

Démence



Avertissement

- À lui seul, un test cognitif ne permet pas de déterminer l'aptitude à conduire d'un patient, sauf si les scores à des tests validés se trouvent dans l'éventail des valeurs correspondant à une dysfonction grave.
- Si l'aptitude à conduire d'un patient soulève un doute, le médecin doit suggérer une évaluation plus approfondie.

8.1 Aperçu

Les tendances démographiques actuelles prédisent une augmentation majeure du nombre de conducteurs âgés d'ici les 20 prochaines années. Comme la prévalence de la démence augmente avec l'âge, le nombre de conducteurs âgés atteints de démence augmentera aussi considérablement. Les médecins doivent être au courant des déficits cognitifs qui altèrent l'aptitude à conduire.

Le terme « démence » englobe tout un groupe de maladies (c.-à-d., différents types de démence) qui peuvent exercer divers effets sur les habiletés fonctionnelles requises pour conduire de manière sécuritaire. On sait que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer manifestent un déclin prévisible de leur fonction cognitive et que le déclin de leur aptitude à conduire peut être abrupt, mais moins prévisible (Duchek et coll., 2003). Toutefois, à ce jour, aucune étude longitudinale n'a porté sur le déclin de l'aptitude à conduire associé à d'autres formes de démence. Il n'en demeure pas moins que certaines caractéristiques de ces démences pourraient avoir des implications sur l'aptitude à conduire. Par exemple, la démence vasculaire peut se manifester par des épisodes brusques d'aggravation associés à l'accumulation de lésions vasculaires. La démence de Parkinson et la démence à corps de Lewy sont souvent associées à des dysfonctions motrices, exécutives et visuospatiales susceptibles d'être dangereuses sur la route. En outre, certaines démences frontotemporales sont liées à une dysfonction exécutive et à des anomalies précoces du comportement (p. ex., difficulté à maîtriser la colère) qui rendent la conduite dangereuse. Enfin, toutes les personnes atteintes de démence sont plus sujettes au délirium et à un déclin cognitif imprévisible et soudain. On en conclut qu'il est difficile de prévoir la progression des patients atteints de démence vers une inaptitude avérée à conduire. Des revues de la littérature ont fait état d'une grande variabilité dans l'évaluation du risque de collision chez les personnes atteintes de démence, mais elles ont toutes indiqué un risque accru de déclin de l'aptitude à conduire ou d'échec lors des tests sur route, même aux stades plus bénins de démence (Man-Son-Hing et coll., 2007; Chee et coll., 2017).

8.2 Lignes directrices canadiennes antérieures

La troisième Conférence canadienne sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCD3; Hogan et coll., 2007, 2008) a proposé les recommandations suivantes en ce qui concerne l'aptitude à conduire des patients atteints de démence :

- Un diagnostic de démence ne suffit pas pour retirer le permis de conduire.
- Une démence de modérée à grave est une contre-indication à conduire.
- La conduite est contre-indiquée chez les gens qui, pour des raisons de nature cognitive, sont incapables de s'acquitter de manière autonome de plusieurs activités instrumentales de la vie quotidienne ou de toute activité fondamentale de la vie quotidienne. Ce degré d'atteinte fonctionnelle correspond à un stade de démence de modéré à grave.
- Les personnes atteintes d'une forme de démence légère doivent se soumettre à des tests complets sur et hors route dans des centres spécialisés.
- Aucun test, y compris le mini-examen de l'état mental (MMSE), n'est doté d'une sensibilité ni d'une spécificité suffisantes pour servir de seul critère de l'aptitude à conduire. Mais des résultats anormaux aux tests comme le MMSE, le test du dessin de l'horloge et le test TMT-B (*Trail Making Test B*) indiquent clairement qu'un examen plus approfondi de l'aptitude à conduire s'impose.
- Les patients atteints de démence légère qui sont jugés aptes à continuer de conduire doivent subir une réévaluation tous les six à 12 mois ou plus fréquemment au besoin.

