

# Troubles cognitifs légers

## une intervention efficace pour les personnes âgées



P<sup>re</sup> Sylvie Belleville

Il y a de l'espoir pour les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs légers (TCL) : leur mémoire pourrait s'améliorer grâce à un entraînement cognitif. Des chercheurs québécois ont montré que celles qui avaient bénéficié de cette intervention pouvaient mémoriser des listes de mots ou associer des noms

avec des visages aussi bien que des personnes normales<sup>1</sup>. « Les gens qui présentent des troubles cognitifs légers ont encore une plasticité », a découvert la P<sup>re</sup> Sylvie Belleville, directrice associée à la recherche clinique à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et professeure à l'Université de Montréal.

La chercheuse et son équipe ont réussi à réduire les atteintes de personnes souffrant de TLC en misant sur les capacités restantes. Ainsi, en se servant des connaissances et de la capacité d'imagerie mentale de leurs sujets, ils ont pu améliorer la mémoire épisodique, c'est-à-dire celle des événements personnels. « Les personnes atteintes de troubles cognitifs légers peuvent avoir de la difficulté à se souvenir de conversations ou de noms, ne plus savoir s'il faut tourner à droite ou à gauche à une intersection, etc. Leurs

oublis ne sont pas nécessairement graves ni fréquents », explique la P<sup>re</sup> Belleville.

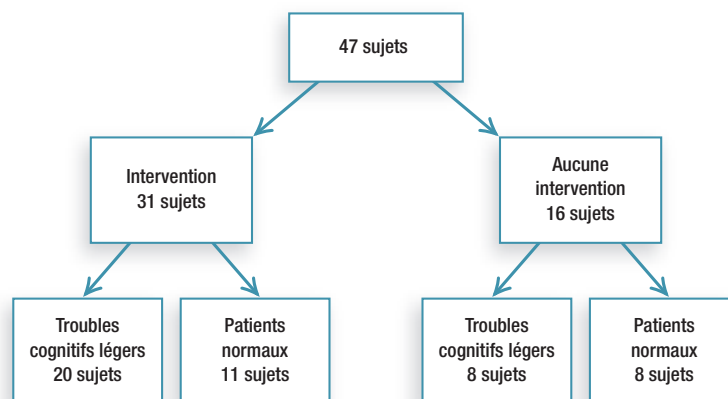
Les troubles cognitifs légers, qui touchent de 3 % à 19 % des personnes âgées, n'entravent pas le fonctionnement quotidien. Même si les gens qui en souffrent ne remplissent pas les critères de démence, de 20 % à 50 % d'entre eux en souffriront au cours des deux à trois prochaines années. Ils seraient dans un état à mi-chemin entre le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer.

### La capacité d'apprendre est intacte

L'étude de la P<sup>re</sup> Belleville et de ses collaborateurs portait sur 47 personnes dans la soixantaine (figure) : 28 présentaient des troubles cognitifs légers et 19 avaient une mémoire normale. Trente et un des participants ont fait l'objet d'une intervention (20 avaient des TCL et 11 non) et 16 n'ont bénéficié d'aucune mesure (huit étaient atteints et huit ne l'étaient pas).

L'intervention a consisté en huit séances de formation d'environ 120 minutes. Au cours de la première rencontre, les chercheurs ont expliqué aux participants qu'il était possible d'améliorer leur mémoire et que le déclin de certaines facultés cognitives dû à l'âge n'était pas irrémédiable.

### Répartition des sujets de l'étude



1. Belleville S, Gilbert B, Fontaine F et coll. Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: Evidence from a cognitive intervention program. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006 ; 22 : 486-99.

Puis, au cours des autres séances, les sujets ont appris à améliorer leur attention et surtout leur mémoire épisodique. « On leur enseignait des stratégies pour mieux encoder l'information. Ils apprenaient à mieux mémoriser les noms de personnes nouvelles, à retenir des listes de choses, par exemple des rendez-vous, et à se souvenir des textes qu'ils lisaient, comme les articles de journaux. Les participants devaient ensuite s'entraîner chez eux et utiliser ces techniques dans différentes circonstances. On discutait après des difficultés qu'ils avaient pu éprouver. On leur fournissait donc un encadrement très serré », explique la P<sup>re</sup> Belleville.

