

Conduite automobile et démence

Approche efficace aux préoccupations de sécurité au volant dans la pratique familiale

Linda Lee MD MCISc(FM) CCFP(COE) FCFP Frank Molnar MSc MDCM FRCPC

Résumé

Objectif Fournir aux médecins de première ligne une approche relative aux préoccupations de sécurité au volant lorsque les personnes âgées présentent des troubles de mémoire.

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- L'évaluation de la sécurité au volant chez les patients qui présentent une atteinte cognitive est un défi de taille en soins de première ligne. Les examens pratiques (sur la route) demeurent la façon la plus précise de déterminer si une personne est apte à conduire, mais ces examens sont excessivement coûteux et ne sont pas offerts dans toutes les régions. Le présent article s'intéresse à une approche pratique pour l'évaluation en cabinet de la sécurité au volant chez les patients âgés qui présentent des troubles cognitifs.
- Il n'existe pas de test unique à faire en cabinet pouvant fidèlement déterminer si un patient qui présente un déficit cognitif est en mesure de prendre le volant. Les données laissent croire à une plus grande utilité des batteries de tests cognitifs plutôt que des tests individuels. Le programme agréé de formation de la clinique de la mémoire du Centre for Family Medicine tient compte d'observations spécifiques tirées de l'anamnèse corroborée et des tests cognitifs pour évaluer la sécurité au volant.
- Cette approche à plusieurs volets veille à ce que les résultats des tests cognitifs soient interprétés dans un contexte clinique et à ce qu'aucun test à lui seul ne soit mal utilisé pour évaluer la sécurité au volant.



Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2017;63: e9-14

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the January 2017 issue on page 27.

Sources d'information L'approche est fondée sur un programme de formation agréé des cliniques de la mémoire, élaboré par la clinique de la mémoire du Centre for Family Medicine.

Message principal L'un des aspects les plus difficiles des soins aux personnes atteintes de démence est l'évaluation de la sécurité au volant. Les conducteurs atteints de démence présentent un risque plus élevé de collisions, quoique de nombreux conducteurs dont l'atteinte est légère soient aptes à conduire pendant encore plusieurs années. Puisque l'aptitude à conduire dépend de multiples compétences cognitives et fonctionnelles, de nombreux facteurs entrent en jeu lorsque les cliniciens déterminent si les sujets de préoccupation en matière de cognition se répercutent sur l'aptitude à conduire. Les observations spécifiques tirées de l'anamnèse corroborée et des tests cognitifs effectués en cabinet pourraient aider le médecin à décider s'il doit recommander le patient à un examen pratique complet et aviser les autorités provinciales du transport, conformément aux exigences en matière de déclarations. La communication doit être axée sur le patient et menée avec tact.

Conclusion Les médecins de première ligne doivent tenir compte de plusieurs facteurs lorsqu'ils déterminent si les sujets de leurs préoccupations en matière de cognition pourraient se répercuter sur l'aptitude des conducteurs âgés à prendre le volant.

Pour les cliniciens de première ligne, l'un des aspects les plus difficiles des soins aux personnes atteintes de démence est l'évaluation de la sécurité au volant¹⁻⁴. La conduite automobile est une tâche complexe et, avec le vieillissement, le déclin de la fonction cognitive pourrait perturber l'aptitude des patients à prendre les commandes d'un véhicule motorisé en toute sécurité. Par rapport à des témoins appariés en fonction de l'âge, les conducteurs atteints de démence présentent dans l'ensemble un risque 2,5 à 4,7 fois plus élevé d'être impliqués dans une collision⁵, quoique beaucoup de personnes atteintes de démence puissent conduire pendant encore plusieurs années⁶. Quelques révisions utiles ont donné une piste à suivre concernant la démence et la conduite automobile⁷⁻¹⁰, mais sa mise en œuvre pratique est encore un défi pour le généraliste occupé. Même si aucun test en cabinet n'est doté de scores seuils avec propriétés psychométriques validées permettant de l'utiliser seul pour

