



# Bulletin sur la démence destiné aux médecins

Vol. 5, N° 2

OTTAWA

été 2005

Une publication du Réseau de la démence d'Ottawa

## Dans ce numéro

Prudence dans la prescription des antipsychotiques atypiques

Conduite automobile et démence : Comment dire à mes patients qu'ils doivent cesser de conduire?

## Ont contribué

Louise Carrier MD, FRCP  
Services communautaires de  
psychiatrie gériatrique d'Ottawa

Anna Byszewski, MD, FRCP(C)  
Directrice, Hôpital gériatrique de jour  
Unité d'évaluation gériatrique  
Hôpital d'Ottawa, Civic Campus

Frank Molnar, MD, FRCP(C)  
Division de médecine gériatrique  
Université d'Ottawa

## Available in English

Traduction gracieuseté de :



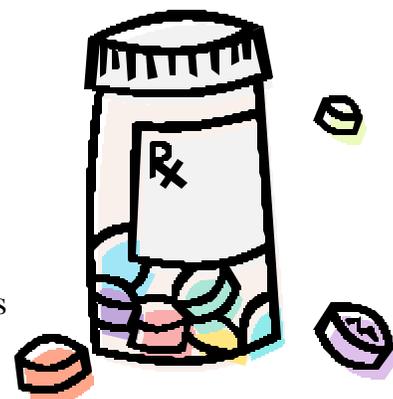
## Pour plus d'information

Marg Eisner  
Société Alzheimer d'Ottawa  
1750, chemin Russell, Suite 1742  
Ottawa, (Ontario) K1G 5Z6  
Téléphone : (613) 523-4004  
Courriel : meisner@alzheimerott.org

## Prudence dans la prescription des antipsychotiques atypiques

Louise Carrier, MD, FRCP  
Services communautaires de  
psychiatrie gériatrique d'Ottawa

Est-il sans danger de prescrire des antipsychotiques atypiques pour traiter les symptômes comportementaux chez les patients atteints de démence? Depuis quelques années, l'innocuité des antipsychotiques atypiques (AA) dans le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) fait l'objet d'une surveillance accrue. Quelles sont les preuves pour ou contre la pratique de prescription des AA dans le traitement des SCPD?



Plusieurs études randomisées contrôlées par placebo (ERC) publiées, regroupant plus de 1 150 patients pour la rispéridone (trois études) et 850 patients pour l'olanzapine (deux études), et deux essais contrôlés par placebo avec la quétiapine publiés sous forme de résumé, ont montré une efficacité modérée dans le traitement des SCPD. Environ 60 % des patients sous AA ont enregistré une amélioration contre 40 % du groupe placebo (NNT = 5). Du point de vue clinique, on a remarqué que ces médicaments étaient en général mieux tolérés que les antipsychotiques classiques. Les AA sont associés à un nombre moindre de cas de parkinsonisme, d'acathisie, de dyskinésie tardive, de sédation, d'hypotension orthostatique et d'effets anticholinergiques.

Des syndromes métaboliques (obésité tronculaire, insulino-résistance, hypertriglycéridémie)

...Suite à la page 2

ont été associés à cette classe de médicaments. Récemment on s'est inquiété en particulier du risque accru d'événements indésirables cérébrovasculaires (EICV), avec un rapport de cotes de 3, chez les personnes traitées par la rispéridone et l'olanzapine, et d'une multiplication par deux de la mortalité toutes causes confondues par rapport au groupe placebo. Le nombre nécessaire d'individus à traiter pour qu'en moyenne un effet indésirable survienne (NNH) pour chaque année de traitement se situe entre 4 et 14.

L'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA) et le comité sur l'innocuité des médicaments (Committee for the Safety of Medicine) au R.-U. ont donné un avis défavorable à la prescription de rispéridone et d'olanzapine pour le traitement des SCPD chez les personnes atteintes de démence. Nous ne connaissons pas le risque associé aux autres antipsychotiques car ces données ne sont présentement pas disponibles. L'absence de données ne signifie pas que le risque est moindre. La posologie et la durée du traitement n'étaient pas associées au risque d'apparition d'EICV, et une relation dans le temps n'était pas non plus évidente. Le mécanisme par lequel ces médicaments pourraient provoquer un accident vasculaire cérébral n'est pas clair. Les facteurs de risque préexistants (hypertension, diabète, fibrillation auriculaire, tabagisme, âge supérieur à 75 ans et diagnostic de démence vasculaire ou mixte) ont été associés au risque d'EICV. Par ailleurs, les facteurs de risque pour l'augmentation des décès comprenaient la sédation apparaissant avec le traitement, l'utilisation concomitante des benzodiazépines et les pathologies pulmonaires comme la pneumonie avec ou sans aspiration.

