

Aptitude cognitive à la conduite automobile: retour d'expérience du Centre Leenaards de la Mémoire

SABRINA CARLIER^a, Pr JEAN-FRANÇOIS DEMONET^a et Dr OLIVIER ROUAUD^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 225-9

Les troubles cognitifs peuvent interférer avec l'aptitude à la conduite automobile. Une hausse des demandes d'évaluation ciblée sur cet aspect est observée au Centre Leenaards de la Mémoire. Les modifications de la loi pourraient être un facteur explicatif. Les avis formulés en 2019 sont majoritairement défavorables chez les patients présentant des troubles cognitifs dus à une maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée, mais jamais en lien avec le vieillissement seul. Les avis défavorables sont fréquents avant l'âge de 75 ans. Chaque situation est donc unique et chaque décision prise se base non pas sur l'âge du patient, ni sur le diagnostic étiologique, mais sur le profil cognitif. Nous abordons dans cet article les raisons d'un avis défavorable et les discutons dans le contexte des missions de notre centre.

Cognitive fitness to drive: feedback at Leenaards Memory Centre

Cognitive impairment can interfere with the fitness to drive. An increase in requests to assess this aspect is observed at Leenaards Memory Centre. Changes in the law could be an explanatory factor. The views formulated in 2019 are mainly unfavorable because all the patients present cognitive disorders, generally attributed to Alzheimer's disease or a related disorder, but never linked with aging only. Moreover, unfavorable views are frequently expressed before the age of 75. Therefore, each patient is unique, and each decision is based neither on the patient's age or his diagnosis, but rather on his cognitive profile. In this article we discuss the reasons for an unfavorable view and discuss them in the context of the tasks of our centre.

INTRODUCTION

Le Centre Leenaards de la Mémoire (CLM) du CHUV a comme missions de soins le diagnostic et la prise en charge de personnes présentant des troubles cognitifs suspects de maladie d'Alzheimer (MA) ou de syndromes apparentés. L'aptitude cognitive à la conduite automobile est évaluée chez certains de ces patients. Cet avis se donne en équipe pluridisciplinaire et intègre plusieurs paramètres. Ces patients sont parfois anosognosiques ou dans le déni de leurs difficultés, ce qui justifie une hétéro-anamnèse avec un proche. Il est important de tenir compte du jugement de ce dernier quand il signale une conduite limite ou dangereuse, car cela se vérifie

environ 8 fois sur 10 lors d'un test de conduite sur route.¹ Malgré le manque de validité écologique, l'examen neuropsychologique conditionne le jugement clinique du médecin. Celui-ci va permettre d'identifier les conducteurs à risque et de faire une prédiction sur la base du profil cognitif. Il n'existe pour autant pas de consensus sur les domaines cognitifs à évaluer ou les tests à utiliser. L'évaluation de certaines fonctions, telles que la perception visuelle, les capacités visuo-spatiales, l'attention sélective et divisée, la vitesse de traitement de l'information et les fonctions exécutives, serait toutefois impérative pour déterminer l'aptitude à la conduite.² Les données sont plus controversées pour ce qui est du langage et de la mémoire. Il est aussi nécessaire, lors de cet examen, de tenir compte des paramètres mesurés et des données confondantes (par exemple, faible niveau d'acquisition scolaire, maîtrise de la langue française, anxiété de performance...). La nosognosie de ses propres aptitudes et l'énonciation d'éventuelles critiques concernant les restrictions mises en place sont aussi des informations importantes. Lorsque ces données ont été collectées, le neuropsychologue émet un avis favorable ou non à la poursuite de la conduite automobile. En cas de doutes ou de difficultés d'interprétation de résultats (par exemple, scores limites, anxiété entravant les performances aux tests, données normatives absentes en raison du faible niveau socioculturel...), une course d'essai sur route avec l'un des moniteurs d'auto-école collaborant avec les centres mémoire est demandée. Elle n'a actuellement aucune valeur juridique en Suisse, mais s'avère utile dans les situations limites.