Les chercheurs ont fait passer à tous les participants des tests de mémoire au début et à la fin de l'étude. Dans le groupe qui a suivi la formation, les résultats des sujets ayant des troubles cognitifs légers se sont améliorés autant que ceux des participants normaux. « On pouvait se demander si des gens qui sont peut-être dans une phase préAlzheimer peuvent apprendre de nouvelles stratégies. C'est le cas. » Néanmoins, les sujets ayant des TCL, moins performants que les participants normaux dès le début de l'étude, n'ont pas réussi à les rattraper, car la mémoire de ces derniers s'est aussi améliorée grâce à l'intervention.

### ***Aussi bons que les sujets normaux non entraînés***

Certaines données sont particulièrement enthousiasmantes. Dans plusieurs sphères, les personnes ayant des TCL sont parvenues à atteindre, après l'intervention, des résultats similaires à ceux des sujets normaux avant la formation. Un exemple : le test d'association de noms et de visages. Les participants présentant des troubles cognitifs légers ont réussi à apprendre le nom de douze hommes dont on leur fournissait la photo aussi bien que les sujets normaux au début de l'étude.

Le test de mémorisation de mots a donné des résultats similaires. Les participants devaient mémoriser deux listes de douze mots pendant trois minutes et les réciter après trente secondes, et de nouveau après dix minutes. Les sujets présentant des troubles cognitifs légers sont parvenus, après les huit séances, à obtenir les mêmes résultats dans le test du rappel après 10 minutes que les personnes

normales avant l'intervention.

Ces deux tests sont particulièrement importants en ce qui concerne les troubles cognitifs légers. Les éléments de la mémoire auxquels ils font appel sont au cœur des problèmes cognitifs qui précèdent la maladie d'Alzheimer. « Par conséquent, l'amélioration de la mémoire épisodique après l'intervention est susceptible d'avoir une validité clinique chez les personnes ayant des TCL en améliorant les composantes cognitives qui risquent le plus de se détériorer », écrivent les auteurs dans leur article.

Par contre, dans le troisième test, qui consistait à se souvenir d'une courte histoire immédiatement après l'avoir lue, puis dix minutes plus tard, ni les personnes ayant des TCL ni les autres n'ont fait de progrès à la suite l'entraînement. La technique utilisée manquait peut-être d'efficacité.

### ***Mieux se souvenir des événements personnels***

Mais que donnent dans la vie de tous les jours ces nouveaux gains ? Les participants renaient-ils mieux ce qu'on leur disait ? Mettaient-ils plus facilement un nom sur un visage ? Les chercheurs ont fait passer aux sujets un questionnaire détaillé pour le savoir. Résultat : les participants n'arrivaient pas à mieux se souvenir de conversations, de livres, de films, de gens ou d'événements politiques ou sociaux. Par contre, ils se rappelaient mieux les événements de leur vie personnelle, et ce, de manière statistiquement significative. Tant les sujets atteints de troubles cognitifs légers que les participants normaux avaient une meilleure mémoire dans ce domaine. « Tout ce qui se passe dans la vie personnelle avait l'air d'être mieux mémorisé après l'intervention », résume la P<sup>re</sup> Belleville.