Remarque : Ces recommandations sont classées de catégorie B et de niveau 3 par la CCCD3. Des preuves de bonne qualité appuient cette position. Les opinions sont exprimées par des sommités dans le domaine et reposent sur l'expérience clinique; il s'agit d'études descriptives ou de rapports de comités d'experts.

8.3 Mise à jour des recommandations tirées des lignes directrices

Pour la mise à jour de ce chapitre portant sur la démence du document *Évaluation médicale de l'aptitude à conduire – Guide du médecin* (édition 9.1) nous avons suivi le cadre proposé par le Guidelines International Network (Schünemann et coll., 2014) et le processus ADAPTE pour l'adaptation des lignes directrices de pratique clinique (<https://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>). Nous avons formé une équipe chargée d'effectuer une synthèse des connaissances et la mise à jour des lignes directrices; elle se composait de chercheurs du Canada, de l'Australie, de la Belgique, de l'Irlande, de l'Angleterre et des États-Unis. Les recommandations du tableau 2 se fondent sur ce processus rigoureux fondé sur des données probantes (Rapoport et coll., 2018).

8.4 Signalement en fonction du stade de la démence

À ce jour, on ne dispose d'aucune ligne directrice publiée quant au moment où les patients atteints de démence ou d'un déficit cognitif légers doivent faire l'objet d'un signalement obligatoire par le médecin (tableau 1 de la section 3 du présent guide). Il est toutefois clair,

compte tenu des lignes directrices énumérées à la section 8.2 ci-dessus, que les patients atteints de démence de modérée à grave doivent faire l'objet d'une déclaration.

Il n'est pas facile de déterminer à quel moment un patient franchit le seuil entre démence légère et démence modérée. Comme règle de base, la CCCD3 a défini la démence modérée comme la perte d'au moins une activité fondamentale de la vie quotidienne (AVQ) ou plus, ou la perte de deux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) ou plus (y compris gestion des médicaments, transactions bancaires, achats, utilisation du téléphone, préparation des repas) en raison de troubles cognitifs.

On peut aussi établir le stade de la démence au moyen de l'échelle *CDR Dementia Staging Instrument* (<https://knightadrc.wustl.edu/cdr/cdr.htm>). Un score de 2 (démence modérée) ou 3 (démence grave) sur cette échelle empêcherait un patient de conduire. Cette échelle est malheureusement d'une utilité clinique limitée parce qu'elle requiert une formation et est rarement utilisée en médecine générale.

En principe, tout médecin qui soupçonne que les troubles cognitifs d'un patient peuvent affecter son aptitude à conduire doit diriger le patient vers une évaluation fonctionnelle à cet effet, soit sous la forme d'une évaluation en ergothérapie ou directement auprès des autorités qui délivrent les permis de conduire.

8.5 Outils pour le dépistage des troubles cognitifs

Plusieurs outils de dépistage des troubles cognitifs utilisés en cabinet ont été proposés pour déterminer quels patients sont les plus susceptibles d'avoir de la difficulté à conduire. En majeure partie, ces outils ont été conçus pour dépister les troubles cognitifs ou la démence plutôt que pour vérifier l'inaptitude à conduire. En outre, aucun n'a encore établi de seuils fiables au-delà desquels la conduite automobile des patients devient dangereuse.

L'outil de dépistage utilisable au cabinet médical le plus étudié pour l'inaptitude à conduire est le TMT-B, qui a recommandé un seuil de 3 minutes ou de 3 erreurs, aussi connu sous le nom de « règle de 3 » (Roy et Molnar, 2013). Les données probantes qui se font jour suggéreraient des seuils plus brefs, mais il est trop tôt pour apporter des changements de ce type, compte tenu des preuves limitées actuellement disponibles.