Cet article a pour objectifs de rapporter la part de l'évaluation de l'aptitude cognitive à la conduite au sein de l'activité du CLM, d'identifier les raisons d'un avis défavorable et de partager nos réflexions avec nos médecins correspondants sur ce sujet sensible pour les patients dans le contexte de nos missions. Les résultats rapportés ici sont basés sur des données statistiques agrégées, issues des systèmes de gestion de l'activité du CLM.³ Seuls les résultats des patients âgés de 65 ans et plus ont été analysés sur la période 2013-2019, sachant que l'année 2013 (date de l'ouverture du CLM) semble peu représentative de l'activité du centre. L'information à propos de l'avis formulé a été recueillie soit au sein du rapport neuropsychologique, soit au sein de notre système d'information. Une analyse plus fine de l'année 2019 est également réalisée, car elle intègre l'uniformisation entre les neuropsychologues des critères de l'aptitude à la conduite et une nouvelle approche diagnostique distinguant systématiquement le stade évolutif, l'étiologie et le profil cognitif des troubles.

^aDépartement des neurosciences cliniques, Centre Leenaards de la Mémoire, CHUV, 1011 Lausanne
sabrina.carlier@chuv.ch | jean-francois.demonet@chuv.ch
olivier.rouaud@chuv.ch

HAUSSE DES DEMANDES D'ÉVALUATION DEPUIS 2016: EFFET DE LA RÉVISION DE LA LOI MAIS PAS QUE

Nous constatons une hausse du nombre de demandes d'évaluation ciblée sur l'aptitude à la conduite entre 2013 et 2019 (**tableaux 1 et 2**). Elle a été évaluée chez 479 patients âgés de 65 ans et plus. La majorité était des hommes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les hommes de ces générations sont plus nombreux à posséder un permis de conduire. Des études montrent aussi que les femmes (avec ou sans syndrome démentiel) cessent de conduire plus précocement⁴ car elles conduisent généralement moins fréquemment, ont moins confiance en leur conduite, sont plus facilement influencées par les propos de leur famille et adhèrent mieux aux recommandations de leurs médecins.⁵

Nous recensons 57 bilans neuropsychologiques ciblés sur cet aspect en 2014, soit 18% des demandes d'examen toutes problématiques confondues, versus 101 en 2019, soit un quart des bilans. Une hausse d'environ 43% a donc été observée en 5 ans. L'augmentation est particulièrement marquée entre 2016 et 2017 et entre 2017 et 2018. La révision en juillet 2016 des exigences médicales minimales pour posséder un permis de conduire, figurant dans l'annexe I de l'Ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière (OAC), pourrait être l'un des facteurs de cette augmentation. Les directives y sont assez précises concernant certaines fonctions sensorielles et maladies. Elles le sont moins pour ce qui est des troubles des fonctions cérébrales d'origine organique: la personne ne devrait pas présenter «de maladies ou de troubles psychiques d'origine organique perturbant de façon significative la conscience, l'orientation, la mémoire, l'intellect, la réactivité et pas d'autre trouble des fonctions cérébrales». En effet, la loi ne nous dit pas clairement quelles fonctions cognitives sont pertinentes pour l'aptitude à la conduite. Les différentes composantes de l'attention (sélective, divisée, soutenue, etc.) sont ignorées et les fonctions exécutives (inhibition, flexibilité mentale, etc.), qui sont pourtant fortement impliquées dans cette activité,⁶ ne sont pas mentionnées. Par ailleurs, la gravité des troubles cognitifs n'est pas clairement définie puisqu'aucun seuil n'est spécifié. Cette augmentation d'activité peut également être expliquée par une orientation plus systématique pour évaluer l'aptitude cognitive. La tâche du médecin peut s'avérer délicate dans un contexte d'évaluation obligatoire à 75 ans. En effet, il dispose seulement de quelques outils (Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Mini Mental State Examination (MMS), Trail Making Test, test de la montre), permettant certes de détecter des troubles cognitifs, mais pas de prédire les risques accidentels,⁷ ni d'appréhender l'ensemble des compétences cognitives nécessaires pour effectuer cette activité.⁸ Il se pourrait également que, une fois les troubles détectés, ils craignent de rompre l'alliance thérapeutique avec leurs patients en se prononçant à ce sujet, et préfèrent donc déléguer

TABLEAU 2		Nombre de rapports évaluant la conduite selon l'âge et le sexe	
Groupe d'âge	Femme	Homme	Total général
65-69	12 (2,5%)	37 (7,7%)	49 (10,2%)
70-74	42 (8,7%)	69 (14,4%)	111 (23,2%)
75-79	43 (9%)	93 (19,4%)	136 (28,4%)
80-84	28 (5,8%)	100 (20,9%)	128 (26,7%)
85-89	17 (3,5%)	25 (5,2%)	42 (8,8%)
90-94	2 (0,4%)	10 (2,1%)	12 (2,5%)
95-99	0	1 (0,2%)	1 (0,2%)
Total général	144 (30%)	335 (70%)	479 (100%)

cette tâche à des centres spécialisés. Il est également possible de penser que les troubles cognitifs sont repérés plus précocement en médecine générale, en lien avec une amélioration des connaissances et une sensibilité accrue à ce domaine.