déterminer en toute confiance l'aptitude d'un patient à prendre le volant dans toutes les situations¹¹, cela ne signifie pas que les tests en cabinet sont totalement inutiles aux cliniciens de première ligne. Il faut toujours prendre des décisions en matière de sécurité au volant lors de l'évaluation des personnes pouvant présenter un déficit cognitif. Un médecin qui ne sait pas qu'une personne atteinte de démence conduit n'est pas protégé des répercussions juridiques si cette personne est responsable d'une collision. Cet article s'arrête sur une approche à l'évaluation de la sécurité au volant chez les personnes âgées chez qui le déficit cognitif est préoccupant. Comme le souligne le modèle de raisonnement clinique de la clinique de la mémoire du Centre for Family Medicine (CFFM), publié dans *Le Médecin de famille canadien* (<http://www.cfp.ca/content/59/3/e129.full.pdf>)¹², cela représente l'étape 7 d'une approche structurée en soins de première ligne aux patients qui présentent des troubles de mémoire.

Description de cas

Édouard est un avocat à la retraite de 78 ans qui présente des troubles de mémoire depuis un an. Il oublie les noms et ses conversations récentes. Depuis plusieurs mois, sa conjointe a remarqué qu'il oublie de prendre ses médicaments et qu'elle a dû le lui rappeler souvent. Il a oublié de payer plusieurs factures. Il conduit la voiture, et ni lui ni sa conjointe ne sont préoccupés par sa conduite; il n'a pas eu d'accidents et n'a évité aucune collision de justesse. Il a 20 années d'études, est marié et a 2 enfants. Il consomme une quantité minimale d'alcool. Ses antécédents médicaux sont l'hypothyroïdie, la goutte et l'hyperlipidémie, pour lesquelles il prend 0,125 mg de lévothyroxine une fois par jour, 100 mg d'allopurinol une fois par jour et 20 mg d'atorvastatine une fois par jour.

Les résultats des tests de dépistage des déficits cognitifs administrés à votre bureau sont les suivants: il termine le test TMT-B (Trail Making B) en 4 minutes 7 secondes avec 0 erreur; sa capacité de terminer le TMT-A (Trail Making A) est intacte; sa capacité de copier des pentagones qui se chevauchent est intacte; et son score au MoCA (Montreal Cognitive Assessment) est de 17 sur 30 avec 0 rappel différé sur 5, il réussit le dessin d'un cube; et les aiguilles du cadran de l'horloge sont incorrectement placées.

La sécurité au volant est-elle un problème? Faut-il organiser un examen pratique complet? Son médecin de première ligne doit-il déclarer son cas aux autorités du transport?

Sources d'information

L'approche décrite dans le présent article est fondée sur un programme agréé de formation en soins primaires sur les cliniques de la mémoire, élaboré par le CFFM, lequel a été décrit en détail dans *Le Médecin de famille canadien*¹³.