Certains tests de dépistage auraient prétendument été conçus pour déterminer l'aptitude à conduire, mais ces tests ne se sont pas révélés dotés d'une valeur prédictive; on ne peut donc pas fonder la décision de délivrer les permis de conduire uniquement sur la base de leurs résultats. Comme le formule la recommandation 6a, au tableau 2, aucun des tests actuellement offerts n'est doté d'une sensibilité ou d'une spécificité suffisantes pour prédire de manière précise en cabinet médical l'aptitude d'une personne à conduire dans toutes les situations, mais certains peuvent être utiles selon le cas. Si la fonction cognitive est suffisamment altérée (c.-à-d., si les résultats sont tellement mauvais que la sensibilité d'un test ne pose pas de problème), les résultats peuvent être assez spécifiques (c.-à-d., peu susceptibles d'être faux) pour justifier un signalement aux autorités concernées et une révision du permis de conduire. À l'exception de telles situations sans équivoque, les conséquences d'une classification erronée dans un sens ou dans l'autre sur la base des tests cognitifs actuels peuvent être substantielles, tant pour

les conducteurs aptes privés à tort de leur autonomie, que pour les conducteurs inaptes qui continuent de circuler, et posent ainsi un risque pour eux-mêmes et la société.

Il est recommandé que les médecins utilisent plus d'un outil de dépistage des troubles cognitifs. Si les résultats des tests cognitifs comme le MMSE, le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA®; <http://www.mocatest.org>), le test du dessin de l'horloge, le test TMT-B ou d'autres tests effectués au cabinet médical sont nettement anormaux (c.-à-d., inquiétants, spécifiques et fiables), il faut se demander si le patient est atteint de démence modérée ou grave en tenant compte de ses antécédents et en se rappelant que la démence modérée ou grave constitue une contre-indication à la conduite automobile.

Il importe de ne pas utiliser à mauvais escient les outils de dépistage. Pour optimiser l'utilisation des outils de dépistage actuels, malgré les preuves limitées décrites plus haut, un article de Molnar et coll. (2012; <http://canadiangeriatrics.ca/wp-content/uploads/2016/12/Dementia-and-Driving-Maximizing-the-Utility-of-In-Office-Screening-and-Assessment-Tools.pdf>) suggère d'appliquer les principes suivants aux tests de dépistage effectués au cabinet médical :

- **Vérifiez si le résultat du test concorde avec d'autres formes de preuves** — Les résultats du test concordent-ils avec les antécédents signalés par le patient, par la personne aidante ou les proches et avec les résultats d'autres tests? À l'inverse, le résultat de ce test isolé est-il marginal? Est-il un reflet fidèle de la réelle capacité fonctionnelle du patient?
- **Assurez-vous de savoir ce que vous mesurez vraiment** — Assurez-vous que les mauvais scores ne sont pas attribuables à des variables de confusion, comme la barrière linguistique, un faible niveau d'instruction, la dyslexie, l'anxiété de performance, la dépression ou certains déficits sensoriels.
- **Tenez compte de l'évolution de la maladie du patient** — Vérifiez si l'on s'attend à ce que l'état du patient s'améliore (p. ex., délirium, traumatisme crânien récent, AVC récent), reste stable (p. ex., traumatisme crânien stable, AVC stable) ou se détériore (p. ex., troubles dégénératifs, tels que démence, maladie de Parkinson).
- **Comprenez votre rôle** — Même dans les provinces ou les territoires où le signalement est obligatoire, le rôle des médecins n'est pas de déterminer directement l'aptitude à conduire, mais plutôt de faire rapport sur les résultats cliniques qui éveillent des soupçons quant à l'aptitude à conduire. Les autorités qui délivrent les permis de conduire décident ensuite si le patient est apte à conduire ou s'il a besoin de tests plus approfondis, en se basant en partie sur les renseignements corrects, honnêtes et rapides fournis par les médecins.
- **Faites preuve de jugement et réfléchissez à la gravité des résultats** — Regardez l'ensemble de la situation, y compris toute restriction sur les plans physique et comportemental. Il est parfois évident qu'un patient n'est pas apte à conduire, compte tenu de mauvais résultats aux tests validés, de comportements dangereux, de limites physiques importantes ou d'une atteinte fonctionnelle importante. N'ayez pas peur de baser votre jugement sur n'importe laquelle des atteintes manifestes qui pourraient ainsi être mises au jour.