AVIS DÉFAVORABLE POUR L'APTITUDE À LA CONDUITE

L'âge n'y semble pour rien mais les pathologies cérébrales qui lui sont reliées si

Trois cent vingt-quatre patients ont reçu un avis défavorable, soit 68% des situations (**tableau 3**). Dans environ 16% des cas, l'avis des neuropsychologues est favorable et dans 17% sous réserves, à savoir qu'ils ont des doutes ou des difficultés à interpréter les résultats et qu'une course d'essai sur route avec un moniteur d'auto-école est donc demandée. La tendance observée est globalement la même quels que soient le sexe et l'âge. Environ 35% des patients ont par ailleurs un avis défavorable avant l'âge de 75 ans. Ces résultats indiquent que l'inaptitude à la conduite n'est pas liée à l'âge de l'individu, mais à un dysfonctionnement cérébral pathologique, qui peut se manifester avant l'âge du premier contrôle médical obligatoire, généralement sous la forme d'une MA ou de maladies apparentées. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2019, les conducteurs âgés de 75 ans et plus doivent se soumettre à un examen cognitif obligatoire selon la révision de la loi. En termes de politique de santé publique et de sécurité collective, ce seuil chronologique est recevable par rapport à la prévalence importante des déficits sensoriels et des pathologies cognitives. En revanche, nos observations soulignent l'importance, pour les médecins traitants, d'être attentifs, bien avant cette limite d'âge, à tout changement cognitif de leurs patients qui pourrait influencer sur leurs capacités et aptitudes.

Profil cognitif plus important que l'étiologie et son retentissement fonctionnel

Le **tableau 4** montre que 64% des patients évalués en 2019 présentent un trouble neurocognitif (TNC) mineur (ou Mild

TABLEAU 1		Nombre de rapports évaluant la conduite chez les 65 ans et plus					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre et pourcentage par rapport au total des rapports neuropsychologiques évaluant la conduite automobile	23 (9,8%)	57 (18,1%)	59 (20,3%)	54 (19,3%)	83 (21%)	102 (23,4%)	101 (24%)
Nombre de rapports neuropsychologiques totaux	235	315	291	280	395	436	420

TABLEAU 3

Avis selon l'âge et le sexe de 2013 à 2019

Sexe et groupe d'âge	Avis sur l'aptitude à la conduite automobile			Total général
	Défavorable	Favorable	Sous réserves	
Femme	105 (21,9%)	20 (4,2%)	19 (4%)	144 (30,1%)
65-69	9 (1,9%)	2 (0,4%)	1 (0,2%)	12 (2,5%)
70-74	31 (6,5%)	5 (1%)	6 (1,2%)	42 (8,8%)
75-79	31 (6,5%)	6 (1,2%)	6 (1,2%)	43 (9%)
80-84	21 (4,4%)	4 (0,8%)	3 (0,6%)	28 (5,8%)
85-89	11 (2,3%)	3 (0,6%)	3 (0,6%)	17 (3,5%)
90-94	2 (0,4%)	0	0	2 (0,4%)
Homme	219 (45,7%)	55 (11,5%)	61 (12,7%)	335 (69,9%)
65-69	25 (5,2%)	4 (0,8%)	8 (1,7%)	37 (7,7%)
70-74	48 (10%)	8 (1,7%)	13 (2,7%)	69 (14,4%)
75-79	58 (12,1%)	21 (4,4%)	14 (2,9%)	93 (19,4%)
80-84	62 (12,9%)	19 (4%)	19 (4%)	100 (20,9%)
85-89	18 (3,8%)	2 (0,4%)	5 (1%)	25 (5,2%)
90-94	8 (1,7%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)	10 (2,1%)
95-99	0	0	1 (0,2%)	1 (0,4%)
Total général	324 (67,6%)	75 (15,7%)	80 (16,7%)	479 (100%)

TABLEAU 4

Avis en 2019 selon le stade clinico-fonctionnel

Stade clinico-fonctionnel	Avis sur l'aptitude à la conduite automobile			Total général
	Défavorable	Favorable	Sous réserves	
Absence de troubles	0	2 (2%)	0	2 (2%)
Trouble cognitif majeur (DSM-5)	25 (24,7%)	3 (3%)	5 (5%)	33 (32,7%)
Trouble cognitif mineur (DSM-5)	35 (34,6%)	15 (14,8%)	15 (14,9%)	65 (64,3%)
Pas de diagnostic	0	0	1 (1%)	1 (1%)
Total général	60 (59,3%)	20 (19,8%)	21 (20,9%)	101 (100%)

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5.