Les sujets ont également ressenti un plus grand bien-être après les huit séances. « Il est évident que si l'intervention n'avait pas eu un effet sur la qualité de vie, nous aurions un peu raté notre cible. Les gens se sentaient mieux, moins stressés, moins anxieux, parce qu'il faut savoir que les personnes ayant un TCL sont inquiètes. »

Et parmi les participants souffrant de TCL, lesquels profitaient le plus de la formation ? C'était les plus jeunes et ceux qui avaient un niveau de scolarité plus élevé. Les sujets présentant

### Pour obtenir une évaluation neuropsychologique


Les médecins peuvent adresser les patients présentant des troubles cognitifs légers ou craignant d'en avoir à l'équipe de la P<sup>re</sup> Belleville. Les patients passeront une évaluation neuropsychologique et pourront éventuellement bénéficier d'une intervention cognitive dans le cadre de travaux de recherche. Pour plus d'informations, on peut téléphoner au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, situé au 4565, chemin Queen-Mary, à Montréal : 514 340-3540, poste 4710.

des troubles cognitifs avaient en moyenne 62 ans et fait presque 15 ans d'études. « Ces données indiquent que des variables personnelles accroissent la capacité d'utiliser des stratégies. Par contre, le niveau initial de mémoire jouait peu. Donc, même des gens un peu plus touchés par les troubles cognitifs peuvent bénéficier de l'intervention. »

Les chercheurs ont également fait passer les tests de mémoire au groupe de 16 participants qui n'ont reçu aucun entraînement. Leurs résultats ont permis de vérifier que le seul fait de soumettre une seconde fois des sujets à une épreuve n'améliorait pas leurs scores.

### La plasticité du cerveau

« Nos données sont très encourageantes, mais notre étude a des limites », reconnaît la P<sup>re</sup> Belleville. Il n'y avait ainsi pas d'intervention de type placebo, et l'échantillon était petit. Toutefois, l'effet de la formation des huit séances était important. « C'est pour cela que nous avons eu des résultats avec si peu de sujets. La taille de l'effet est de quelque 0,7, ce qui est supérieur à celui de bien des médicaments. Cela nous indique que cela vaut peut-être la peine d'investir dans ce type d'intervention. »

Cette voie est d'autant plus intéressante qu'il n'existe actuellement que très peu de traitements pour les personnes menacées par la maladie d'Alzheimer. L'intervention testée pourrait peut-être réduire la gravité des symptômes ou en retarder l'apparition. Un grand espoir. « L'étude montre que la plasticité du cerveau n'arrête pas à cinq ans. » 

## Facultés cognitives comment ralentir le déclin dû à l'âge

Peut-on préserver nos facultés cognitives du vieillissement normal ? Certains exercices sont-ils utiles ? Il semble que oui. Des personnes âgées qui avaient reçu un entraînement pour améliorer soit leur mémoire, soit leur capacité de raisonner, soit leur vitesse de traitement de l'information ressentaient encore les bienfaits de l'intervention cinq ans plus tard. Les mesures ciblant le raisonnement ont même permis de ralentir le déclin du fonctionnement des sujets dans leur vie de tous les jours.

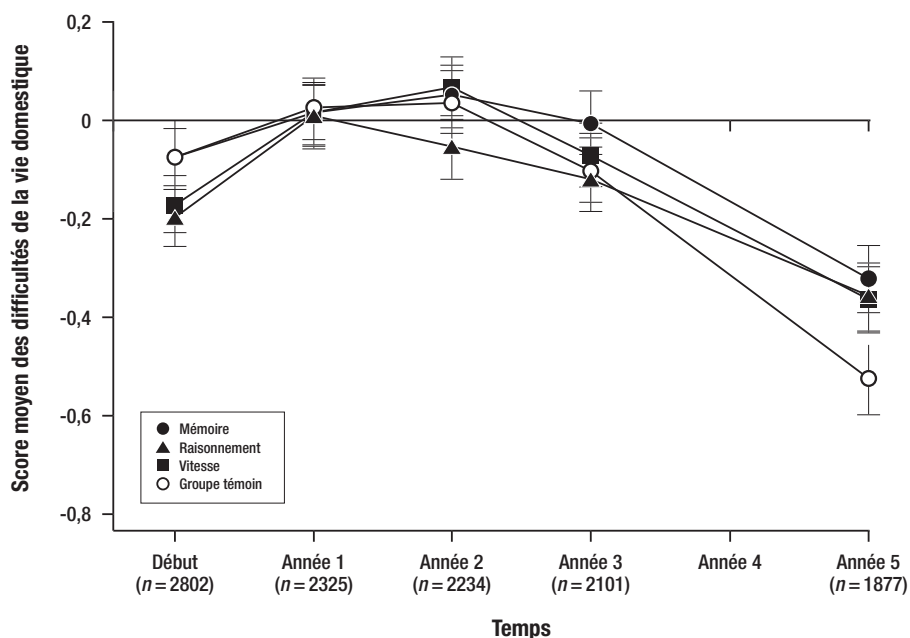
L'essai ACTIVE (*Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly*) apporte un nouvel éclairage sur le vieillissement et les facultés cognitives<sup>1</sup>. « Les effets des interventions étudiées se maintiennent très bien. C'est impressionnant », commente la P<sup>re</sup> Sylvie Belleville, directrice associée à la recherche clinique à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et professeure à l'Université de Montréal.

