales de zinc peuvent abrégé la durée des symptômes du rhume banal. Toutefois, il faudra procéder à des essais volumineux et très rigoureux avant de formuler des recommandations définitives pour la pratique clinique. Les réactions indésirables ont été fréquentes et devront faire l'objet d'études futures puisqu'il faut pouvoir compter sur un bon profil d'innocuité et de tolérabilité lorsqu'on traite cette maladie généralement bénigne.

**Intérêts concurrents :**  
Aucun déclaré.

Cet article a été revu par les pairs.

**Correspondance à :**  
D<sup>r</sup> Michelle Science,  
[michelle.science@sickkids.ca](mailto:michelle.science@sickkids.ca)

## Inhalation de cannabis pour la spasticité dans la sclérose en plaques : Essai randomisé avec témoins sous placebo

Jody Corey-Bloom MD PhD, Tanya Wolfson MA, Anthony Gamst PhD, Shelia Jin MD MPH, Thomas D. Marcotte PhD, Heather Bentley BA, Ben Gouaux BA

Pour la version anglaise de ce résumé, veuillez consulter la page 1143.

**Contexte :** La spasticité est un symptôme courant et difficile à maîtriser dans la sclérose en plaques. Notre objectif était de déterminer l'effet à court terme de l'inhalation de cannabis sur ce symptôme.

**Méthodes :** Nous avons réalisé un essai avec témoins sous placebo et permutation des

groupes regroupant des patients adultes atteints de sclérose en plaques accompagnée de spasticité. Nous avons recruté des participants dans une clinique régionale et certains nous ont été adressés par des spécialistes. Nous avons assigné aléatoirement les participants soit à l'intervention (inhalation de cannabis une fois par jour

**Intérêts concurrents :**  
Aucun déclaré.

Cet article a été revu par les pairs.

**Correspondance à :**  
D<sup>r</sup> Jody Corey-Bloom,  
[jcoreybloom@ucsd.edu](mailto:jcoreybloom@ucsd.edu)