TABLEAU 5

Avis en 2019 selon la présentation syndromique

Présentation syndromique	Avis sur l'aptitude à la conduite automobile			Total général
	Défavorable	Favorable	Sous réserves	
Dominante cognitive / amnésique (atteinte de l'encodage et/ou du stockage)	31 (30,7%)	7 (6,9%)	10 (9,9%)	48 (47,5%)
Dominante cognitive / non amnésique - trouble du langage	0	2 (2%)	0	2 (2%)
Dominante cognitive / non amnésique - trouble visuel	1 (1%)	0	0	1 (1%)
Absence de troubles	0	2 (2%)	0	2 (2%)
Présentation diffuse	4 (4%)	0	1 (1%)	5 (4,9%)
Syndrome dysexécutif cognitif ou/et comportemental prédominant	24 (23,8%)	9 (8,9%)	9 (8,9%)	42 (41,6%)
Pas de diagnostic	0	0	1 (1%)	1 (1%)
Total général	60 (59,5%)	20 (19,8%)	21 (20,8%)	101 (100%)

Cognitive Impairment (MCI)) et 33% ont un TNC majeur (ou démence). La raison de l'inaptitude est donc toujours la présence d'un TNC. Nous n'avons pas eu à nous prononcer pour des cas de plaintes subjectives (sans trouble objectif) alors que cela représente une part importante des diagnostics faits au CLM. Ce sont les patients présentant un TNC majeur (Clinical Dementia Rating (CDR) ≥ 1) qui ont reçu essentiellement un avis défavorable (76% des patients). L'avis est moins tranché pour ceux qui ont un TNC mineur (CDR $< 0,5$): environ la moitié des patients ont reçu un avis défavorable, tandis que l'autre moitié reçoit un avis favorable ou sous réserves. Ces résultats semblent en accord avec l'avis des experts dans le domaine, à savoir que l'arrêt de la conduite ne devrait en aucun cas être recommandé sur la base seulement du stade évolutif ou de l'étiologie des troubles cognitifs, en raison d'une grande variabilité des performances chez les patients.⁹ Bien que certains auteurs aient proposé des recommandations et algorithmes décisionnels,¹⁰ il n'existe pas à l'heure actuelle de lignes directrices claires.¹¹ La majorité des experts recommandent qu'un patient présentant un TNC majeur soit déclaré inapte lorsque le score au CDR est supérieur à 1. En revanche, la situation est moins claire pour les patients présentant un TNC mineur au vu de la grande hétérogénéité des profils.¹² Dans ce contexte, la recherche de drapeaux rouges¹³ est essentielle, à savoir le jugement des proches sur une conduite « limite ou dangereuse », les antécédents de contraventions (dans les 2-3 ans précédents) et d'accidents (dans les 5 ans précédents), ainsi qu'une anamnèse de réduction du kilométrage et de restriction de conduite. Ce sont les patients avec des troubles cognitifs diffus qui obtiennent majoritairement un avis défavorable (tableau 5). Ceci n'est pas étonnant vu que les troubles cognitifs sont probablement plus sévères chez ces patients et témoignent d'une phase plus avancée de leur maladie. À l'opposé, les 2 patients avec une atteinte langagière prédominante ont reçu un avis favorable, ce qui signifie que la présence de troubles langagiers isolés ne constitue pas nécessairement une contre-indication à la conduite automobile. Ce résultat pourrait être en accord avec certains groupes de recherche qui ont montré qu'il n'y a pas de relation claire entre l'aphasie et l'aptitude à la conduite. Les patients avec une atteinte mnésique prédominante ont reçu plus d'avis défavorables que ceux présentant des troubles essentiellement dysexécutifs. Bien que la présence d'autres troubles cognitifs, associés aux troubles mnésiques ait pu conduire à cet avis, ce résultat nous a quelque peu surpris car

la mémoire épisodique a, semble-t-il, souvent été sous-évaluée dans le domaine de la conduite. Il semble toutefois important d'en tenir compte car elle fait désormais pleinement partie des critères de la nouvelle loi.