L'étude, faite aux États-Unis, a porté sur 2832 personnes autonomes âgées de 74 ans en moyenne. Les participants ont été répartis au hasard en quatre groupes : un groupe témoin et trois groupes recevant un entraînement pour améliorer des domaines cognitifs spécifiques, la mémoire, le raisonnement ou la vitesse de traitement de l'information.

L'intervention destinée à exercer la mémoire consistait à enseigner aux sujets des stratégies pour mieux retenir des informations, comme des listes de mots ou des textes, en faisant appel, par exemple, à la visualisation, aux associations et à l'organisation. Cette formation était similaire à celle qui a été offerte dans l'étude de la P<sup>re</sup> Belleville (*voir l'article précédent*).

1. Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M et coll. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA* 2006 ; 296 : 2805-14.

**Effets de l'entraînement sur le fonctionnement quotidien, selon les résultats de l'auto-évaluation des participants au sujet de leurs difficultés dans les activités de la vie domestique**



Les scores moyens sont traités selon la méthode de transformation en scores normaux de Blom. Les barres verticales délimitent l'erreur-type. La taille de l'échantillon pour chaque moment évalué représente le nombre de cas dont les données sont complètes concernant le score de difficulté dans les activités de la vie domestique.

JAMA 2006 ; 296 : 2811 ©2006 American Medical Association. Tous droits réservés.

d'une liste d'épicerie et les stratégies de raisonnement, à comprendre un horaire d'autobus.

**Un effet sur la vie quotidienne**

Les auteurs de l'étude, la D<sup>re</sup> Sherry Willis, de l'Université d'État de la Pennsylvanie, et ses collaborateurs s'attendaient à ce que les effets des interventions ne deviennent visibles dans la vie quotidienne que lorsque le groupe témoin commencerait à connaître un déclin cognitif suffisant. Ils ont donc refait passer des tests à leurs sujets après cinq ans et pu obtenir les réponses de 67 % des personnes de l'échantillon initial.

Les chercheurs ont, d'une part, mesuré

L'entraînement pour stimuler la capacité de raisonner était fondé sur des stratégies permettant de déceler la logique d'une séquence de mots ou de lettres (par exemple, a c e g i...) et de découvrir le prochain élément.

La dernière formation, destinée à accroître la vitesse de traitement, reposait sur la recherche visuelle d'éléments et la capacité de partager son attention. Le participant pouvait, par exemple, avoir à identifier un objet sur un écran d'ordinateur au cours de périodes de plus en plus courtes et ensuite avoir à séparer son attention entre deux tâches visuelles.

Chacune des trois interventions comprenait dix séances d'entraînement de 60 à 75 minutes. L'équipe de recherche passait un peu de temps à montrer aux sujets qu'ils pouvaient appliquer les stratégies enseignées aux situations de la vie de tous les jours. Les techniques de mémorisation pouvaient, par exemple, servir à se souvenir

les effets de chacune des interventions sur la fonction cognitive entraînée. D'autre part, ils ont évalué si les trois types de formation avaient une action bénéfique sur le fonctionnement quotidien. Pour cela, ils ont demandé aux sujets d'évaluer la difficulté qu'ils avaient à effectuer des tâches exigeantes sur le plan cognitif, comme préparer les repas, entretenir la maison, s'occuper de ses finances, prendre soin de sa santé, utiliser le téléphone et faire des achats.