Message principal

L'aptitude à conduire dépend de multiples compétences cognitives et fonctionnelles. De nombreux facteurs entrent en jeu lorsque les cliniciens déterminent si leurs sujets de préoccupation en matière de cognition se répercutent sur l'aptitude à conduire. À ce titre, une récente revue systématique appuie les batteries de tests cognitifs plutôt que les tests individuels pour prédire le rendement au volant¹⁴, et d'autres études en sont venues à la même conclusion¹⁵⁻¹⁸. À la clinique de la mémoire du CFFM¹⁹ et dans le cadre de son programme de formation¹³, lequel a permis de mettre sur pied 100 autres cliniques de la mémoire en Ontario, on tient compte de plusieurs observations spécifiques tirées de l'anamnèse corroborée et des tests cognitifs pour décider si on doit recommander le patient à un examen pratique complet et aviser les autorités provinciales du transport. Ces observations concernent entre autres une déficience du fonctionnement quotidien due à des troubles cognitifs, et les résultats aux tests cognitifs administrés en cabinet. Dans notre programme, les tests cognitifs recommandés sont: MoCA²⁰, TMT-A et TMT-B²¹, et copier 2 pentagones qui se chevauchent²². Plus le médecin observe des résultats préoccupants, ou plus ces derniers sont sévères, plus il peut être sûr que le patient est inapte à prendre le volant. Cette approche à plusieurs volets veille à ce que les résultats des tests cognitifs soient interprétés dans un contexte clinique et qu'aucun test à lui seul ne soit mal utilisé pour évaluer la sécurité au volant. Les examens pratiques complets, basés sur le rendement, demeurent la méthode la plus fiable pour déterminer si un conducteur est toujours apte à conduire, quoique dans la plupart des provinces, les frais élevés que doivent déboursier les personnes âgées pour ces examens complets soient un très grand obstacle pour nombreuses d'entre elles, et que les examens pratiques ne soient pas offerts dans toutes les régions rurales. En conséquence, ils ne constituent pas une option équitable et réaliste pour tous les conducteurs âgés.

Anamnèse corroborée. L'évaluation de l'aptitude à conduire commence par une anamnèse minutieusement corroborée visant à obtenir un rapport exact des préoccupations des membres de la famille, ainsi que la documentation sur les collisions ou les collisions évitées de justesse jusque-là. Cette anamnèse corroborée ressort d'une discussion avec la famille sur tous les problèmes médicaux et la sécurité, avec la permission préalable du patient. Les membres de la famille

doivent être interviewés seuls, ce qui leur permet de divulguer sans retenue leurs préoccupations liées à la conduite automobile. Les antécédents de collisions dans les 2 années précédentes sont un fort prédicteur des collisions futures¹⁶. Lorsque les membres de la famille soulèvent des préoccupations liées à la sécurité au volant, ils ont souvent raison et il faut absolument en tenir compte²³, quoique l'absence de préoccupation ne reflète pas toujours un risque faible. Les conducteurs atteints de démence et leur famille pourraient ne pas être conscients du déclin de l'aptitude à conduire ou pourraient minimiser les préoccupations, peut-être en raison d'une partialité personnelle^{24,25}. L'anamnèse corroborée peut aussi contribuer à déterminer l'intensité du déficit fonctionnel dans les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne en raison de troubles cognitifs^{9,26} (Tableau 1¹⁰), comme indicateur de la sévérité de la démence. Le consensus entre les lignes directrices nationales veut que les personnes atteintes de démence modérée à sévère soient inaptes à conduire; dans les lignes directrices de l'Association médicale canadienne²⁶, la démence modérée à sévère est définie par une perte nouvelle de la capacité à effectuer au moins 2 activités instrumentales de la vie quotidienne ou toute activité de base de la vie quotidienne, en raison de troubles cognitifs.

Tableau 1. Activités de base et instrumentales de la vie quotidienne

ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE	ACTIVITÉS DE BASE DE LA VIE QUOTIDIENNE
Magasinage et fonctionnement social	S'habiller
Tâches ménagères et loisirs	Manger
Comptabilité (transactions bancaires, paiement des factures, impôt, manutention de l'argent en espèces)	Bouger
Préparation des aliments	Faire sa toilette
Téléphone, outils et transport	Hygiène
Gestion des médicaments	

D'après Molnar et collab.¹⁰

Tests cognitifs. Plusieurs lignes directrices internationales ont recommandé le TMT-B pour évaluer l'aptitude à conduire. Le TMT-B mesure la vitesse du traitement de l'information produisant une réponse motrice, la fonction exécutive et la souplesse cognitive pour transférer l'attention d'une série de stimuli à une autre. Une revue systématique a conclu à un seuil de 3 minutes pour répondre au TMT-B ou au moins 3 erreurs¹¹ — la règle de 3 ou 3 (Tableau 2)¹⁰. Le TMT-A²⁷, une tâche qui mesure la vitesse du traitement de l'information produisant une réponse motrice, serait aussi utile pour différencier les conducteurs âgés aptes à conduire de ceux qui sont potentiellement dangereux. Une étude récente a montré