- **Tenez compte des aspects qualitatifs et dynamiques du test** — Lorsqu'on interprète les résultats d'un test, il ne faut pas tenir compte uniquement du score, mais aussi des éléments dynamiques et qualitatifs de la façon dont le patient a exécuté le test, par exemple, lenteur, hésitations, anxiété ou crise de panique, comportement impulsif ou compulsif, manque de concentration, multiples corrections, oubli des consignes ou incapacité de comprendre le test. Ces signes peuvent pointer en direction d'autres types d'atteintes qui risquent de nuire à l'aptitude à conduire.

Pour faciliter la prise de décision, le médecin devrait se poser les deux questions suivantes après avoir pris connaissance des résultats des tests cognitifs et de l'examen physique et du dossier de conduite de la personne :

Compte tenu des résultats de mon évaluation clinique :

- Est que je laisserais un être cher monter en automobile avec ce patient au volant?
- Est-ce que j'aimerais qu'un être cher traverse la rue devant une automobile conduite par ce patient?

Pour chaque question, il y a 3 réponses possibles : « oui » (rien n'indique qu'il faille demander des examens plus approfondis), « j'hésite » (il faut procéder à des examens plus approfondis) et « absolument pas » (le risque est manifestement trop élevé, et donc, l'évaluation du médecin quant à l'aptitude du patient à conduire devrait être transmise aux autorités concernées et le patient devrait être informé de s'abstenir de prendre le volant à moins que les autorités concernées ne l'y autorisent).

Les résultats des tests ne sont pas considérés isolément, mais bien dans le contexte d'approches plus étoffées, comme le décrivent les sources suivantes :

1. Article du numéro de novembre 2010 de la revue *Le médecin de famille canadien* (Molnar et Simpson, 2010). [En ligne]. Accessible ici : www.cfp.ca/content/56/11/1123.full.pdf+html.
2. Article sur les trousse à outils concernant la conduite et la démence dans la revue *Canadian Geriatrics Society Journal of CME* (Byszewski, Molnar et coll., 2012). [En ligne]. Accessible ici : <http://canadiangeriatrics.ca/wp-content/uploads/2016/11/Diving-and-Dementia-Toolkits.pdf>.
3. *La conduite automobile et la démence : Trousse d'information à l'intention des professionnels de la santé*, mise au point par le Réseau de la démence de la région Champlain et le Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.rgpeo.com/en/health-care-practitioners/resources/driving.aspx>.

8.6 Quand l'aptitude à conduire reste indéterminée

Certaines provinces, soit le Québec, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, offrent des tests de conduite sur route financés par les ministères concernés pour les conducteurs potentiellement inaptes, y compris ceux qui éprouvent des problèmes cognitifs.

Dans les autres provinces qui n'offrent pas ces tests routiers du système public, le patient doit payer pour le test routier complet dont le coût peut atteindre 800 \$ et qui est appliqué par une entreprise privée approuvée par les autorités concernées, généralement sous la supervision d'un ergothérapeute.

Les médecins doivent se renseigner sur les dispositions particulières en vigueur dans leur province ou territoire et informer les patients et leurs proches que le test routier devra être répété tous les six à 12 mois, même si la personne atteinte de démence réussit le test initial.

8.7 Conseils aux patients atteints de démence qui peuvent encore conduire de manière sécuritaire

Pour aider un patient atteint de démence à se préparer à ne plus conduire un jour, le médecin peut remettre au patient et à sa famille un exemplaire de *Conduite automobile et démence – trousse d'information à l'intention des personnes atteintes et de leurs aidants*, accessible à l'adresse <https://www.caa.ca/wp-content/uploads/2016/06/d-d-toolkit-pt-crgvr-fre-with-hyperlinks.pdf>. L'aptitude à conduire du patient doit être réévaluée tous les six à 12 mois, ou plus fréquemment si le déclin cognitif s'aggrave (conformément à la recommandation 7 du tableau 2). Pour plus de renseignements sur la retraite de la conduite automobile, consultez la section 4.