Qu'en est-il ? Un seul des quatre groupes avait significativement moins de difficulté dans la vie de tous les jours que le groupe témoin : celui qui avait été entraîné à raisonner plus efficacement. « Il est possible que cette intervention ait montré aux gens à être beaucoup plus pragmatiques devant les tâches qu'ils ont à réaliser dans la vie de tous les jours », avance la P<sup>te</sup> Belleville. Par ailleurs, ni l'intervention pour améliorer la mémoire, ni celle pour accroître la vitesse de

traitement de l'information n'a eu cet effet général sur la vie quotidienne.

L'évolution des quatre groupes au cours des cinq ans de l'étude est intéressante (*figure*). Pendant les deux premières années, dans tous les groupes, les sujets estimaient que leur fonctionnement dans la vie de tous les jours s'améliorait. L'année suivante, les participants ont commencé à éprouver plus de difficulté dans leur vie quotidienne. Entre la troisième et la cinquième année, le déclin s'est accéléré pour le groupe témoin et, dans une moindre mesure, pour les trois autres groupes.

### Une action qui persiste

Fait intéressant, l'effet de chaque intervention persistait après cinq ans dans le domaine ciblé. Par exemple, les sujets formés à mieux mémoriser continuaient à avoir une meilleure mémoire, mais ne traitaient pas l'information plus rapidement ni ne raisonnaient plus efficacement.

Une formation supplémentaire pour rafraîchir les acquis est-elle utile ? Pour le savoir, les chercheurs ont offert quatre séances de plus à un sous-groupe de participants, 11 mois et 35 mois après l'entraînement initial. Les interventions pour stimuler la capacité de raisonner et celles pour accroître la vitesse de traitement de l'information ont effectivement eu un effet additionnel.

Les données de l'étude ACTIVE révèlent finalement qu'il est possible de ralentir la détérioration du fonctionnement quotidien liée à l'âge. Alors que peut-on faire pour rester en forme sur le plan cognitif quand on vieillit ? Des mots croisés ? « C'est déjà bien, mais ce n'est pas suffisant, estime la Pr<sup>ce</sup> Belleville. Il faut continuer à avoir des activités cognitives stimulantes. On peut lire, faire des sudoku, etc. On peut aussi faire du bénévolat et s'occuper de ses petits-enfants. Ces activités font appel à la résolution de problèmes. Toutefois, l'idéal serait que les personnes âgées aient accès à des programmes structurés leur enseignant des stratégies comme celles qui ont été utilisées dans l'étude, car le fait de "stimuler" ses facultés cognitives n'est pas l'équivalent de les entraîner comme on le fait dans cette recherche. » 🍷

## Mises en garde

### Rosiglitazone et risque de fracture chez les femmes

L'antidiabétique Avandia (rosiglitazone) pourrait être associé à une augmentation du risque de fracture chez les femmes. Dans une étude récente, les participantes qui prenaient ce médicament étaient significativement plus susceptibles d'être victimes de ce type de lésion que celles qui recevaient de la metformine ou du glyburide<sup>1</sup>.

L'étude ADOPT (A Diabetes Outcome and Progression Trial), au cours de laquelle ces observations ont été faites, portait sur 4360 sujets atteints de diabète de type 2. Cet essai clinique à répartition aléatoire comparait l'effet antihyperglycémiant de trois médicaments : la rosiglitazone, la metformine et le glyburide.