Tableau 2. Scores seuils aux tests Trail Making A et B

TEST	RÉSULTAT
Trail Making A	
• Dangereux	• >2 min. ou ≥2 erreurs
Trail Making B	
• Sûr	• <2 min. et <2 erreurs
• Incertain	• 2–3 min. ou 2 erreurs (tenir compte de l'information qualitative, dynamique sur la façon dont le test a été exécuté – lenteur, hésitation, anxiété, impulsivité ou comportement persévérant, absence de concentration, corrections multiples, oubli des instructions, incapacité de comprendre le test, etc.)
• Dangereux	• >3 min ou ≥3 erreurs (règle du 3 ou 3)

D'après Molnar et collab.¹⁰


que l'incapacité à faire les tests Trail Making dans un délai raisonnable (c.-à-d. le TMT-A en >48 secondes, le TMT-B en >108 secondes) pourrait indiquer qu'il faut évaluer l'aptitude à conduire plus en profondeur²⁸. On peut accéder aux tests TMT-A et TMT-B à www.health-care.uiowa.edu/igec/tools/cognitive/trailMaking.pdf ou à www.rgpeo.com/media/53150/trails%20a%20and%20b.pdf.

Les lignes directrices ont recommandé d'administrer d'autres tests cognitifs, comme le mini-examen de l'état mental (MMSE) et le test de l'horloge. Les scores au MMSE n'ont pas montré pouvoir prédire le risque lié à la conduite^{16,17} ni les collisions¹⁶ chez les conducteurs. Cependant, la difficulté à copier les pentagones qui se chevauchent dans le MMSE, mais pas le score au MMSE en soi, a été liée à la suspension du permis de conduire chez les personnes âgées²⁹. Ainsi, une méta-analyse de tests neuropsychologiques a laissé croire que les compétences visuospatiales seraient les plus pertinentes à l'aptitude à conduire⁶. Le test de l'horloge a aussi démontré pouvoir prédire les résultats dans un simulateur de conduite³⁰. Malheureusement, les méthodes complexes utilisées en recherche pour noter le test de l'horloge sont rarement utilisées en première ligne, là où on a habituellement recours à la démarche gestalte qui dichotomise les résultats en bons ou mauvais. Des recherches plus poussées sont nécessaires pour élaborer des méthodes de notation applicables dans la pratique clinique surchargée qui soient corrélées au risque de collision. Une étude¹⁷ récente a montré que, chez les personnes âgées qui présentent un déficit cognitif, le score MoCA²⁰ aurait une meilleure valeur prédictive que le MMSE en matière de conduite. Dans cette étude, un score MoCA de 18 ou moins chez les personnes qui présentent un déficit cognitif était associé à une plus grande probabilité d'échec à l'examen pratique, bien

que sa capacité de prévision ne soit pas suffisante pour recommander le test comme seul instrument pour identifier les conducteurs inaptes à conduire¹⁷.

La **Figure 1** résume les éléments de l'anamnèse corroborée et des tests cognitifs qui pourraient aider les médecins à décider s'ils doivent recommander le patient à un examen pratique et déclarer le cas aux autorités du transport, conformément aux exigences provinciales²⁶. Plus le médecin observe des résultats préoccupants, ou plus ces derniers sont sévères, plus il doit s'inquiéter que le patient présente un risque élevé d'être impliqué dans une collision. Il pourrait être justifié de déclarer le cas aux autorités du transport, ou de discuter de l'examen pratique complet comme la façon la plus juste de déterminer l'aptitude à conduire. Il faut noter que d'autres facteurs que la cognition pourraient influencer sur l'aptitude d'une personne âgée à conduire et il faut tenir compte de ces facteurs lors de l'évaluation des conducteurs âgés. Ces facteurs sont les limites physiques, une déficience visuelle, une consommation excessive d'alcool et d'autres comorbidités; ces facteurs sont décrits en détail ailleurs^{8,26}.