8.8 Annonce au patient de son inaptitude à conduire

Lorsqu'un patient se révèle inapte à continuer de conduire, la discussion qu'il aura avec son médecin est délicate, puisque des mots mal choisis pourraient grandement le perturber, voire le traumatiser, alors que l'intention est de l'aider de manière compatissante à franchir cette étape difficile de la vie. Pour des conseils sur la meilleure façon d'aborder cette conversation délicate, consultez l'article suivant qui relate une étude de cas (Byszewski, Aminzadeh et coll. 2012; <http://canadiangeriatrics.ca/wp-content/uploads/2016/11/Disclosing-Driving-Cessation-in-the-Context-of-Dementia.pdf>).

8.9 Suivi après la divulgation de l'inaptitude à conduire

On a établi un lien entre la perte du permis de conduire, l'isolement social et la dépression. Lorsque le permis d'une personne atteinte de démence a été révoqué, le médecin doit donc rester à l'affût de ce type de problème en faisant un suivi périodique. Il faut également impliquer les proches et obtenir leur aide pour créer un réseau qui veillera au transport du patient, non seulement à ses rendez-vous (chez le médecin, à la banque), mais aussi à ses activités sociales, qui sont nécessaires au maintien de la qualité de vie.

8.10 Contre-mesures

Il y a peu de données appuyant la sécurité des permis avec restriction, le copilotage ou d'autres contre-mesures dans le cas des personnes atteintes de démence (Iverson et coll., 2010).

TABLEAU 2 : Consensus autour des recommandations sur l'aptitude à conduire des patients atteints de démence*

N°	Recommandation	Catégorie de preuve	Consensus †
1	La démence a souvent un effet direct sur l'aptitude à conduire et les médecins doivent se préoccuper des déficits cognitifs susceptibles d'affecter l'aptitude à conduire.	C	96,6 %
2	À lui seul, le diagnostic de démence ne suffit pas pour retirer le permis de conduire.	A	93,8 %
3	La démence grave est une contre-indication absolue à la conduite.	C	96,6 %
4	Il est peu probable qu'une conduite sécuritaire puisse être maintenue en présence de démence modérée (p. ex., présence concomitante d'incapacités aux plans des AVQ fondamentales) et la conduite doit être fermement découragée. Si un patient souhaite continuer de conduire, il doit être évalué et suivi très étroitement.	B	92,4 %
5a	Les personnes atteintes de démence qui perdent progressivement deux AIVQ ou plus en raison de déficits cognitifs (sans problème au plan des AVQ fondamentales) risquent davantage d'être inaptes à conduire.	A	95,2 %
5b	Les personnes atteintes de démence qui perdent progressivement deux AIVQ ou plus en raison de déficits cognitifs (sans problème au plan des AVQ fondamentales) risquent davantage d'être inaptes à conduire.	B	93,8 %
6a	Aucun test effectué au cabinet médical, y compris les tests de dépistage globaux des déficits cognitifs (p. ex., MMSE, MoCA) n'est à lui seul doté d'une sensibilité ou d'une spécificité suffisantes pour déterminer l'aptitude à conduire <i>dans tous les cas</i> .	A	97,2 %
6b	Toutefois, les anomalies à ces tests pourraient indiquer qu'un conducteur est à risque et doit subir une évaluation plus approfondie.	B	95,9 %
6c	Les scores substantiellement anormaux, typiquement associés à la démence de modérée à grave, pourraient être incompatibles avec une conduite sécuritaire.	C	84,1 %
6d	En cas de doutes persistants, il faut demander l'opinion d'un spécialiste.	C	81,4 %