La MA et les troubles vasculaires sont les principales étiologies (tableau 6) observées. Elles sont les causes les plus fréquentes chez les plus de 65 ans. Les données montrent également qu'un examen n'est pas uniquement défavorable dans le cadre d'une MA car 55% des patients qui ont reçu un avis défavorable présentent d'autres diagnostics étiologiques. Elles suggèrent aussi que ce n'est pas parce qu'un patient est atteint d'une MA qu'il ne peut plus conduire étant donné que 20% d'entre eux obtiennent un avis favorable ou sous réserves. Ceci confirme à nouveau que l'arrêt de la conduite ne devrait en aucun cas être recommandé sur la base d'un diagnostic étiologique, en particulier de MA, sachant que celle-ci peut être diagnostiquée précocement et se manifester sous des formes cognitives différentes.

Un autre résultat intéressant est que douze personnes n'ont pas reçu de diagnostic, probablement parce qu'elles ont décidé d'arrêter tout suivi avant la restitution. Ceci fait discuter cette question spécifique dans le contexte des missions d'un centre mémoire, mais aussi plus généralement de la question des annonces faites aux patients.

Le dilemme: peut-on annoncer deux mauvaises nouvelles lors d'une seule consultation?

L'inaptitude à conduire un véhicule est un sujet délicat à aborder avec les patients, car la perte du permis de conduire peut avoir des conséquences importantes dans leur vie quotidienne (perte d'autonomie, symptômes dépressifs, isolement social, etc.), mais aussi au niveau médical, notamment sur les suites du plan de soins et de la prise en charge, du fait d'un risque de rupture dans l'alliance thérapeutique. En effet, certaines personnes peuvent réagir fortement en manifestant de la colère, de l'agressivité, et en exprimant leur intention de continuer à conduire, mais également leur refus d'investigations complémentaires à des fins diagnostiques et de prise en

charge. Dans les cas les plus extrêmes, heureusement rares, certains patients peuvent exprimer des menaces de suicide ou de mise en poursuite légale. Ceci témoigne de la difficulté de l'annonce de l'inaptitude et de la temporalité de celle-ci. Cette annonce est une mauvaise nouvelle et fait partie des actions du plan de soins lorsque l'évaluation émet un avis défavorable. Elle doit être formulée puisqu'il s'agit de protéger une personne vulnérable ainsi que les autres usagers et qu'il y a un cadre légal. Toutefois, cela génère une difficulté majeure lorsque celle-ci est en conflit temporel avec l'annonce de la maladie qui est à la cause de l'inaptitude. L'annonce diagnostique d'une MA est un temps fondamental de la prise en charge. Il s'agit d'un moment unique à l'origine fréquemment d'une sidération psychique et de manifestations d'émotions multiples, en particulier dans les stades légers à modérés, et qu'elle nécessite du temps pour être « digérée ». Certaines études rapportent que la question de la conduite est souvent évitée par les médecins pour qu'elle ne passe pas au second plan.¹⁴ D'autre part, les symptômes anxieux et dépressifs diminuent après l'annonce d'une MA,¹⁵ ce qui argue en faveur d'un état plus propice à recevoir ce type d'information de manière légèrement différée.

CONCLUSION

Les évaluations de l'aptitude à la conduite automobile sont de plus en plus fréquentes au CLM. La décision sur l'inaptitude n'est basée ni sur l'âge du patient ni sur l'étiologie des troubles, mais sur son profil cognitif déterminé à l'aide d'un examen neuropsychologique approfondi. La raison de l'inaptitude est toujours liée à une condition pathologique sous-jacente. Il nous semblerait préférable de pouvoir dissocier l'annonce de l'inaptitude de l'annonce de la maladie à l'origine de celle-ci tant les deux représentent de mauvaises nouvelles.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Au Dr Daniel Damian et à M. Mirco Nasuti du Centre Leenaards de la Mémoire qui nous ont extrait toutes les données présentées.