Figure 1. Liste de vérification des considérations en matière d'aptitude à conduire

- 
- Antécédents de collisions ou de collisions évitées de justesse*
 - Préoccupations d'un membre de la famille*
 - Tests Trail Making A et B – pour la vitesse de traitement, le changement de tâches et la fonction visuospatiale et exécutive
 - Test de l'horloge – pour la fonction visuospatiale et exécutive
 - Copier des pentagones qui se chevauchent ou tracer un cube – pour la fonction visuospatiale
 - Scores aux tests cognitifs – possiblement utiles
 - Sévérité de la démence, selon les lignes directrices de l'Association médicale canadienne²⁶ – incapacité d'exécuter indépendamment 2 activités instrumentales de la vie quotidienne ou 1 activité de base de la vie quotidienne

*Demander séparément au patient et à un membre de la famille

Communication et suivi. Dans la plupart des provinces canadiennes, les médecins ont l'obligation légale de déclarer toute observation médicale qui pourrait nuire à l'aptitude à conduire. Même dans les provinces où les déclarations sont discrétionnaires, les lignes directrices canadiennes²⁶ recommandent aux médecins de prêcher par excès de prudence et de signaler aux autorités du transport tout conducteur potentiellement inapte à conduire aux fins d'investigation plus poussée et de prévention de blessures ou de décès potentiellement évitables du patient, du soignant ou d'une personne

innocente. Cette déclaration aux autorités du transport peut par contre compromettre la relation entre le médecin et le patient^{31,32}, et les cliniciens de première ligne la montrent du doigt comme un obstacle important aux soins^{2,4}. Lorsqu'on parle à une personne atteinte de démence et à sa famille des préoccupations quant à l'aptitude à conduire, on n'insistera jamais trop sur l'importance d'agir avec tact. La démence est une maladie évolutive terminale associée à la honte, au rejet, à l'isolement social et à la perte de contrôle³³. Les discussions sur la conduite automobile sont émotionnelles, car l'aptitude à conduire est liée à l'indépendance et à l'identité personnelle³⁴. La suspension du permis de conduire a été associée à l'isolement social³⁵ et a presque doublé le risque de dépression³⁶. Il est essentiel d'appliquer une approche axée sur la personne³⁷, qui tient compte du point de vue et des besoins de la personne et qui examine les solutions de rechange en matière de transport pouvant aider la personne à demeurer mobile et fonctionnelle sur le plan social.

Pour les personnes atteintes de démence légère toujours aptes à prendre le volant, les lignes directrices recommandent d'évaluer régulièrement l'aptitude à conduire, soit tous les 6 à 9 mois²⁶. Idéalement, dans tous les cas de personnes ayant reçu un diagnostic de démence, il faut aborder le besoin éventuel de suspendre le permis de conduire peu après le diagnostic. Une communication qui s'étire sur une longue période permet à la personne âgée de réfléchir au processus d'arrêt de la conduite et de prévoir des solutions de rechange en matière de transport³⁴. La trousse à outils sur la conduite automobile et la démence pour les patients et les soignants en anglais (<http://www.rgpeo.com/media/30698/dementia%20toolkit%20french%20jul%2009.pdf>) et la trousse à outils sur la conduite automobile et la démence à l'intention des professionnels de la santé (<http://www.rgpeo.com/media/30698/dementia%20toolkit%20french%20jul%2009.pdf>) contiennent des ressources pour faciliter les discussions et la planification^{38,39}. Les médecins de première ligne ont une position privilégiée pour avoir des conversations marquées de tact et de confiance avec leurs patients âgés sur les préoccupations relatives à l'aptitude à conduire et le besoin de passer à d'autres formes de transport³⁴.