à la suite

7	Les patients atteints de démence légère qui sont jugés aptes à continuer de conduire doivent être réévalués tous les six à 12 mois ou plus fréquemment au besoin.	B	93,1 %
8a	Le médecin qui soupçonne que les troubles cognitifs d'un patient peuvent affecter son aptitude à conduire doit diriger le patient vers une évaluation fonctionnelle à cet effet, soit en ergothérapie, soit directement auprès des autorités qui délivrent les permis de conduire.	C	85,5 %
	8b Si des éléments de l'anamnèse, de l'examen physique ou de l'examen cognitif donnent clairement à penser que le patient et le public sont exposés à un risque d'accident ou de handicap, le patient et la personne-ressource/proche aidante doivent être informés que le patient ne doit pas conduire, et cet échange (y compris, la date et les personnes présentes) doit être consigné au dossier.	C	96,6 %
	8c Les médecins doivent se familiariser avec leurs obligations en ce qui a trait à la déclaration de l'inaptitude à conduire dans leur province ou territoire, respecter le code d'éthique de leur profession et agir de manière à ce que les mécanismes en place de retrait de la route des conducteurs inaptes soient opérationnels, rapides et efficaces.	C	85,5 %
9a	Les proches aidants sont souvent mieux placés pour prédire le caractère sécuritaire de la conduite que les patients eux-mêmes, mais dans certains cas, il se peut que les proches aidants aient un intérêt à protéger l'autonomie du patient au-delà d'un seuil sécuritaire...	C	82,1 %
	9b ... Donc, l'inquiétude d'un aidant au sujet de l'inaptitude à conduire n'est pas à prendre à la légère...	B	96,6 %
	9c ... et la possibilité d'un conflit d'intérêts entourant le maintien du permis de conduire doit entrer en ligne de compte si le proche aidant ne paraît pas préoccupé.	C	92,4 %

à la suite

10	Les comorbidités, les problèmes de santé physique et la polypharmacologie doivent aussi entrer en ligne de compte lorsqu'on évalue l'aptitude à conduire.	C	93,1 %
11	Nous recommandons une évaluation formelle en présence de troubles du comportement (p. ex., agitation, changement de personnalité, psychose) susceptibles d'interférer avec l'aptitude à conduire.	C	85,5 %
12	Les patients qui présentent un important trouble du langage, p. ex., aphasie primaire progressive ou autre type d'aphasie dans un contexte de démence, ne peuvent pas être soumis à des tests de dépistage typiques adéquats utilisant le langage et ils requièrent une évaluation plus pointue avec un orthophoniste ou un neuropsychologue, une évaluation fonctionnelle (AIVQ, AVQ) et/ou un examen de conduite formel.	C	84,1 %
13	Comme dans le cas de plusieurs autres maladies progressivement invalidantes qui forcent le retrait du permis de conduire, cette éventualité doit être abordée le plus tôt possible avec le patient.	C	89,0 %
14a	Le retrait du permis de conduire a été associé à l'isolement social, à la dépression et à d'autres problèmes de santé.	C	90,3 %
	14b Par conséquent, il est important d'effectuer un suivi à cet égard auprès des personnes atteints de démence à qui on a retiré le permis de conduire.	C	87,6 %

**Adapté et traduit avec l'autorisation du Springer Nature Customer Service Centre GmbH : Springer Science+Business Media, LLC, du groupe Springer Nature, Current Psychiatry Reports, "An international approach to enhancing a national guideline on driving and dementia" par M. J. Rapoport, J.N. Chee, D. B. Carr, et coll., © 2018. Pour les méthodes spécifiques et un commentaire détaillé sur ces recommandations, voir l'article source (Rapoport et coll., 2018) (<https://link.springer.com/journal/11920>).*

†Le consensus fait référence au pourcentage des 145 participants au processus d'évaluation qui a appuyé chaque recommandation.

Note : AVQ = activité de la vie quotidienne, AIVQ = activité instrumentale de la vie quotidienne, MMSE = Mini-Mental State Examination, MoCA = Montreal Cognitive Assessment.