		Avis en 2019 selon le diagnostic étiologique			Total général
		Avis sur l'aptitude à la conduite automobile			
Diagnostic étiologique	Défavorable	Favorable	Sous réserves		
Autres neuro-dégénérescences	4 (4%)	1 (1%)		5 (4,9%)	
Encéphalopathies	4 (4%)	2 (2%)	2 (2%)	8 (7,9%)	
Inconnu	6 (5,9%)	6 (5,9%)		12 (11,9%)	
Maladie d'Alzheimer	27 (26,7%)	2 (2%)	8 (7,9%)	37 (36,6%)	
Maladies - autres			1 (1%)	1 (1%)	
Organiques - autres	1 (1%)			1 (1%)	
Troubles psychiatriques		1 (1%)		1 (1%)	
Vasculaire	18 (17,8%)	8 (7,9%)	9 (8,9%)	35 (34,6%)	
Pas de diagnostic			1 (1%)	1 (1%)	
Total général	60 (59,4%)	20 (19,8%)	21 (20,8%)	101	

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Un test de dépistage cognitif anormal ne devrait pas mener d'emblée à une décision d'inaptitude, mais conduire à des examens complémentaires, tels qu'un bilan neuropsychologique
- En cas de détection de troubles aux tests systématiques après 75 ans, le motif principal de l'orientation vers un centre mémoire communiqué au patient et à son entourage doit être le bilan étiologique des troubles et non l'aptitude à la conduite. Celle-ci découlera de ce bilan et cela facilitera la communication ultérieure
- L'arrêt de la conduite n'est pas défini par l'étiologie des troubles mais par leurs profils
- Les maladies cognitives, à l'origine d'une inaptitude à la conduite, ne sont pas rares avant 75 ans, ce qui motive une attention particulière de chaque médecin aux changements cognitifs chez leurs patients

- 1 Uc EY, Rizzo M, Anderson SW, et al. Driver route following and safety errors in early Alzheimer's disease. *Neurology* 2009;72:521-7.
- 2 Wolfe PL, Lehouckey KA. Neuropsychological assessment of driving capacity. *Arch Clin Neuropsychol* 2016;31:517-29.
- 3 *Damian D, Rouaud O, Draganski B, et al. Memory Center: The Lausanne Model. *Clinical and Translational Neuroscience* 2018;2:1-8.
- 4 Baines N, Au B, Rapoport MJ, et al. Meta-analysis of driving cessation in dementia: does sex matter? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2018;73:1185-89.
- 5 Velayudhan L, Baillon S, Urbaskova G, et al. Driving cessation in patients attending a young-onset dementia clinic: a retrospective cohort study. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 2018;8:190-8.
- 6 Adrian J, Postal V, Moessinger M, et al. Personality traits and executive functions related to on-road driving performance among older drivers. *Accid Anal Prev* 2011;43:1652-9.
- 7 Joseph PG, O'Donnell MJ, Teo KK, et al. The Mini-Mental State Examination, clinical factors, and motor vehicle crash risk. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:1419-26.
- 8 Rizzo M. Impaired driving from medical conditions: A 70-year-old man trying to decide if he should continue driving. *JAMA* 2011;305:1018-26.
- 9 Anstey KJ, Eramudugolla R, Chopra S, et al. Assessment of driving safety in older adults with mild cognitive impairment. *J Alzheimers Dis* 2017;57:1197-205.
- 10 *Büla C, Eyer S, Von Gunten A, et al. Conduite automobile et troubles cognitifs : comment anticiper ? *Rev Med Suisse* 2011;7:2184-9.
- 11 Carter K, Monaghan S, O'Brien J, et al. Driving and dementia: a clinical decision pathway. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015;30:210-6.
- 12 Olsen K, Taylor JP, Thomas A. Mild cognitive impairment: safe to drive? *Maturitas* 2014;78:82-5. OU Fuermaier AB, Piersma D, de Waard D, et al. Assessing fitness to drive-A validation study on patients with mild cognitive impairment. *Traffic Inj Prev* 2017;18:145-9.
- 13 **Pasche C, Liaudet A, Selz R, et al. Aptitude à la conduite : prises en charge spécifiques en 2017. *Rev Med Suisse* 2017;13:1882-90.
- 14 Betz ME, Jones J, Petroff E, et al. « I wish we could normalize driving health »: A qualitative study of clinical discussions with older drivers. *J Gen Intern Med* 2013;28:1573-80.
- 15 Carpenter BD, Xiong C, Porensky EK, et al. Reaction to a dementia diagnosis in individuals with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:405-12.

* à lire

** à lire absolument