Les recherches futures doivent se pencher sur le difficile domaine de l'évaluation de la sécurité au volant chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif léger⁴⁰, de même que sur la mise au point d'une batterie de tests pouvant facilement être administrés en cabinet, dotés de scores valides et utilisables, et pouvant fidèlement dépister les problèmes de sécurité au volant chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif⁴. D'ici là, les cliniciens doivent continuer de tenir compte de nombreux facteurs lorsqu'ils déterminent si leurs sujets de

préoccupation en matière de cognition se répercutent sur l'aptitude à conduire, et soupeser la nécessité de respecter l'autonomie individuelle tout en maintenant la sécurité du public et celle du patient.

Résolution du cas

Après l'application du modèle de raisonnement clinique de la clinique de la mémoire du CFFM¹², un diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est posé. Les considérations en matière d'aptitude à conduire sont la lenteur avec laquelle Édouard a terminé le test TMT-B, son incapacité à tracer l'horloge correctement et l'identification d'un déficit fonctionnel en raison de troubles cognitifs dans 2 activités instrumentales de la vie quotidienne (gestion des médicaments et paiement des factures). À la lumière de ces considérations, l'aptitude à conduire est remise en question. On recommande un examen pratique complet comme la façon la plus juste de déterminer l'aptitude à conduire, et on conseille à Édouard de ne pas prendre le volant jusqu'à ce que l'examen pratique ait confirmé son aptitude à conduire. On discute aussi de l'option de se défaire de son permis de conduire et des possibilités de transport local. On fait parvenir aux autorités provinciales du transport un avis signalant que des préoccupations ont fait surface quant à l'aptitude du patient à conduire et qu'un examen pratique complet a été recommandé pour déterminer l'aptitude à conduire.

Conclusion

L'un des aspects les plus difficiles des soins aux personnes atteintes de démence est l'évaluation de la sécurité au volant. Puisque l'aptitude à conduire dépend de multiples compétences cognitives et fonctionnelles, de nombreux facteurs entrent en jeu lorsque les cliniciens déterminent si leurs sujets de préoccupation en matière de cognition se répercutent sur l'aptitude des personnes âgées à conduire. Il est essentiel d'agir avec tact au cours des conversations sur les préoccupations relatives aux aptitudes à conduire, en tenant compte du besoin de la personne de demeurer mobile et fonctionnelle sur le plan social tout en maintenant la sécurité du public et du patient.

La **D^r Lee** est médecin de famille de l'équipe de santé familiale au Center for Family Medicine à Kitchener, en Ontario, titulaire de la chaire de recherche Schlegel en soins primaires chez les aînés au Schlegel-UW Research Institute for Aging et professeure clinique agrégée à la Faculté de médecine familiale de l'Université McMaster à Hamilton, en Ontario. Le **D^r Molnar** est gériatre à Ottawa, en Ontario, directeur médical du Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario et professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa.

Collaborateurs

Les 2 auteurs ont contribué à la revue et à l'interprétation de la littérature ainsi qu'à la préparation du manuscrit aux fins de soumission.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Linda Lee; courriel: lee.linda.lw@gmail.com