L'ampleur des risques est-elle suffisante pour contrebalancer les bienfaits probables dans le traitement des SCPD? Les agences européennes du médicament en sont convaincues. La FDA et Santé Canada ont émis un avertissement et demanderont aux fabricants d'inclure un feuillet

d'information sur l'innocuité pour ces médicaments (avertissement encadré de noir).

Que doivent faire les cliniciens alors que les AA restent un choix de traitement utile quand toutes les autres possibilités ont été épuisées, comme l'exclusion d'un délire ou d'une pathologie contributive, quand des manipulations du milieu et d'autres approches non pharmacologiques se sont soldées par un échec, ou quand les comportements sont sévères, s'accompagnant d'une menace pour la sécurité de la personne ou celle d'autrui? Les antipsychotiques atypiques ne doivent être utilisés qu'en cas de nécessité absolue et leur utilisation doit être surveillée de près afin de n'administrer que la dose efficace la plus faible possible pour une durée minimale. L'utilisation du médicament doit être examinée à intervalles réguliers (tous les trois mois) et des tentatives doivent être faites pour diminuer et cesser l'utilisation des AA. Les facteurs de risque cérébrovasculaires doivent être surveillés et traités en conséquence.

**Lectures suggérées :** D. Ames, C. Ballard, J. Cream, A. Shah, G.H. Suh, I. McKeith. For Debate: should novel antipsychotics ever be used to treat the behavioural and psychological symptoms of dementia? *International Psychogeriatrics* (2005) 17;1,3-29.

### **Médecins, une formation innovatrice à votre intention!**



Nous nous rendrons dans votre cabinet pour une séance en tête-à-tête avec vous (20-30 minutes), ou un petit déjeuner ou un déjeuner de 4 à 6 personnes, et une séance d'apprentissage (40 à 60 minutes). Nous nous occuperons des repas!

L'équipe de formation comprendra: Anna Byszewski, Bill Dalziel, Tony Guzmàn, Barbara Power, Tilak Mendis, Inge Loy-English et Louise Carrier.

**Pour obtenir davantage d'information, veuillez composer le 523-4004**

# Conduite automobile et démence : Comment dire à mes patients qu'ils doivent cesser de conduire?

**Bien que les aînés soient impliqués dans un nombre moins élevé de collisions que les conducteurs d'âge moyen, après correction du nombre de kilomètres parcourus, les taux de collisions pour ce groupe d'âge se rapprochent de ceux du groupe à haut risque des 16 à 20 ans.**

On a signalé des taux de collision de deux à cinq fois plus élevés chez les personnes atteintes de démence. D'après les recherches, en l'espace de deux ans après le diagnostic, le risque de collision augmente de 50 %. Le diagnostic de démence ne doit pas indiquer en soi une suspension immédiate du permis de conduire. On pense que les altérations liées à l'attention partagée, aux aptitudes visuospatiales et au discernement majorent le risque de collision automobile chez les personnes atteintes de démence. Au Canada, la plupart des juridictions provinciales (y compris l'Ontario) tiennent les médecins pour responsables d'évaluer si leurs patients peuvent conduire sans danger. La discussion de l'arrêt de la conduite automobile est souvent une tâche très difficile et peut avoir un impact sur la relation patient-médecin.

## **Comment communiquer la mauvaise nouvelle sur la conduite automobile et la démence :**

Les résultats préliminaires d'une étude menée par le programme gériatrique de l'Hôpital d'Ottawa, consistant en entrevues avec des patients atteints de démence à qui on a dit de cesser de conduire et avec leur aidants, nous ont donné une certaine orientation. Certains patients ont accepté les instructions du médecin de cesser de conduire, mais d'autres ont rejeté l'évaluation. La plupart des aidants soutenaient les évaluations et recommandations professionnelles. Parmi les suggestions, mentionnons :