Au cours du suivi, qui s'est échelonné sur une période de quatre à six ans, les chercheurs ont découvert que 9,3 % des 645 femmes sous rosiglitazone avaient subi une fracture, par rapport à 5,1 % des participantes qui prenaient de la metformine et à 3,5 % de celles qui recevaient du glyburide (*tableau*). La plupart

1. Kahn SE, Haffner SM, Heise MA et coll. Glycemic durability of rosiglitazone, metformin or glyburide monotherapy. *N Engl J Med* 2006 ; 355 : 2427-43.

#### Pourcentage de patientes de l'étude ADOPT ayant eu une fracture

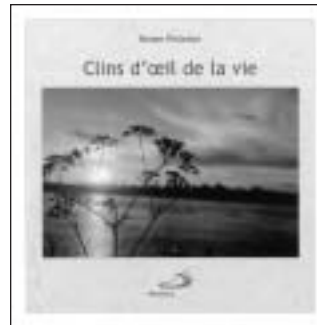
|   | Rosiglitazone | Metformine | Glyburide |
|---|---------------|------------|-----------|
| <b>Nombre de patientes</b>              | 645           | 590        | 605       |
| <b>% de fracture</b>                    | 9,3           | 5,1        | 3,5       |
| <b>P par rapport à la rosiglitazone</b> |               | < 0,01     | < 0,01    |

(Suite à la page 148) ►►►



## Clins d'œil de la vie

*Renée Pelletier*



Pour la **D<sup>re</sup> Renée Pelletier**, qui a connu le choc d'un cancer, la nature est une source de guérison et de ressourcement. Elle la voit comme un maître, une messagère, une école de vie. Photographe amateur, elle offre dans un petit livre plus d'une trentaine de jo-

lies photos de cette nature bienfaitrice. Fleurs roses sur ciel azuré, couchers de soleil poignants, frondaisons inondées de soleil, paysages champêtres. On y trouve aussi le jaune éclatant des tournesols, les reflets apaisants de l'eau, des instantanés de toutes les saisons.

Chaque image est accompagnée d'une pensée. « Taire les mots pour écouter le silence de la vie. Beauté, sérénité, pureté et douceur... La nature déborde de messages », chuchote Renée Pelletier devant l'ombre d'un sapin. Elle invite le lecteur, à chaque « photo-réflexion », à un temps d'arrêt et de méditation.

L'auteure a pris des centaines de photos, surtout au cours de sa maladie. Elle avait soif de la nature. Et l'admirer ne lui suffisait probablement pas. En prenant une photo, elle avait l'impression d'immortaliser en elle une parcelle de l'univers. Au fil des années, elle a ensuite eu envie d'écrire les pensées que lui inspiraient ses images. Elle souhaite maintenant que son ouvrage « permette à chacun de prendre conscience des incroyables ressources, forces et énergies de guérison » que recèle la nature. 🌿

Médiaspaul, Montréal, 2007, 80 pages, 16 \$.


*(Suite à la page 167) >>>>*

◀◀◀ (Suite de la page 25)

avaient eu des fractures au bras (humérus), à la main ou au pied. Ce problème n'a pas été relevé chez les hommes. Leur taux de fractures variait entre 3 % et 4 % dans chacun des groupes.

Les fractures liées à la prise de rosiglitazone ne touchaient pas les mêmes régions du corps que l'ostéoporose ménopausique qui atteint davantage la hanche et les vertèbres. Peu de participantes ont, par ailleurs, subi ce type de fractures ostéoporotiques et leur nombre était similaire dans les trois groupes de traitement.

Un lien entre la rosiglitazone et les fractures a également été observé dans une étude en cours. Le but de l'essai clinique qui comparait les associations rosiglitazone-metformine, rosiglitazone-sulfonylurée et metformine-sulfonylurée, était d'étudier les paramètres cardiovasculaires de patients atteints du diabète de type 2.

« Le risque de fracture doit être pris en considération dans les soins prodigués aux patients, particulièrement aux femmes atteintes du diabète de type 2, traitées à l'heure actuelle par la rosiglitazone ou dont l'instauration du traitement par la rosiglitazone est envisagée », mentionne le fabricant, GlaxoSmithKline, dont la mise en garde concerne les produits Avandia (rosiglitazone), Avandamet (rosiglitazone et metformine) et Avandaryl (rosiglitazone et glimépiride). 