Références

- Lee L, Hillier LM, Weston WW. Ensuring the success of interprofessional teams: key lessons learned in memory clinics. *Can J Aging* 2014;33(01):49-59. Publ. en ligne du 17 déc. 2013.
- Jang RW, Man-Son-Hing M, Molnar FJ, Hogan DB, Marshall SC, Auger J, et coll. Family physicians' attitudes and practices regarding assessments of medical fitness to drive in older persons. *J Gen Intern Med* 2007;22(4):531-43.
- Bogner HR, Straton JB, Gallo JJ, Rebok GW, Keyl PM. The role of physicians in assessing older drivers: barriers, opportunities, and strategies. *J Am Board Fam Pract* 2004;17(1):38-43.
- Hum S, Cohen C, Persaud M, Lee J, Drummond N, Dalziel W, et coll. Role expectations in dementia care among family physicians and specialists. *Can Geriatr J* 2014;17(3):95-102.
- Reger MA, Welsh RK, Watson G, Cholerton B, Baker LD, Craft S. The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia: a meta-analysis. *Neuropsychology* 2004;18(1):85-93.
- Gilley DW, Wilson RS, Bennett DA, Stebbins GT, Bernard BA, Whalen ME, et coll. Cessation of driving and unsafe motor vehicle operation by dementia patients. *Arch Intern Med* 1991;151(5):941-6.
- Molnar FJ, Byszewski AM, Marshall SC, Man-Son-Hing M. In-office evaluation of medical fitness to drive. Practical approaches for assessing older people. *Can Fam Physician* 2005;51:372-9.
- Byszewski AM, Graham ID, Amos S, Man-Son-Hing M, Dalziel WB, Marshall S, et coll. A continuing medical education initiative for Canadian primary care physicians: the driving and dementia toolkit: a pre- and postevaluation of knowledge, confidence gained, and satisfaction. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(10):1484-9.
- Carr DB, Ott BR. The older adult driver with cognitive impairment: "it's a very frustrating life." *JAMA* 2010;303(16):1632-41.
- Molnar FJ, Byszewski AM, Rapoport M, Dalziel WB. Practical experience-based approaches to assessing fitness to drive in dementia. *Geriatr Aging* 2009;12(2):83-92.
- Roy M, Molnar F. Systematic review of the evidence for Trails B cut-off scores in assessing fitness-to-drive. *Can Geriatr J* 2013;16(3):120-42.
- Lee L, Weston WW, Heckman G, Gagnon M, Lee FJ, Sloka S. Approche structurée en pratique familiale pour les patients ayant des problèmes de mémoire. *Can Fam Physician* 2013;59:249-54 (ang), e129-34 (fr).
- Lee L, Kasperski MJ, Weston WW. Building capacity for dementia care training program to develop primary care memory clinics. *Can Fam Physician* 2011;57:e249-52. Accessible à : www.cfp.ca/content/57/7/e249.full.pdf. Réf. du 29 nov. 2016.
- Bennett JM, Chekaluk E, Batchelor J. Cognitive tests and determining fitness to drive in dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(9):1904-17. Publ. en ligne du 2 juin 2016.
- Ross RW, Cordazzo ST, Scialfa CT. Predicting on-road driving performance and safety in healthy older adults. *J Safety Res* 2014;51:73-80. Publ. en ligne du 3 oct. 2014.
- Joseph PG, O'Donnell MJ, Teo KK, Gao P, Anderson C, Probstfield JL, et coll. The Mini-Mental State Examination, clinical factors, and motor vehicle crash risk. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(8):1419-26. Publ. en ligne du 15 juill. 2014.
- Hollis AM, Duncanson H, Kapust LR, Xi PM, O'Connor MG. Validity of the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment in the prediction of driving test outcome. *J Am Geriatr Soc* 2015;63(5):988-92. Publ. en ligne du 4 mai 2015.
- Dickerson AE, Meuel DB, Ridenour CD, Cooper K. Assessment tools predicting fitness to drive in older adults: a systematic review. *Am J Occup Ther* 2014;68(6):670-80.
- Lee L, Hillier LM, Stolee P, Heckman G, Gagnon M, McAiney CA, et coll. Enhancing dementia care: a primary care-based memory clinic. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(11):2197-204. Publ. en ligne du 26 oct. 2010.
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et coll. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(4):695-9.
- Tombaugh TN. Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Arch Clin Neuropsychol* 2004;19(2):203-14.
- Helmes E. Cognitive screening of older adults: the utility of pentagon drawing. *Int Psychogeriatr* 2013;25(3):413-9. Publ. en ligne du 30 nov. 2012.
- Meuser TM, Carr DB, Unger EA, Ulfarsson GF. Family reports of medically impaired drivers in Missouri: cognitive concerns and licensing outcomes. *Accid Anal Prev* 2015;74:17-23. Publ. en ligne du 16 oct. 2014.
- Bixby K, Davis JD, Ott BR. Comparing caregiver and clinician predictions of fitness to drive in people with Alzheimer's disease. *Am J Occup Ther* 2015;69(3):6903270030p1-7.
- Wild K, Cotrell V. Identifying driving impairment in Alzheimer disease: a comparison of self and observer reports versus driving evaluation. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2003;17(1):27-34.
- Association médicale canadienne. *CMA driver's guide: determining medical fitness to operate motor vehicles*. 8e éd. Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 2012.