1. La nécessité de préparer le patient au fait inévitable que, tôt ou tard, il perdra son permis



Société Alzheimer d'Ottawa



Photo par Valberg Imaging

*Anna Byszewski, MD, FRCP(C) Directrice, Hôpital gériatrique de jour, Unité d'évaluation gériatrique, Hôpital d'Ottawa, Civic Campus et Frank Molnar, MD, FRCP(C), Division de médecine gériatrique, Université d'Ottawa.*

- de conduire... « On vous assène cela, boum, il faut vous prévenir ».
2. Il faut s'attendre à ce que, parmi les réactions normales figurent la colère, de même que la négociation, la dépression, un état de démoralisation. Les professionnels des soins de santé doivent être préparés à affronter les émotions qui surviennent.
  3. Soyez prêt à proposer des solutions de rechange en ce qui concerne les moyens de transport; discutez de Para Transpo, des conducteurs bénévoles, des taxis (ils peuvent revenir beaucoup moins cher que le maintien d'une automobile si on conduit moins de 6 000 kilomètres par an).
  4. Faites participer la famille et les aidants à la discussion, sollicitez leur soutien et leurs conseils sur la façon d'aider le patient à accepter cette recommandation difficile.
  5. Reconnaissez votre propre malaise lors de cette discussion avec vos patients. Cherchez du soutien et des preuves auprès de sources aussi nombreuses que possible.
  6. Les patients et les aidants disent qu'ils veulent davantage d'informations sur la raison pour laquelle ils ne peuvent plus conduire et qu'ils

...Suite à la page 4

*Conduite automobile et démence : Comment dire à mes patients qu'ils doivent cesser de conduire?*  
Suite de la page 3

veulent des explications plus détaillées quant aux résultats des tests.

7. En mettant l'accent sur un problème physique, comme une baisse de la vue ou la prise de médicaments, on peut mieux faire accepter au patient le besoin de cesser de conduire. Soyez ferme mais compatissant et évitez de vous laisser entraîner dans des raisonnements interminables. Faites ressortir votre responsabilité déontologique et juridique et le fait que la démence est progressive et irréversible.
8. Dans certains cas, l'orientation vers un autre médecin comme un neurologue ou un gériatre pour obtenir une seconde opinion peut aider à préserver la relation patient-omnipraticien.
9. Une lettre du médecin au patient expliquant les raisons pour lesquelles il doit arrêter de conduire peut aider le patient et sa famille en leur fournissant une confirmation écrite.
10. Si nécessaire, explorez avec les aidants les façons de faire renoncer la personne à conduire. Cela peut comprendre lui retirer les clés, mettre l'automobile hors d'état ou l'enlever physiquement.



Le risque lié à la conduite chez les patients atteints de démence doit être abordé quand le diagnostic est posé. Les stratégies

énoncées ci-dessus peuvent faciliter ce processus et assurer la sécurité tant du patient que du public en général. Le projet national CanDRIVE étudie les questions touchant le conducteur âgé.

## Conférence de formation sur la démence

**Du 27 au 29 octobre 2005**

Hôtel Westin Ottawa



Une conférence exceptionnelle sur la démence aura lieu à Ottawa en octobre 2005 : le 3<sup>e</sup> colloque canadien sur la démence. Il y aura quatre conférenciers internationaux (1. atteinte cognitive légère : R. Peterson, 2. démence vasculaire : G. Roman, 3. démences extrapyramidales : C. Ballard, et 4. problèmes comportementaux : J. Cohen/Mansfield) et plusieurs chefs de file canadiens dans le domaine de la démence – 1. génétique : P. St. George Hyslop, 2. thérapeutique : S. Gauthier et K. Rockwood, 3. évaluation de la capacité : M. Tremblay, 4. évaluation de la conduite : M. Man-Son Hing, 5. dépression dans la démence : Lillian Thorpe, et 6. neuroimagerie : S. Black.

La conférence dure du **jeudi 27 octobre 2005 à 17 h au samedi 29 octobre 2005 à 17 h 30**. Elle est accréditée pour 15,5 heures de crédits Main Pro par le Collège des médecins de famille du Canada. Les droits d'inscription sont de 385 \$ jusqu'au 12 septembre 2005.

Pour de plus amples renseignements et pour l'inscription, veuillez aller sur le site Web [www.ccd2005.ca](http://www.ccd2005.ca)

### MERCI

Le Réseau de la démence d'Ottawa voudrait remercier Janssen-Ortho, Pfizer et Lundbeck d'avoir parrainé cette publication du Bulletin sur la démence destiné aux médecins.



JANSSEN-ORTHO Inc.