(Suite à la page 170) ▶▶▶

## **Volonté politique et pouvoir médical**

**la naissance de l'assurance maladie  
au Québec et aux États-Unis**

*Joseph Facal*



Toujours à la une de l'actualité, le système de santé québécois connaît quelques fois des hauts, mais le plus souvent des bas. Manque de ressources financières, pénurie de médecins, longues listes d'attente, encombrement dans les urgences ne sont que quelques-uns des maux qui l'affectent constamment. Pour mieux comprendre notre système de santé et ses difficultés, cet ouvrage propose de remonter dans le temps et de retourner aux sources du malaise.

Sociologue de formation et ex-homme politique d'expérience, **M. Joseph Facal** est bien placé pour analyser la situation, ayant occupé un poste d'observateur privilégié

pendant de nombreuses années, notamment à titre de ministre d'État à l'Administration et à la Fonction publique et en tant que président du Conseil du Trésor.

Afin de mieux comprendre les problèmes d'aujourd'hui, l'auteur regarde de près ce qui s'est passé hier. En quelque sorte, il raconte l'histoire du système de santé québécois, de la création du ministère de la Santé du Québec, en 1936, à la Commission Castonguay-Nepveu qui a donné naissance à l'assurance maladie en 1970, en passant par le plan fédéral d'assurance hospitalisation de 1961.

En disséquant les mécanismes de prise de décisions au sein des gouvernements, monsieur Facal évoque comment, à coups de lois, le gouvernement québécois a transformé les structures et les règles régissant le domaine de la santé au Québec. L'auteur fait même une comparaison entre le système de santé québécois et celui des États-Unis en soulignant la création de structures comme Medicare, Medicaid et les HMO (Health Maintenance Organizations). De nombreuses notes explicatives et une importante bibliographie viennent compléter ce document exhaustif sur le système de santé. 📖

Les Éditions du Boréal, Montréal, 2006, 360 pages, 29,95 \$.

*(Suite à la page 177) ►►►*



◀◀◀ (Suite de la page 148)

## **Baraclude et résistance aux traitements antiVIH**

Le Baraclude (entécavir), indiqué dans le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B, pourrait être lié à l'apparition d'une souche de VIH résistante, avertit son fabricant, Bristol-Myers Squibb.

Aux États-Unis, un rapport a signalé que le virus de l'immunodéficience humaine d'un patient traité par le Baraclude est devenu résistant à un médicament contre le sida. Cette personne, qui était également atteinte de l'hépatite B, ne suivait alors plus de multithérapie antirétrovirale (HAART) contre le VIH. Fait étrange, même si les études ne montrent pas que le Baraclude ait une activité contre le VIH, le taux de ce virus a diminué pendant la prise de l'entécavir. Ce phénomène, qui a également été mentionné dans deux autres rapports, pourrait augmenter le risque d'apparition de formes de VIH résistant aux médicaments.

Bristol-Myers Squibb, prévient donc que « d'après les données actuelles, lorsqu'on envisage un traitement par BARACLUDGE\* chez un patient co-infecté par le VIH et le VHB qui n'est pas sous un traitement HAART, on ne peut exclure le risque de l'émergence d'un VIH résistante. La prudence est de mise lorsque le BARACLUDGE\* est administré dans ces circonstances. »

(Suite à la page 174) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 170)

## **Hormonothérapie quelques chiffres**

La prescription de traitements hormonaux substitutifs aux femmes ménopausées continue-t-elle à diminuer ? Ce serait le cas, selon les données d'IMS Health Canada. De juillet 2005 à juillet 2006, le nombre d'ordonnances a baissé de 9 %.