27. Reitan RM. *Trail making manual for administration, scoring, and interpretation*. Indianapolis, IN: Department of Neurology, Section of Neuropsychology, Indiana University Medical Center; 1958.
28. Papandonatos GD, Ott BR, Davis JD, Barco PP, Carr DB. Clinical utility of the trail-making test as a predictor of driving performance in older adults. *J Am Ger Soc* 2015;63(11):2358-64. Publ. en ligne du 27 oct. 2015.
29. Gallo JJ, Rebok GW, Lesikar SE. The driving habits of adults aged 60 years and older. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(3):335-41.
30. Mathias JL, Lucas LK. Cognitive predictors of unsafe driving in older drivers: a meta-analysis. *Int Psychogeriatr* 2009;21(4):637-53. Publ. en ligne du 27 mai 2009.
31. Redelmeier DA, Yarnell CJ, Thiruchelvam D, Tibshirani RJ. Physicians' warnings for unfit drivers and the risk of trauma from road crashes. *N Engl J Med* 2012;367(13):1228-36.
32. Marshall SC, Gilbert N. Saskatchewan physicians' attitudes and knowledge regarding assessment of medical fitness to drive. *CMAJ* 1999;160(12):1701-4.
33. Aminzadeh F, Byszewski A, Molnar FJ, Eisner M. Emotional impact of dementia diagnosis: exploring persons with dementia and caregivers' perspectives. *Aging Ment Health* 2007;11(3):281-90.
34. Betz ME, Scott K, Jones J, DiGuseppi C. "Are you still driving?" Metasynthesis of patient preferences for communication with health care providers. *Traffic Inj Prev* 2016;17(4):367-73. Publ. en ligne du 27 oct. 2015.
35. Mezuk B, Rebok GW. Social integration and social support among older adults following driving cessation. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2008;63(5):S298-303.
36. Chihuri S, Mielenz TJ, Dimaggio CJ, Betz ME, DiGuseppi C, Jones VC, et coll. Driving cessation and health outcomes in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(2):332-41. Publ. en ligne du 19 janv. 2016.
37. Brummel-Smith K, Butler D, Frieder M, Gibbs N, Henry M, Koons E, et coll. Person-centered care: a definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(1):15-8. Publ. en ligne du 2 déc. 2015.
38. *Driving and dementia toolkit for patients and caregivers*. 1^{re} éd. Ottawa, ON: Regional Geriatric Program of Eastern Ontario; 2011. Accessible à : www.rgpeo.com/media/30422/d%20d%20toolkit%20pt%20crgvr%20eng%20with%20hyperlinks.pdf. Réf. du 30 nov. 2016.
39. *Driving and dementia toolkit for health professionals*. 3^e éd. Ottawa, ON: Regional Geriatric Program of Eastern Ontario; 2009. Accessible à : www.rgpeo.com/media/30695/dementia%20toolkit.pdf. Réf. du 30 nov. 2016.
40. Rapoport MJ, Naglie G, Hermann N, Zuccherro Sarracini C, Mulsant BH, Frank C, et coll. Developing physician consensus on the reporting of patients with mild cognitive impairment and mild dementia to transportation authorities in a region with mandatory reporting legislation. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014;22(12):1530-43. Publ. en ligne du 8 déc. 2013.
