

Cette rubrique vous propose des réponses concises et concrètes à des questions que se posent souvent les omnipraticiens au sujet de la maladie d'Alzheimer. Le sujet du mois :

## Le delirium et l'inaptitude à conduire

par Peter N. McCracken, M.D., FRCPC

**Q** Vous hospitalisez un homme de 85 ans dont l'état de santé est normalement bon, mais qui est atteint d'une infection urinaire. Il est fiévreux et très confus. Sa fièvre passe avec le traitement, son appétit revient, mais il reste inadéquat sur le plan mental. L'examen médical ne révèle aucune anomalie. Ses résultats au MMSE (Mini Mental State Examination, ou mini-examen de l'état mental) donnent un résultat de 17/30. Les résultats de la formule sanguine complète, du dosage du calcium, de la vitamine B<sub>12</sub> et de la TSH sont normaux. Sa femme est inquiète. Elle demande une scintigraphie.

### Réponse :

Ce scénario décrit le cas d'un homme âgé en bonne santé qui a développé un delirium aigu secondaire à une infection, plus précisément, une infection urinaire. Bien que la fièvre soit tombée, que l'appétit soit revenu et que les analyses sanguines aient été normales, le delirium persiste souvent plus longtemps que le problème médical aigu ayant justifié la consultation.

De plus, une démence subclinique sous-jacente peut être un facteur de risque de delirium, tout comme une atteinte de la fonction sensorielle, la prise de médicaments nombreux et une grave maladie aiguë et la déshydratation. La question primordiale, chez ce sujet, est de savoir si la persistance de sa confusion a trait à des caractéristiques de delirium ou si elle a trait à la démence. Il est important de garder l'esprit ouvert et de continuer à suivre le patient au moyen d'évaluations répétées de son fonctionnement cognitif et de lui permettre de retrouver son fonctionnement et sa mobilité d'antan. Le traitement complet de l'infection urinaire, l'arrêt de tout médicament superflu qui pourrait être associé à cette confusion et la réadaptation active viennent au premier rang des priorités, parce que le déconditionnement et la perte de l'autonomie sont des conséquences très courantes de ce scénario.

### Au sujet de notre expert :

Le Dr Peter N. McCracken est gériatre attaché au *Glenrose Rehabilitation Hospital*, directeur de médecine gériatrique et professeur de médecine à l'Université de l'Alberta, Edmonton, Alberta.

**Q** William et Marie ont été fermiers jusqu'à l'an dernier. Leur fils les avait alors aidés à vendre leur ferme et à déménager en ville. Marie jouit d'une bonne santé. William présente un certain degré d'atteinte, avec un indice MMSE de 21/30. Il profite encore de la vie, il aime visiter sa famille et ses vieux amis. Dans ces contextes sociaux qui lui sont familiers, il fonctionne bien, mais les visites sont souvent gâchées par la distance à franchir en auto pour quitter la ville et y revenir. «William se fâche énormément quand il se fait dépasser par d'autres voitures qui roulent à vive allure et le klaxonnent! Puis, il se perd très facilement. J'aurais dû apprendre à conduire.»

### Réponse :

L'atteinte cognitive affecte souvent l'aptitude à conduire et la question du permis de conduire est très délicate pour les médecins. Elle l'est d'autant plus que les patients ne sont pas portés à se fixer eux-mêmes des limites à cet égard, ou à décider de leur propre chef de cesser de conduire. Devant la preuve d'un déclin significatif des facultés mentales (comme un indice de 21/30 ou moins au MMSE), il faut soulever la question de l'aptitude à conduire. Il peut suffire, pour recommander que le patient cesse de conduire, que des procès-verbaux aient été dressés faisant état de conduite dangereuse. S'il faut plus de renseignements, une évaluation de rendement appliquée à la conduite automobile doit être demandée.

Si la conduite s'est détériorée au point d'être dangereuse, il faut faire rapport aux autorités qui émettent les permis. Il revient habituellement à la famille de voir à ce que la décision s'applique. Une lettre dans laquelle on «prescrit» au patient de cesser de conduire peut leur être utile. On recommande d'organiser une rencontre avec la famille et d'exercer un suivi pour discuter des répercussions que pourrait avoir pour la famille le fait que le patient ne puisse plus conduire, et pour discuter du respect de la décision. D'ici quelques mois, dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, on devrait pouvoir prendre connaissance des recommandations formulées au sujet de la conduite et de la démence, avec un document de référence complet sur l'aptitude à conduire tiré de la Conférence canadienne sur la démence.

Veillez faire parvenir vos questions pour cette rubrique par télécopieur à STA Communications au (514) 695-8554 ou par courrier électronique à : [lisat@sta.ca](mailto:lisat@sta.ca).