Déjà, en 2005, le nombre d'ordonnances exécutées avait chuté de plus de la moitié par rapport à 2001, année qui a précédé la publication de l'étude de la *Women's Health Initiative*. On sait que cet essai clinique révélait que le traitement hormonal substitutif combiné haussait à long terme le risque de cardiopathie et de cancer du sein. Jusqu'alors, le volume d'ordonnances d'hormonothérapie avait progressivement augmenté au fil des ans.

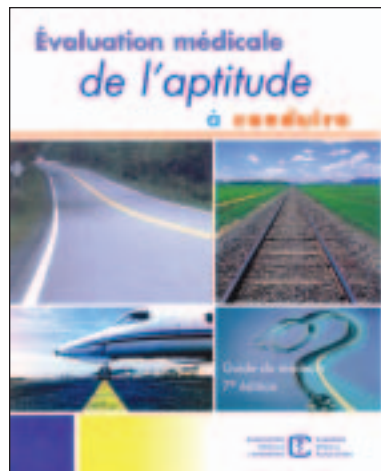
En 2005, 51 % des femmes à qui un médecin exerçant dans un cabinet a recommandé un traitement hormonal substitutif avaient entre 50 et 59 ans. Les patientes de 60 à 69 ans ne représentaient que 20 % du groupe et celles de 70 ans et plus que 4 %.

Les médicaments les plus prescrits en 2006 étaient :

- ⊗ Premarin (2,1 millions d'ordonnances exécutées) ;
- ⊗ Prometrium (487 000 ordonnances) ;
- ⊗ Ratio-MPA (460 000 ordonnances) ;
- ⊗ Estrace (466 000 ordonnances) ;
- ⊗ CES (372 000 ordonnances) ;
- ⊗ Autres (1,7 million d'ordonnances). ☞

## Évaluation médicale de l'aptitude à conduire : Guide du médecin

Association médicale canadienne



Voici la septième édition du guide destiné à aider les médecins à évaluer l'aptitude de leurs patients à conduire. Dès le début, le document précise que le clinicien n'est pas tenu de décider si l'on accordera ou suspendra un permis : « La responsabilité du médecin consiste à décrire la situation, et le bureau des véhicules automobiles\* prendra une décision en se fondant sur les observations du médecin et sur son interprétation des règlements. »

Le livre offre un panorama des différents facteurs qui peuvent nuire à la conduite automobile : médicaments, vieillissement, alcool. Un chapitre est également consacré à chacune

des affections qui réduisent les capacités d'un conducteur : les troubles du sommeil, les maladies psychiatriques, les troubles du système nerveux, les problèmes de vision ou d'audition, les maladies cardiovasculaires, etc. Au début de chaque section, un encadré contient les renseignements clés à retenir.

Les diagnostics ne sont maintenant plus aussi déterminants dans la décision de suspendre le permis de conduire. Depuis la dernière version du guide, les tribunaux ont reconnu que la capacité d'un conducteur à s'adapter à un problème de santé varie en fonction des gens. Ainsi, une personne atteinte d'une affection qui pourrait limiter sa capacité de conduire peut demander à passer une évaluation fonctionnelle qui comprend souvent un examen sur la route.

Le livre s'est également enrichi d'une nouvelle section qui propose des stratégies pour discuter avec le patient de la renonciation à la conduite. « Avant le rendez-vous, il faut réfléchir aux déficiences du patient. Il peut être important de demander à sa ou à son partenaire ou à un autre aidant d'être présent », conseille, par exemple, le guide. Il comporte également deux nouveaux chapitres sur les travailleurs de l'aéronautique et sur ceux des chemins de fer. ☞

Association médicale canadienne, 2006, Ottawa, 140 pages, 44,95 \$.

Pour les membres de l'AMC, la première copie est gratuite et les autres coûtent 27,95 \$ chacune. Pour commander, composez le 888 855-2555.

On peut également télécharger le livre ou les chapitres gratuitement à partir du site de l'AMC : [www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/18223/la\\_id/2.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/18223/la_id/2.htm)

\* Au Québec, il s'agit de la Société de l'assurance automobile du Québec.